



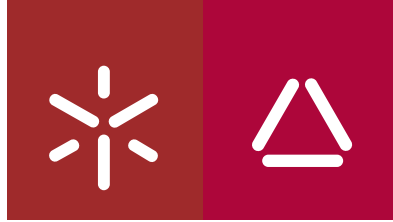
**Questões de gênero e saúde mental:
experiências de homens e mulheres
diagnosticados/as com doença mental**

Tahiana Meneses Alves

Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais







Universidade do Minho
Instituto de Ciências Sociais

Tahiana Meneses Alves

**Questões de gênero e saúde mental:
experiências de homens e mulheres
diagnosticados/as com doença mental**

Tese de Doutoramento em Sociologia

Trabalho efetuado sob a orientação da
Doutora Ana Maria Simões de Azevedo Brandão

setembro de 2018

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, ____ de ____ de 2018

Nome completo: Tahiana Meneses Alves

Assinatura: Tahiana Meneses Alves

AGRADECIMENTOS

À Fundação para a Ciência e a Tecnologia, pelo apoio financeiro oferecido através de uma bolsa de doutoramento com a referência SFRH/BD/96628/2013.

Aos homens e mulheres participantes da pesquisa. As suas histórias foram muito além dos dados que resultaram na análise. Foram verdadeiros ensinamentos que, com certeza, levarei para a vida.

Aos profissionais que entrevistei no CAPS, pela disponibilidade. Aos profissionais da Superintendência de Saúde Mental e do Centro de Atenção Psicossocial II da cidade de Parnaíba, pela autorização para a recolha dos dados.

À orientadora deste trabalho, a professora Ana Brandão, por suas considerações rigorosas, pelo compromisso, diligência e ética sempre presentes; por equilibrar tudo isso com doses generosas de humanidade. Meu respeito e admiração.

Ao coorientador deste trabalho, o professor João Paulo Sales Macedo. Obrigada pelas contribuições valiosas e por mostrar tão sabiamente como pesquisa e militância caminham juntas.

Aos professores do doutoramento em Sociologia da Universidade do Minho, pelos ensinamentos e estímulos. Também aos colegas de curso com quem tive momentos de aprendizado e partilhas sobre avanços e angústias.

Ao Rafael Pinheiro, ao Ambrósio Leão e ao Noé Fontenele, “mentaleiros” que, tão gentilmente, me ajudaram e me contagiaram com o amor que têm pela saúde mental.

À minha mãe, Ivane, minha melhor amiga, por me ensinar o poder da resiliência e a capacidade de “endurecer sem perder a ternura”. Ao meu pai, Alves, que, sem dizer, mas fazendo, me fez perceber desde cedo a importância de se ter compromisso. Ao Thiago, meu irmão-amigo, pelas trocas, estímulos, debates e pelo privilégio de uma relação honesta. À vovó Zilda e ao vovô Sitônio, pelo zelo de sempre. À prima Samara, por ser um exemplo e, mesmo na distância, por cada oportunidade que lembrou e fez chegar até mim. Aos meus bichinhos Bingo e Ginja, companhias de horas e horas de leituras e escrita.

À Lúcia Rosa, mestra e incentivadora desde o tempo de iniciação científica na UFPI, crucial para que eu me apaixonasse pela saúde mental. À Francineide Pires, mestra que se tornou uma amiga querida, pelo convívio, especialmente em Portugal, e por me inspirar a lutar por relações de gênero mais justas. À Irene Serafino, pela convivência, comidinhas gostosas e ajudas.

Ao querido Ivis Ruan, que, embora não tenha chegado no começo da jornada, foi meu porto em tantos momentos. Obrigada por caminhar comigo! A conexão que temos foi, muitas vezes, o meu remédio e meu privilégio.

Aos amigos Thiago Alves, Tiago Araújo, Raquel Cerdeira e Sofia Lehmann. O apoio logístico (especialmente nos trajetos entre BR e PT) e afetivo de vocês foi muito importante ao longo desses anos. Não há oceano que diminua o meu carinho por vocês.

Aos amigos parnaibanos (ou quase), por todos os anos de amizade que desafiam o tempo e a distância. À Paula Vaz, por ser uma super companheira na alegria e na tristeza; ao Levi Nunes, meu amigo-irmão, pelos (des)afetos; ao Rafael Machado, pela lealdade e pelo humor peculiar que passei a compreender melhor e até a desfrutar; ao Emanuel Alcântara, pela prestatividade constante e por suas risadas terapêuticas; ao Kristian Pessoa, que nunca deixou de me incentivar.

Aos camaradas da Ultrópico Solar e da Negative Green, por termos em comum o amor pela música, que é um dos grandes recursos protetores da minha saúde mental.

A quem direta ou indiretamente contribuiu. Gratidão!

“Quando entrávamos num manicômio, o doente sempre perguntava: ‘Quando vou para casa?’ E o médico respondia: ‘Amanhã’. É a resposta que ocorre sempre entre opressor e oprimido. Quando a mulher diz ao marido: ‘Não tenho dinheiro, preciso comprar comida’, o marido diz: ‘Amanhã’. A mesma coisa ocorria no manicômio, na relação pai-filho, velho-jovem. Quando o velho, o jovem, a mulher, o negro, o doente têm a palavra, a relação muda, e quem possui o poder ou quem possui o papel do poder deve levar em conta a voz do outro. Essa é a contradição, essa é a razão pela qual o mundo nesses últimos anos quer mudar” (Basaglia, 1982: 95).

RESUMO

A interface entre gênero e saúde mental ainda não é explorada de forma satisfatória. Seja em termos de pesquisas ou de práticas interventivas, tais entrelaçamentos são insuficientemente abordados, o que causa implicações desfavoráveis especialmente às pessoas que vivenciam algum sofrimento psíquico. Ainda é parco o investimento sobre esta relação para além de questões biomédicas. Por isso, convém aprofundar o conhecimento dos modos como o gênero se faz presente nas experiências e nos significados que a doença mental tem para aqueles/as que dela padecem. Incluir a dimensão (inter)subjetiva dos sujeitos está de acordo com as práticas impulsionadas pela reforma psiquiátrica que têm remodelado o modelo de atenção à saúde mental no Brasil. Os princípios e valores reformistas têm investido nas temáticas sobre o sujeito, a subjetividade, as interações humanas, a experiência vivida com a doença, as alternativas terapêuticas. Assim, buscamos analisar, descrever e compreender: o que as pessoas que vivenciam algum sofrimento psíquico acham que têm/sentem/consideram ou não uma doença? Que sintomas enunciam? Que “causas” atribuem à sua condição? Que mudanças na vida percebem a partir da doença? O que fazem para lidar com a doença e o estigma? Que expectativas tecem sobre o futuro? Que concepções têm acerca de como outros/as homens e mulheres podem adoecer?

Esta investigação teve caráter qualitativo e procurou analisar, descrever e compreender as experiências de homens e mulheres diagnosticado/as com doença mental, usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), serviço de saúde mental na cidade de Parnaíba, nordeste do Brasil. O objeto empírico foi composto por dez homens e dez mulheres com diagnóstico psiquiátrico. Adotou-se uma abordagem compreensiva e interpretativa, guiada principalmente pelos referenciais teóricos da fenomenologia social, do interacionismo simbólico, das teorias da ação estruturada e dos estudos feministas e de gênero. Elegeu-se enquanto método o estudo de casos e enquanto principal técnica de coleta de dados a entrevista de história de vida, visto que esta fornece elementos de como o social se manifesta através do “particular”. Também aplicou-se um pequeno questionário de caracterização sociodemográfica para perceber o peso de variáveis como *status* conjugal, idade, classe social, orientação sexual, raça/etnia, escolaridade, religiosidade. O tratamento e a análise das entrevistas foram realizados com base nas premissas da *grounded theory*. Complementarmente, recorreu-se à técnica de observação no interior do serviço, com registros em diário de campo, e a entrevistas semidiretivas com profissionais atuantes no CAPS II para entender melhor o contexto da cidade de Parnaíba quanto à reforma psiquiátrica.

Os resultados revelam a pluralidade das experiências com uma doença mental. Se pertencimentos de gênero podem aproximar as experiências das mulheres entre si e dos homens entre si, a sua interseccionalidade com outros marcadores sociais pode, igualmente, produzir configurações extremamente diversas: ora aproximar as experiências das mulheres entre si, ora afastá-las ou, ainda, aproximar as suas experiências das de homens. Dito isto, analisou-se como relações desiguais de gênero aparecem nas explicações dos participantes a respeito da própria doença mental. Foram identificadas as concepções que os/as entrevistados/as têm sobre a sua própria condição, os “sintomas” psiquiátricos enunciados e os processos de (re)constituição dos percursos de adoecimento psíquico. Surgem categorias como: para mulheres e homens, o contexto familiar, as decepções amorosas, a pobreza e seus desdobramentos, ser alvo de *bullying*; para mulheres, especificamente, o exercício da sexualidade, a violência de gênero cometida por homens em suas relações interpessoais; para homens, especificamente, a violência de gênero entre homens, questões relacionadas com as expressões da orientação sexual e da identidade de gênero, vivência de aborto, vivência de HIV entre homens heterossexuais, o uso de álcool e/ou outras drogas.

Viver com uma doença mental gera mudanças. Um primeiro impacto detectado é o estigma decorrente do rótulo psiquiátrico, que é potencializador de outras repercussões sobre a vida, pois aparece em detrimento de papéis, como os de trabalhador/a, pai, mãe, jovem, em várias situações sociais. Afeta a autoimagem e as interações em diversas esferas da vida cotidiana (a família, a vida laboral e os estudos, a sexualidade e as afetividades, as redes sociais). Apesar desses impactos, homens e mulheres mobilizam uma série de estratégias para lidar com a própria condição. Em conjunto, tais estratégias compõem os seus itinerários terapêuticos e sofrem influência de aspectos de gênero. Aqui, os itinerários terapêuticos abrangem estratégias de caráter formal (no sistema de saúde, seja pelo tratamento biomédico principalmente em instituições de caráter manicomial, seja pela frequência ao CAPS II) e informal (suporte familiar, de amigos, práticas variadas como atividades de cunho laboral ou criativo, lazer, espiritualidade/religiosidade). Desejos e planos para o futuro também são relatados. Percebe-se que, para a maioria dos sujeitos, tais desejos e planos envolvem a melhora da saúde. É a partir daí que poderão buscar concretizar ou retomar vivências outrora interrompidas pela doença mental. Muitas destas vivências são guiadas por uma ordem tradicional de gênero. Outras, acabam rompendo com tal ordem.

A análise mostra diferenças significativas de gênero nas experiências de homens e mulheres com a própria doença mental. Adoecem de maneira distinta. Também sofrem de maneira diferenciada os impactos da doença, bem como mobilizam estratégias diversas para o seu enfrentamento. Os resultados reforçam o peso de aspectos sociais sobre a saúde mental, a valia na escuta das experiências subjetivas com a doença, a quebra de mitos (como o da fragilidade feminina ou da invulnerabilidade masculina) e a importância da pluralidade dos caminhos de gênero percorridos. As contribuições da pesquisa podem englobar usuários, gestores, trabalhadores, políticas de saúde mental.

ABSTRACT

The interface between gender and mental health has not yet been satisfactorily explored. Whether in terms of research or interventional practices, such interlinkages are insufficiently investigated, which causes unfavorable implications especially to people experiencing some psychic suffering. There is still little investment in this relationship beyond biomedical issues. It is therefore appropriate to deepen the knowledge of the ways in which gender is present in the experiences and meanings that mental illness has for those who suffer from it. Including the (inter) subjective dimension of the subjects is in accordance with practices driven by the psychiatric reform that have reshaped the model of mental health care in Brazil. Reformist principles and values have invested in the person, subjectivity, human interactions, experience with disease, therapeutic alternatives. Thus, we analyzed: what do people who experience some psychic suffering feel they have? What symptoms do they describe? What "causes" do they attribute to their condition? What changes in life do they perceive from the disease? What do they do to deal with disease and stigma? What expectations do they have about the future? What conceptions do they have about how other men and women may become ill?

This research had a qualitative character and analyzed the men and women's experiences diagnosed with mental illness, users of a Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), mental health service in the city of Parnaíba, northeastern Brazil. The empirical object was composed of ten men and ten women with psychiatric diagnosis. A comprehensive and interpretative approach was adopted, guided mainly by the theoretical references of social phenomenology, symbolic interactionism, theories of structured action and feminist and gender studies in the interface with mental health. It was chosen as a method of case study and as the main research technique the interview of life story, since it provides elements of how the social manifests through the "particular." A sociodemographic characterization questionnaire was also applied to understand the weight of variables such as marital status, age, social class, sexual orientation, race / ethnicity, schooling, religiosity. The treatment and analysis of the interviews were based on the premises of grounded theory. Complementarily, we used the observation technique inside the service, field diary, and semi-directional interviews with professionals working in the CAPS II to better understand the psychiatric reform in Parnaíba.

The results reveal the plurality of experiences with a mental illness. If gender "ties" can approximate women's experiences with each other, the intersectionality between gender and other social markers can also produce extremely diverse configurations: to hold off women's experiences with each other, to bring their experiences closer together of men. It was analyzed how unequal gender relations appear in the participants' explanations regarding their own mental illness. The interviewees' conceptions about their own condition, the psychiatric "symptoms" enunciated and the processes of (re) constitution of the pathways of psychic illness were identified. The following categories have been identified: for women and men, the family context, amorous disappointments, poverty and its consequences, bullying; for women, specifically, the exercise of sexuality, gender violence committed by men in their interpersonal relationships; for men, specifically, gender violence among men, issues related to expressions of sexual orientation and gender identity, experience of abortion, HIV experience among heterosexual men, use of alcohol and / or other drugs.

Living with a mental illness causes changes. A first detected impact is the stigma arising from the psychiatric label, which is a potentiator of other repercussions on life, since it appears more than other roles, such as worker, father, mother, youth, in various social situations. It affects self-image and interactions in various spheres of daily life (family, working life and studies, sexuality and affectivity, social networks). Despite these impacts, men and women mobilize a number of strategies to deal with their condition. Taken together, these strategies

make up their therapeutic itineraries and are influenced by gender aspects. The therapeutic itineraries cover formal strategies (in the health system, either by biomedical treatment mainly in asylum institutions, or by attendance at CAPS II) and informal strategies (family support, friends, varied practices such as activities work or creative, leisure, spirituality/religiosity). Desires and plans for the future are reported. It is perceived that, for the majority of the interviewees, such desires and plans involve the improvement of health. It is from there that they can seek to concretize or resume experiences once interrupted by mental illness. Many of these experiences are guided by a traditional gender order. Others break with that order.

The analysis shows significant gender differences in the experiences of men and women with their own mental illness. They get sick differently. They also suffer in a different way the impacts of the mental illness, as well as mobilize diverse strategies for their confrontation. The results reinforce the weight of social aspects on mental health, the value in listening to subjective experiences with illness, the breakdown of myths (such as female fragility or male invulnerability) and the importance of the plurality of gender. Research contributions can encompass users, managers, workers, and mental health policies.

ÍNDICE

Lista de abreviaturas e siglas.....	xvii
Lista de figuras.....	xviii
Lista de tabelas.....	xviii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1 SOBRE O FENÔMENO “DOENÇA MENTAL”: o enquadramento social do objeto.....	15
1.1 O paradigma biomédico: a doença mental de base orgânica.....	19
1.2 Contributos da sociologia sobre a doença mental.....	37
1.2.1 Precedentes de uma sociologia da doença mental.....	37
1.2.2 Abordagens sociológicas sobre a doença mental.....	48
1.2.2.1 Estudos etiológicos.....	48
1.2.2.2 Teoria da rotulagem.....	53
1.2.2.3 Construtivismo social.....	60
1.2.2.4 Realismo social.....	63
CAPÍTULO 2 QUESTÕES DE GÊNERO NA SAÚDE MENTAL: olhares teóricos e empíricos.....	67
2.1 Gênero enquanto produtor social do adoecimento.....	72
2.2 Gênero na construção e operacionalização de dados epidemiológicos psiquiátricos.....	76
2.3 Gênero na sintomatologia e na condução de categorias diagnósticas.....	85
2.4 Gênero na formulação e execução de políticas públicas.....	96
2.5 Gênero nas ações de indústrias farmacêuticas.....	99
2.6 Estudos qualitativos sobre gênero e saúde mental: focalizando as experiências subjetivas com a doença mental.....	103
CAPÍTULO 3 A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: história e desdobramentos políticos.....	121
3.1 Experiências internacionais: reformas e rompimentos.....	122
3.2 Contexto histórico e político nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira: dos anos 1970 até o ano 2000.....	133
3.3 Da Lei 10.216, de 2001, ao panorama atual.....	143

3.4 Rumos da reforma psiquiátrica brasileira.....	152
---	-----

CAPÍTULO 4| METODOLOGIA DO ESTUDO E EXECUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO: escolhas, justificações, contexto da pesquisa, descobertas, desafios165

4.1 O estudo de casos.....	168
4.2 A construção dos dados.....	172
4.2.1 A entrevista de história de vida.....	172
4.2.2 A entrevista semidiretiva.....	180
4.2.3 A observação e os registros em diário de campo.....	183
4.3 A análise dos dados: a <i>grounded theory</i>	184
4.4 O trabalho de campo.....	186
4.4.1 O contexto da pesquisa: o estado do Piauí e o município de Parnaíba.....	186
4.4.2 Aproximação e recrutamento dos entrevistados, situação de entrevista.....	206
4.4.3 Os usuários do CAPS II Walterdes Sampaio.....	208
Alexandra.....	209
Flora.....	209
Leonor.....	210
Serafina.....	210
Deolinda.....	211
Bárbara.....	211
Arabela.....	211
Catarina.....	212
Abigail.....	212
Rita.....	213
Nuno.....	213
Sérgio.....	213
Iuri.....	214
Miguel.....	214
Abel.....	215
Tomás.....	215
Camilo.....	215
Ciro.....	216
Beto.....	216
Crispim.....	217

CAPÍTULO 5| (RE)CONSTITUIÇÃO DOS ITINERÁRIOS DE ADOECIMENTO: como se desenrolam as experiências de homens e mulheres com a doença mental.....219

5.1 Concepções sobre o próprio sofrimento psíquico.....	219
5.2 Como a doença mental se expressa: o gendramento dos sintomas.....	222
5.2.1 Ideações e/ou tentativas de suicídio.....	232

5.3 (Re)constituição dos itinerários de adoecimento: como as experiências de homens e mulheres com doença mental se desdobram e adquirem sentido a partir das histórias de vida.....	239
5.3.1 O contexto familiar.....	241
5.3.1.1 Vínculos entre mães e filhos.....	242
5.3.1.2 Relações de poder no contexto da família nuclear.....	249
5.3.1.3 “Todo dia ela faz tudo sempre igual...”: sobrecarga do trabalho doméstico feminino	252
5.3.2 As decepções amorosas.....	255
5.3.2.1 Infidelidade conjugal, mulheres e homens.....	265
5.3.3 Pobreza e seus desdobramentos	274
5.3.4 <i>Bullying</i> : corpo, práticas, posses e habilidades.....	282
5.3.5 “Joga pedra na Geni!”: o controle da sexualidade feminina.....	286
5.3.6 Múltiplas faces da violência vivenciada por mulheres.....	298
5.3.6.1 Violência física, moral, patrimonial.....	299
5.3.6.2 Violência sexual.....	303
5.3.7 Violência de gênero entre homens.....	309
5.3.8 Questões relacionadas com a orientação sexual e a identidade de gênero entre homens.....	312
5.3.9 O aborto induzido: vivências de homens.....	320
5.3.10 Viver com o HIV e ser homem heterossexual.....	324
5.3.11 Consumo de álcool e outras drogas entre homens.....	328

CAPÍTULO 6| “VIVER COM DOENÇA MENTAL”: (re)configurações das histórias de vida de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico.....333

6.1 Os impactos da doença mental sobre diferentes esferas da vida.....	334
6.1.1 O peso do estigma.....	335
6.1.2 Impactos da doença mental na imagem de si.....	346
6.1.3 Impactos da doença mental na família.....	350
6.1.4 Impactos da doença mental no trabalho.....	359
6.1.5 Impactos da doença mental na esfera afetivo-sexual.....	367
6.1.6 Impactos da doença mental na rede social: vida comunitária, amizades, lazer.....	373
6.2 Estratégias utilizadas para lidar com a doença mental: como se constituem os itinerários terapêuticos.....	378

6.2.1 Tratamento biomédico.....	380
6.2.2 O Centro de Atenção Psicossocial II.....	390
6.2.3 O cuidado pela família.....	397
6.2.4 Outras estratégias.....	405
6.2.4.1 Desempenho ocupacional: atividades laborais e criativas.....	406
6.2.4.2 Desempenho social: lazer, religiosidade/espiritualidade e estratégias de empoderamento.....	409
6.2.4.3 Recursos da própria pessoa ou autocuidado.....	419
6.3 Desejos e planos para o futuro.....	422
6.4 Como outros/as homens e mulheres adoecem?.....	425
CONCLUSÕES.....	429
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	453
ANEXOS.....	483
Anexo 1. Guião de entrevista com profissionais do CAPS II.....	485
Anexo 2. Guião de entrevista de história de vida com homens e mulheres com doença mental.....	487
Anexo 3. Questionário de caracterização sociodemográfica.....	489
Anexo 4. Termo de consentimento livre e esclarecido – usuários/as.....	493
Anexo 5. Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais.....	495
Anexo 6. Tabela de caracterização sociodemográfica de homens e mulheres entrevistados/as.....	497

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APA	Associação Americana de Psiquiatria
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
DINSAM	Divisão Nacional de Saúde Mental
DSM	Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NIMH	National Institute of Mental Health
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PSDB	Partido da Social Democracia Brasileira
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RD	Redução de Danos
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel e Urgência
SESAPI	Secretaria de Estado da Saúde do Piauí
SOSINTRA	Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Exemplo de rede de atenção à saúde mental no território.....	146
Figura 2 Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	150
Figura 3 Localização do estado Piauí no Brasil.....	187
Figura 4 Mapa dos territórios de desenvolvimento do estado do Piauí.....	190
Figura 5 Localização do município de Parnaíba no mapa do estado do Piauí.....	193
Figura 6 Planície litorânea.....	198
Figura 7 Classes sociais conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2016.....	499

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial com base na portaria n.º 3.088/2011 (Brasil, 2011)	147
Tabela 2 Alguns pontos da RAPS no Piauí.....	191
Tabela 3 Alguns pontos da RAPS em Parnaíba.....	199

INTRODUÇÃO

Esta pesquisa surgiu de algumas interrogações e necessidades quanto à interface entre questões de gênero e o campo da saúde mental. O contexto mais amplo no qual se desenrola é o da chamada Reforma Psiquiátrica no Brasil, processo social complexo que, desde fins da década de 1970, no período de redemocratização do país, tem buscado promover mudanças no modelo nacional de atenção à saúde mental e romper com o saber, as práticas e as instituições psiquiátricas clássicas. De uma maneira geral, a reforma propõe conceber a doença mental para além de um olhar biologicista, típico de um modelo biomédico, considerando o processo saúde-doença como produto também das condições sociais de vida. Luta por medidas jurídico-políticas que repercutem sobre a relação entre Estado e sociedade no que se refere à saúde mental: a mais expressiva até então é a lei 10.216, de 2001, conhecida também por lei Paulo Delgado, que regulamenta os direitos das pessoas com doenças mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Para substituir os manicômios enquanto alternativa principal de tratamento caracterizada pelo isolamento, pela tutela, pela vigilância, pelas punições e pela disciplina, foram criados novos serviços de caráter aberto, comunitário e descentralizado de maneira a constituir uma rede territorial de atenção psicossocial. A reforma psiquiátrica também pauta a ressignificação social da loucura e dos sujeitos tidos loucos.

No contexto reformista há destaque para o paradigma da desinstitucionalização. Desinstitucionalizar é mais que promover a retirada das pessoas dos manicômios. É mais que desospitalizar ou simplesmente tratar. Desinstitucionalizar significa cuidar das pessoas não apenas nos espaços institucionais, mas no domicílio, no local de trabalho, na escola, enfim, nos seus territórios. É priorizar a sua liberdade e cidadania em suas existências concretas de vida. É promover o seu crescimento e autonomia pensando na sua reintegração à família e à sociedade. É perceber as pessoas enquanto protagonistas capazes de identificar seus pontos de fragilidade e força a partir de suas próprias experiências. Para tudo isto, torna-se imperativo considerar suas subjetividades, singularidades, histórias de vida, assumindo que a doença possui aspectos sociais, antropológicos, existenciais.

Englobar os aspectos acima descortina a complexidade no campo da saúde mental, que reúne, além dos biológicos, fatores sociais. Um deles é o gênero. Isto gerou uma primeira interrogação: levando em conta as premissas da reforma psiquiátrica e da desinstitucionalização, nomeadamente no que diz respeito à maneira de conceber a doença mental (agora a partir não somente dos seus aspectos orgânicos, mas também sociais) e a pessoa em sofrimento psíquico (agora a partir não apenas dos sintomas e diagnósticos, mas da sua

história de vida), de que maneira aspectos sociais como o gênero podem se fazer presentes na configuração dos processos saúde-doença mental?

O gênero enquanto construção sociocultural, histórica e relacional se refere à organização social dos sexos e, mais que classificar e diferenciar as pessoas, supõe uma desigualdade entre homens e mulheres nas quais os primeiros acabam por manter diversos privilégios sobre as segundas. Gênero se relaciona com outros marcadores sociais produtores de desigualdade, como a classe social, a raça/etnia, a orientação sexual - entre outros, e, por isso, diferencia/hierarquiza também homens entre si, bem como mulheres entre si. Assim, historicamente, o gênero proporciona percursos hegemônicos de subjetivação e lugares diferentes/desiguais para os sujeitos sociais. Isto tudo é fundamentado por instâncias como a família, a igreja, a escola, o Estado e a própria medicina ocidental. Apesar das várias transformações nas relações de gênero impulsionadas por movimentos sociais como o feminista e potencializadoras da igualdade entre homens e mulheres, certos padrões sobre o que é considerado “próprio” para o feminino e para o masculino permanecem como se fossem algo natural, o que acaba por continuar a reproduzir desigualdades. Entre estes processos de mudanças e permanências no panorama mais amplo das relações de gênero na sociedade ocidental, reiteramos a interrogação: como questões de gênero se entrecruzam com o campo da saúde mental?

O questionamento acima sugere uma primeira necessidade: as interfaces entre gênero e saúde mental merecem ser objeto de maior exploração. Seja em termos de pesquisas, seja de práticas interventivas, elas são insuficientemente abordadas, o que causa implicações desfavoráveis especialmente às pessoas que vivenciam algum sofrimento psíquico, já que muitas vezes não têm as suas demandas atendidas de maneira resolutiva. Por outro lado, o que há em demasia são ideias estereotipadas sendo sustentadas ainda hoje por discursos e práticas sobre homens e mulheres quanto à saúde mental. Uma dessas ideias, por exemplo, é a de que as mulheres são naturalmente mais propensas ao adoecimento. Não é de hoje que o corpo feminino é tido como mais vulnerável à doença. Isto tem fundamento na ideia de uma natureza feminina física e moral degenerada, difundida entre fins do século XVIII e durante o século XIX inclusive pelo discurso médico. Sob esta lógica, não é incomum que mulheres, por conta da sua própria biologia, sejam mais patologizadas e medicalizadas. Homens, por sua vez, acabam não sendo tanto alvo de intervenções e pesquisas porque, num contraponto às mulheres, constituem sinônimo de normalidade.

Apesar dos avanços consignados pela reforma psiquiátrica, o modelo de base biomédica não foi totalmente superado. Ainda é insuficiente o investimento sobre a saúde mental masculina e feminina para além dos aspectos biológicos. São necessários mais estudos que analisem quanto o gênero está presente nos dados epidemiológicos psiquiátricos, na sintomatologia psiquiátrica e na atribuição de diagnósticos. Questões de gênero também estão presentes e merecem ser investimento de maior atenção ao se formular e executar políticas públicas de saúde/saúde mental. A presença do gênero também se faz nas ações de indústrias farmacêuticas voltadas para o campo do mental. Convém ainda levar a cabo investigações como o gênero se faz presente nas experiências e nos significados que a doença mental possui para quem dela padece. Este último aspecto é fundamental na nossa investigação e descortina o nosso objeto teórico - as experiências subjetivas com a própria doença mental - e o nosso objeto empírico - homens e mulheres diagnosticados/as com doença mental.

A doença mental não é uma entidade puramente orgânica que independe da sociedade e da cultura. Cada pessoa a experiencia de maneira particular. Por sua vez, cada experiência depende da cultura e da posição social que a pessoa ocupa. Tendo isto em conta, referenciamos a nossa pergunta de partida: “como homens e mulheres experienciam a própria doença mental?”. Questões mais específicas ajudaram a desenvolver a referida pergunta: o que acham que têm? Que sintomas enunciam? Que “causas” atribuem à sua condição? Que mudanças na vida percebem a partir da doença? O que fazem para lidar com a doença e o estigma? Quais são as suas expectativas sobre o futuro? Que concepções têm acerca de como outros/as homens e mulheres podem adoecer? Afinal, que diferenças e semelhanças guardam entre si? Ditas as questões, o nosso objetivo central foi analisar, usando “lentes” de gênero, as experiências com doença mental desde as perspectivas de homens e mulheres, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), na cidade de Parnaíba, nordeste do Brasil.

O CAPS é um serviço fundamental no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, atuando como o ordenador da rede comunitária de saúde mental em todo o país. Constitui um equipamento substitutivo do hospital psiquiátrico e de seus métodos que objetiva a reinserção social e a promoção da inclusão social das pessoas com doenças mentais. Pensando no gênero enquanto categoria analítica, estabelecemos os objetivos específicos: analisar os itinerários de adoecimento psíquico de homens e mulheres diagnosticados com doença mental; analisar as reconfigurações das vidas de homens e mulheres impactadas pela doença mental. Para atingir tais objetivos, adotamos uma metodologia de cariz qualitativo. Isto porque as questões de pesquisa mencionadas remetem para significados num nível “microscópico”, invocam os

sentidos da ação social. Demandam respostas difíceis de quantificar em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência porque dizem respeito a informações sobre as vidas das pessoas, sobre experiências vividas, emoções, sentimentos, valores, crenças e, por isso, não poderiam ser obtidas por meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Embora a análise incida sobre a variabilidade de experiências e significados localizados num nível microcópico, o das interações sociais, eles não deixam de denunciar muitas circunstâncias de uma regulação macrossocial e sistêmica.

Elegemos enquanto método o estudo de casos por se tratar de uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real. A representatividade dos casos analisados não se dá em termos estatísticos, mas em termos da vida cotidiana, dos contextos sociais, da forma como as pessoas dão significados à realidade, isto é, em termos de representatividade sociológica.

Adotamos enquanto principal técnica de recolha de dados a entrevista de história de vida com homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico. A história é contada pela própria pessoa, mas por ser usada com fins sociológicos temos menos interesse na biografia em si e mais na forma como o coletivo se manifesta a partir do individual. Buscamos compreender, por um lado, as normas, os determinantes e as regularidades sociais a partir do individual. Por outro lado, as pessoas que contam suas histórias não são somente meros produtos das configurações sociais, mas têm certa liberdade e autonomia. Este jogo que objetivamos perceber. Informamos que os relatos oferecidos pelos participantes da pesquisa não devem ser encarados como detentores de uma “verdade absoluta”. Eles constituem o grosso da nossa análise, a nossa matéria-prima de investigação, registrada com respeito e cuidado. No entanto, não são simplesmente reproduzidos ao longo do nosso texto, mas interpretados. Nosso uso da história de vida, portanto, não teve um propósito descritivo, hiper-empirista, não se resumiu às explicações da vida cotidiana, leigas (por parte dos entrevistados). Teve um propósito analítico de fornecer explicações teóricas. Dito isto, realizamos as histórias de vida com 10 homens e 10 mulheres que, na altura das entrevistas, eram usuários do CAPS II Walterdes Sampaio em Parnaíba. Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico; tratamento em saúde mental há, pelo menos, 12 meses; a partir dos 18 anos; que aceitassem participar voluntariamente; em condições de diálogo com a pesquisadora.

Além da história de vida, aplicamos um pequeno questionário de caracterização sociodemográfica para perceber o peso de algumas variáveis sobre as experiências dos/as entrevistados/as. O cruzamento das informações obtidas a partir dessas variáveis, das histórias

de vida e do quadro teórico permitiu perceber elementos de regularidade e singularidade que ajudaram a compor a análise. Fizemos também observação no interior do serviço com o objetivo de facilitar o acesso aos homens e mulheres usuários do serviço. Foi realizada especialmente durante a nossa participação nas atividades em grupo conduzidas pelos profissionais do CAPS II e teve como propósito tentar identificar potenciais entrevistados pensando sempre na constituição de uma amostra teórica. Quanto a essa, procuramos diversificar ao máximo o conjunto dos entrevistados procurando variar quanto a geração, raça/etnia, classe social, entre outras variáveis.

Realizamos também entrevistas do tipo semidiretiva com profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) Walterdes Sampaio. Estas entrevistas nos ajudaram a compreender melhor o panorama da reforma psiquiátrica em Parnaíba, nordeste do Brasil. O guião de entrevista englobou questões sobre o que os profissionais conheciam acerca do processo de reforma, de como avaliavam este processo no contexto de Parnaíba (seus limites e possibilidades), do cotidiano do serviço (CAPS II), da interação deste serviço com outros na área da saúde e com outros setores. Também englobou questões a respeito de como os profissionais percebiam o público atendido (homens e mulheres). A análise das informações recolhidas por entrevista ocorreu baseada na *grounded theory*. Este procedimento não engloba uma hipótese ou uma teoria a ser “testada”, mas busca conhecer mais sobre determinadas situações e como e por quais motivos os entrevistados agem de maneiras diferentes. Busca produzir teoria nova.

O título da pesquisa - **Questões de Gênero e Saúde mental: Experiências de Homens e Mulheres Diagnosticados/as com Doença mental** - expressa a nossa intenção: destacar o gênero enquanto categoria relacional e fundada a partir da comparação e contraste. As noções de masculinidade e feminilidade não podem ser completamente compreendidas sem fazer referência, explícita ou implicitamente, uma à outra. No entanto, algo importante a ser justificado é que, embora tenhamos estabelecido nossa análise desde uma perspectiva “dual” (no sentido de tratar do “grupo” de homens, por um lado, e do “grupo” de mulheres, por outro), não deixamos de desconsiderar a complexidade do real, ou seja, as diferenças entre as próprias mulheres e as diferenças entre os próprios homens. Ora, os seres humanos não se dividem em duas categorias opostas e bem definidas. O gênero abarca diversos graus de masculinidade e feminilidade. Mas foi necessário recorrer a um binarismo num sentido estratégico para fins de organização da própria análise.

Acreditamos que um aspecto importante e útil do nosso trabalho é o foco dado sobre a compreensão de como os homens e as mulheres tematizam as suas experiências. Muitas produções científicas no campo da saúde mental estão voltadas para as perspectivas dos trabalhadores e gestores em detrimento dos pontos de vista das pessoas que experienciam uma doença mental. Acaba se conhecendo pouco sobre o que os experientes pensam, sentem, o que vivenciam no cotidiano e que pode ter relação com o sofrimento psíquico, o que necessitam, que alterações sentem na vida ao vivenciar uma carreira moral de doente, que recursos mobilizam para lidar com a doença, quais os pontos de fragilidade e de força das suas trajetórias. Há visões e versões distintas das de discursos hegemônicos e/ou com mais poder que precisam ser exploradas.

As experiências das pessoas com doença mental remetem para o conjunto de atitudes, sentimentos, percepções, expectativas a respeito de sua própria condição. Constituem a dimensão vivida da cultura, de símbolos, crenças, regras e códigos que regem os comportamentos. A análise dessas experiências possibilita compreender tanto os processos de fragilização da saúde mental quanto as reconfigurações das vidas impactadas pela doença mental. Como resultado, pode oferecer importantes subsídios a serem incorporados por estudos, práticas e políticas voltadas ao cuidado em saúde mental, contribuindo inclusive para melhorar os estados de saúde, o que supõe a participação do próprio sujeito na constituição de seu itinerário terapêutico.

Resgatar os sujeitos e a dimensão (inter)subjetiva está de acordo com as práticas impulsionadas pela reforma psiquiátrica. Os princípios e valores reformistas têm investido nas temáticas sobre o sujeito, a subjetividade, as interações humanas, a experiência vivida com a doença, alternativas terapêuticas, entre outras. Seguimos o que Franco Basaglia – psiquiatra italiano que tanto influenciou a reforma psiquiátrica brasileira - sugeriu com base numa atitude fenomenológica: em vez de pôr entre parênteses o sujeito para focalizar a doença enquanto fenômeno físico, pôr a doença entre parênteses para poder absorver o sujeito. E, assegurado pela nossa perspectiva realista sobre a natureza da doença, isto não representa negar a sua existência nem os sofrimentos com ela relacionados, mas possibilita apreender aquilo que queremos investigar.

Buscamos pôr em pauta a valia que existe em nos aproximarmos dos cotidianos das pessoas com doença mental, que englobam sentimentos de alegria, tristeza, nascimento, morte. Torna-se possível captar a pluralidade inerente a este grupo para, daí, romper com alguns mitos (como o da periculosidade ou o da incapacidade total) e desfazer concepções solidificadas,

naturalizadas, pensando sempre numa assistência à saúde mental mais ampla e humanizada, mas também em como instituir mudanças no aparato cultural, ambos ligados à ideia de essas pessoas serem cidadãs de direitos.

Outra utilidade do nosso trabalho tem a ver com a incorporação da categoria gênero. Na nossa exploração da literatura referente a este domínio, constatamos que, daquelas pesquisas brasileiras que têm os experientes enquanto objeto empírico, poucas são as que priorizam uma abordagem de gênero e, menos ainda, o seu caráter relacional. Especialmente as experiências masculinas foram pouco estudadas. Esperamos contribuir para minimizar esta lacuna e somar aos estudos que tratam das experiências subjetivas em torno da doença mental na sua interface com o gênero. Isto serve também para quebrar mitos relacionados com o gênero como, por exemplo, o de uma suposta vulnerabilidade natural das mulheres à doença mental.

Em suma, as experiências com a doença mental, ao serem narradas pelas próprias pessoas, vão muito além do pessoal e englobam aspectos sociais e políticos. Conhecer as experiências dos sujeitos torna possível captar as turbulências pelas quais passam estes homens e mulheres, mas também como se reinventam, se reconhecem, se desconhecem para se produzirem no outro ao longo das suas vivências. Vivências estas compostas por aspectos nem sempre captados mesmo por discursos científicos (estes que, inclusive, oferecem fundamento para legislações, políticas públicas e práticas sobre a questão).

É preciso, por exemplo, problematizar o que não costuma ser observado por abordagens no campo científico da saúde, que não raramente tendem a homogeneizar pessoas e suas experiências por meio de classificações diagnósticas supostamente neutras e universais. Reiteramos que a experiência com a doença mental não deve ser priorizada em termos de seus componentes biológicos, por mais importantes que sejam, mas visualizada também em termos de sofrimento humano, que, por sua vez, somente pode ser compreendido no contexto de uma história de vida.

Igualmente, é indispensável enxergar o que não costuma ser debatido por abordagens no campo científico das ciências sociais. Algumas abordagens mais estruturalistas, por questões epistemológicas e metodológicas que propocionam olhares mais holísticos, acabam por não reter aspectos mais pormenorizados da realidade social. Por sua vez, outras abordagens, também por questões epistemológicas e metodológicas, retêm mais o que há de flexível e espontâneo numa dada realidade social. O olhar é mais “próximo”, menos generalizado e mais focado nas minúcias do cotidiano.

É desde este olhar focado no cotidiano que objetivamos apreender e analisar o mundo vivido pelos sujeitos diagnosticados com a doença mental: O que pensam, sentem, desejam? Como interpretam/explicam/lidam com a doença mental? Que impactos a doença causa em variadas esferas da vida? Que imagem têm de si mesmos/as enquanto homem ou mulher com diagnóstico psiquiátrico? Estas questões, que interceptam ângulos tão íntimos e rotineiros das vidas das pessoas, conduzem a um trabalho predominantemente microsociológico. Sendo assim, buscamos refletir sobre a doença enquanto uma experiência vivida, dotada de significados e situada em variados contextos de ação e interação nos seus cotidianos.

Para apreender isto, mas sem a preocupação de seguir de maneira extremamente fechada os quadros de algumas escolas, inclusive por reconhecer eventuais limites das mesmas, optamos por algumas diretrizes de abordagens sociológicas como o interacionismo simbólico e a fenomenologia social. As duas têm interesse nos sentidos do vivido, nas interações face aos outros e à sociedade, nas maneiras de interpretar e agir sobre a sociedade.

Da fenomenologia social extraímos principalmente de Alfred Schutz a ideia de que, para compreender a ação dos sujeitos no mundo social, é necessário pensar nas relações intersubjetivas presentes nas suas experiências cotidianas. Os significados que os indivíduos atribuem aos objetos não partem de uma subjetividade individual, mas de uma intersubjetividade que surge da relação social. Schutz também destaca o conceito de consciência, ou melhor, a existência de uma consciência pessoal que engloba pensamentos e sentimentos contínuos e mutáveis, comparável a um rio ou correnteza, mas que também é social pois a consciência pessoal/individual apenas atribui significados/sentidos às coisas interagindo socialmente com a consciência alheia numa relação de intersubjetividade mundana. A consciência é inevitavelmente intencional no sentido de que nossas cogitações são sempre consciência de alguma coisa, está sempre voltada para algo (um objeto do pensamento) que selecionamos e para o qual atribuímos sentido/interpretamos. Para esta consciência, há dois níveis de intencionalidade: o da atitude natural e o da redução fenomenológica. O nível o qual Schutz analisa os significados dos objetos para a consciência é o da atitude natural, isto é, da vida cotidiana, do senso comum, diferente da atitude que os fenomenólogos tomam (a da redução fenomenológica) – e é o nível no qual estamos interessados nesta pesquisa. Dependendo da situação biográfica de um indivíduo, ou seja, da sua determinada situação no mundo da vida (seu ambiente físico e sociocultural onde ocupa uma posição não apenas física, mas também moral, ideológica, social), o objeto (no caso, a doença mental) pode aparecer de forma diferente do que aparece para seus semelhantes (também com suas situações biográficas).

Outra abordagem utilizada neste trabalho é o interacionismo simbólico, que privilegia o aspecto situacional da conduta dos indivíduos. Estes não são simplesmente determinados pela estrutura, mas têm capacidade reflexiva para agir e interpretar os atos de outrem. Este indivíduo age face aos outros indivíduos e às coisas por meio de símbolos e significados que se originam ou são anterior à interação que têm com os outros e a sociedade. Em outras palavras, no interacionismo, a interação social em foco é a interação simbólica e a realidade social não é concebida como sistemas ligados harmoniosamente, mas como ordem interativa que se constitui de processos negociados, localizados, emergentes.

Aqui entram noções que podem ser discutidas a partir de Erving Goffman: a de ordem social e a de ordem da interação. A ordem social consiste no domínio onde as normas sociais regulam a forma pela qual as pessoas interagem face a face. Corresponde ao aspecto macro da sociedade, que abarca valores, normas, expectativas, constrangimentos e instituições próprios da estrutura social. A ordem da interação, por sua vez, pode ser visualizada como as consequências de um sistema de convenções permitidas, como uma espécie de jogo que contém regras fundamentais. É a esfera que remete ao aspecto micro, da agência dos indivíduos, das minúcias da vida cotidiana. É a esfera das interações/encontros face a face, que podem ocorrer em qualquer ocasião, quando, no mínimo, duas pessoas estão em co-presença imediata. A ordem da interação é ordenada/estruturada em grande escala por convenções sociais da ordem social, incluindo as de gênero, mas também conserva certa imprevisibilidade. É neste ponto que podemos captar porque, mesmo diante de certas homogeneidades que ligam os indivíduos, eles podem agir de maneira mais ou menos diferente entre si nos seus cotidianos. De Goffman retemos ainda as noções de estigma e carreira moral, haja vista serem categorias marcantes nas experiências de pessoas com a doença mental. A primeira corresponde a um traço - no caso, o diagnóstico psiquiátrico - que diferencia negativamente a pessoa que o porta. A carreira moral diz respeito às mudanças que impactam a identidade e o esquema de imagens da pessoa para julgar os outros e a si própria.

Além das influências que versam mais diretamente sobre o plano microssocial, também utilizamos os referenciais que consideram a dialética entre os planos macro e micro, como as teorias da ação estruturada. Isto porque é preciso balancear as significações que os sujeitos enunciam e as categorias objetivas decorrentes do contexto sistêmico. Para isto, recorreremos à ideia da estruturação conforme defendida por Anthony Giddens, para quem a estrutura social é constituída pela atividade humana ao mesmo tempo que constitui tal atividade. Justo por isso, a estrutura tem um caráter dual. A ideia de estruturação rompe com a polaridade

entre estrutura e ação para explicar processos de reprodução social. Há uma mediação entre estrutura e as interações.

Esta relação entre subjetividade e objetividade remete ainda para Bourdieu e sua teorização sobre o conceito de *habitus*, que abrange os esquemas duráveis e transferíveis de percepção, avaliação e ação em diversas situações, mas expressa também estilos de vida, julgamentos morais, estéticos. Se pensado em termos do objeto de estudo (as experiências de homens e mulheres com doença mental), o conceito de *habitus* engloba os estruturantes sociais que interferem nas ações – funciona como um senso prático em diversos contextos. Por outro lado, o *habitus* também mostra que as formas de agir em determinado contexto/situação não estão plenamente objetivadas. Neste sentido, o conceito remete para uma estrutura estruturada e estruturante. O agente social não age ou toma decisões de maneira invariavelmente reflexiva porque, até certo ponto, a sua ação sofre os constrangimentos estruturais. Mas tais constrangimentos não se impõem de forma invariavelmente mecânica. Em suma, há espaço para o exercício da criatividade e variações das ações mesmo que dentro de um cenário limitado estruturalmente.

Ainda, para dar conta do embate entre um subjetivismo individualista e um objetivismo estruturalista, pensamos nas contribuições de Bernard Lahire, especialmente a da sociologia à escala individual. De sua teoria da ação/do ator (disposicional e contextualista), que retoma algumas noções de Bourdieu ao mesmo tempo que o critica, absorvemos que: um ator social é plural; dispõe de variadas formas de reflexividade; atua mediante uma pluralidade de lógicas de ação; incorpora de várias maneiras o social. Nosso objeto empírico abrange um grupo social mais ou menos homogêneo, o de pessoas diagnosticadas com doença mental, para o qual se torna possível uma homogeneidade/uma força formadora de um *habitus* (vivenciam uma determinada carreira moral, fato que poderia significar diversas formas de agir, pensar, sentir, julgar, comuns). Mas não deixamos de tomar cada sujeito de pesquisa em si como objeto sociológico. Daí a análise se torna mais detalhada. Interessamo-nos não apenas pela explicação dos grupos de indivíduos a partir de uma prática ou de um domínio particular de práticas, por exemplo, usuários de um determinado serviço de saúde mental que têm em comum o diagnóstico psiquiátrico, mas pelas lógicas sociais individualizadas. Focalizar o indivíduo não significa retê-lo como a base de toda a análise sociológica, e sim como objeto complexo de múltiplos processos de socialização. Pensando em nosso objeto empírico, cada homem e cada mulher vive em diversos espaços sociais e tem experiências socializadoras variadas, mais ou menos contraditórias entre si. Contam com histórias de vida singulares. São, portanto, seres

plurais e portadores de um patrimônio não unificado de disposições (ou seja, portam uma pluralidade de *habitus*) a ser ou não utilizado em diferentes contextos de ação. São também portadores de uma pluralidade de lógicas de ação: aquelas relacionadas com o senso prático e aquelas relacionadas com a reflexividade da ação.

O aspecto priorizado nesta pesquisa para analisar as diferenças e semelhanças entre as experiências com a doença mental é o gênero. Mas, além do gênero, há outros aspectos como a classe social, a raça/etnia, a orientação sexual, entre outros, que também interferem nas experiências com a doença mental. Assim, um indivíduo não se diferencia apenas dos outros, mas também apresenta uma diversidade intraindividual por conta de suas múltiplas propriedades/experiências sociais. Não é possível simplesmente generalizar, portanto, a experiência individual com base em aspectos determinados socialmente – por mais que estes deem pistas sobre um quadro social “mais geral”, sobre o que é “majoritário” ou “típico” para algum grupo.

Este raciocínio é o que ajuda a compreender as diferenças e semelhanças entre homens e mulheres, mulheres e mulheres, homens e homens com doença mental. Mais que isso, ajuda a compreender como cada um destes homens e mulheres se diversificam intraindividualmente. Eles/elas imaginam, escolhem, elegem, reagem, sentem, mudam de ponto de vista...Ora a partir de um senso prático ou da atitude natural, ora de maneira mais calculada, reflexiva: quanto à forma de explicar e lidar com a doença, quanto às relações que desenvolvem com os serviços de saúde, com a família, com a rede de amizades, quanto ao mundo do trabalho. Objetivamos, desta maneira, estudar a diversidade da realidade social na sua forma incorporada.

Além das abordagens sociológicas mencionadas, contamos ainda com estudos de gênero/feministas. Tais estudos constituem importantes ferramentas analíticas para compreender como as desigualdades sociais oriundas de uma diferenciação sexual afetam as experiências de homens e mulheres diagnosticados/as com doença mental. Utilizamos as contribuições de autores e autoras como Joan Busfield, Pierre Bourdieu, Miguel Vale de Almeida, Heleieth Saffioti, Raewyn Connell entre outros/as. Ademais, utilizamos os aportes destes estudos na sua interface com a saúde mental (Franca Basaglia, Mabel Burin, Joan Busfield, Phyllis Chesler, Carmen Saez Buenaventura, entre outros/as).

A tese está organizada em seis capítulos. No primeiro deles, “*Sobre o fenômeno ‘doença mental’: o enquadramento social do objeto e enfoque conceitual*”, realizamos um resgate em torno de diferentes abordagens da doença mental a partir de um percurso geográfico, histórico e cultural, portanto, contextualizado. Resgatamos uma concepção típica de um modelo

biomédico, que tende a um “objetivismo ontológico/epistemológico” na medida em que prioriza os fatores biológicos/do corpo em detrimento de fatores sociais comuns à doença mental. Resgatamos também algumas teorizações da sociologia da doença mental na qual: algumas, mesmo considerando a produção social do adoecimento, tendem a se aproximar de um modelo biomédico; outras tendem a cair em um “construcionismo” ou “relativismo ontológico/epistemológico” quando desconsideram a realidade material da doença ao obliterar seus componentes orgânicos, visualizando-a como uma construção social num sentido estrito. Explanamos a nossa perspectiva, contextualista e realista, que busca não cair em objetivismos ou relativismos (ou reducionismos, quer biológicos ou socioculturais) ao levar em conta a totalidade do fenômeno constituído em todos os seus aspectos, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais.

No segundo capítulo, *“Questões de gênero na saúde mental: olhares teóricos e empíricos”*, explicitamos o nosso entendimento sobre o conceito de gênero e como este se faz presente na organização social. Elencamos alguns aspectos da complexa relação entre gênero e saúde mental. Percebemos que algumas interfaces entre estes dois campos podem ser mais visíveis - como no caso do gênero enquanto determinante social da saúde mental - ou menos visíveis - como no caso da epidemiologia psiquiátrica e da formação/atribuição de sinais, sintomas e diagnósticos. Também sinalizamos a respeito de como gênero e saúde mental se cruzam a partir das ações de políticas públicas e da indústria farmacêutica. Em outro tópico, explicitamos para quais caminhos pesquisas empíricas de diversas abordagens das ciências humanas e sociais no Brasil têm apontado no que se refere às experiências subjetivas de homens e mulheres quanto à saúde mental.

No terceiro capítulo, *“A Reforma Psiquiátrica: história e desdobramentos políticos”*, trazemos informações sobre o cenário da saúde mental no Brasil. Estão em torno da reforma psiquiátrica brasileira, em fluxo no país há cerca de quatro décadas. Este processo, que está para além de mudanças nas leis, políticas, serviços de saúde, enfatiza a chamada desinstitucionalização. Explanamos algumas experiências internacionais que influenciaram a reforma psiquiátrica brasileira. Depois, adentramos no contexto histórico e político nos princípios da reforma psiquiátrica no Brasil, na década de 1970, até aproximadamente a virada para o século XXI. De seguida, explanamos o contexto marcado pela Lei da Reforma Psiquiátrica (10.216/2001) até o panorama atual. No final, refletimos sobre os rumos e desafios impostos à reforma atualmente.

O quarto capítulo, “*Metodologia do estudo e execução do trabalho de campo: escolhas, justificações, contexto da pesquisa, desafios*”, trata da metodologia e da execução do trabalho de campo. Primeiramente, esclarecemos o tipo de pesquisa escolhido, a saber, qualitativa. Depois, elencamos e justificamos a escolha do método (estudo de caso), das técnicas de recolha (entrevistas de histórias de vida com homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico como técnica principal e entrevistas semidiretivas com profissionais da saúde mental, questionários de caracterização sociodemográfica, observação e registro em diário de campo) e de análise dos dados (*grounded theory*). De seguida, descrevemos o contexto da pesquisa (o estado do Piauí e a cidade de Parnaíba) e a instituição (Centro de Atenção Psicossocial II Walterdes Sampaio) onde tivemos acesso aos/às entrevistados/as no que se refere à reforma psiquiátrica. Informamos como ocorreu o trabalho de campo e como preservamos as dimensões éticas da pesquisa. Disponibilizamos o perfil sociodemográfico dos/das entrevistados/das e um resumo das suas histórias de vida.

O quinto capítulo, “*(Re)constituição dos itinerários de adoecimento: como se desenrolam as experiências de homens e mulheres com a doença mental*”, trata de compreender como se constituem os itinerários de adoecimento psíquico de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico. Analisamos como relações desiguais de gênero aparecem nas explicações dos/das participantes a respeito da própria doença mental. Primeiramente, identificamos as concepções que os/as entrevistados/as têm a respeito de sua própria condição de pessoa em sofrimento psíquico e com diagnóstico psiquiátrico: se consideram ou não doença e de que maneira o fazem. Também analisamos os sintomas psiquiátricos enunciados, constatando que muitos deles são “gendrados”, inclusive as ideações e tentativas de suicídio. Também concentramo-nos nos processos de (re)constituição dos percursos de adoecimento psíquico, isto é, como se desenrolam as experiências com a doença mental de homens e mulheres levando em conta as suas próprias perspectivas e as questões de gênero em suas histórias de vida.

O sexto capítulo, “*Viver com doença mental: (re)configurações das histórias de vida de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico*”, analisa, em função do gênero, como é ser homem e ser mulher com doença mental. Primeiramente, identificamos os impactos da doença mental e constatamos que ocorrem de maneira significativamente diferente para homens e mulheres. Entre os impactos, de maneira mais imediata, percebe-se o estigma decorrente do rótulo psiquiátrico. Juntamente com os sintomas, o estigma altera a imagem que as pessoas têm de si próprias e gera impactos em diversas esferas da vida como a família, a vida laboral e os

estudos, a sexualidade e as afetividades, as redes sociais. Depois, identificamos as estratégias utilizadas por homens e mulheres para lidar com a doença ou, em outras palavras, como se constituem os seus itinerários terapêuticos. Por último, identificamos seus desejos e planos para o futuro, bem como as concepções que possuem acerca do que pode fragilizar a saúde mental de homens e mulheres.

Nas conclusões, resgatamos os objetivos estabelecidos nesta introdução, os procedimentos metodológicos, refletimos sobre algumas dificuldades encontradas ao longo do percurso de construção da tese e fazemos a síntese das informações analisadas. Constatamos que os sentidos que nossos participantes da pesquisa, homens e mulheres de diferentes idades, raças/etnias, classes sociais, orientações sexuais, atribuem ao prejuízo de sua saúde mental são expressados por meio de fatos/atos (deliberados ou não) do cotidiano que têm uma ordem de gênero enquanto pano de fundo. Efeitos de gênero também estão presentes nos impactos da doença em diferentes esferas da vida, na maneira como homens e mulheres são tratados (o que inclui processos de medicalização/medicamentação) e reagem ao tratamento, nas estratégias para lidar com a doença, no que pensam sobre o futuro. Os resultados reforçam o peso de aspectos sociais sobre a saúde mental, a valia na escuta das experiências subjetivas, a quebra de mitos (como o da fragilidade biológica e emocional feminina) e a importância da pluralidade nos caminhos de gênero percorridos. As contribuições dessa pesquisa podem englobar usuários, gestores, trabalhadores, políticas de saúde mental.

CAPÍTULO 1. SOBRE O FENÔMENO “DOENÇA MENTAL”: o enquadramento social do objeto

“O drama da nossa modernidade é que ela se desenvolveu lutando contra a metade dela mesma, fazendo a caça ao sujeito em nome da ciência [...] Não existe modernidade a não ser pela interação crescente entre o sujeito e a razão, entre a consciência e a ciência, por isso quiseram nos impor a ideia de que era preciso renunciar à ideia de sujeito para que a ciência triunfasse, que era preciso sufocar o sentimento e a imaginação para libertar a razão, e que era necessário esmagar as categorias sociais identificadas com as paixões, mulheres, crianças, trabalhadores e colonizados, sob o jugo da elite capitalista identificada com a racionalidade”
(Touraine, 1994: 219).

A doença pode estar presente na biografia de qualquer pessoa. Pode constituir uma espécie de divisor de águas na vida de muitos que a experienciam, direta ou indiretamente, e ser matéria médica, literária, sociológica, cinematográfica, do senso comum etc. É, portanto, uma categoria polissêmica.

As práticas e teorias sobre a doença supõem uma relação interdisciplinar porque uma perspectiva, sozinha, não seria capaz de dar conta de todas as complexidades envolvidas nestes processos. Por outro lado, não é um equívoco priorizar a perspectiva (ou a disciplina) enquanto unidade que diz respeito ao foco de nossas preocupações e dos fenômenos nos quais estamos interessados. No nosso caso, priorizamos as teorizações das ciências sociais (sobretudo da sociologia) para uma análise da doença mental.

Seja qual for a perspectiva priorizada, esta não pode é prescindir das demais, apesar de, nas sociedades ocidentais modernas, a medicina ter se colocado desde o século XIX como a forma oficialmente reconhecida de “saber-fazer” (e, sobretudo, de saber, acrescentamos) nos domínios da doença e da saúde (Silva, 2013). Em contrapartida, ainda que esta concepção seja a mais disseminada até hoje, principalmente entre profissionais da saúde, desde meados do século XX que outros conhecimentos, como, por exemplo, a sociologia médica – ou como é mais conhecida atualmente, a sociologia da saúde – também têm contribuído para o debate sobre as questões em torno da doença, e avançado para além do seu entendimento enquanto fenômeno objetivo (físico ou psíquico) (Ordorika Sacristán, 2005). Atentar para os aportes da sociologia da saúde (o que abarca o “mental”) é imprescindível se quisermos compreender o processo saúde-doença de forma integral, isto é, na sua totalidade a partir dos variados aspectos que o conformam.

No campo do “mental”, a sociologia da saúde oferece abordagens para o entendimento da doença mental a partir de variadas bases teórico-metodológicas. Investiga, por exemplo, como “eventos estressores” do ambiente podem causar o estresse ou perturbações mentais; ou como fatores sociais (classe, gênero, raça/etnia, etc.) podem configurar certas doenças mentais, identificando quais populações são mais propensas de serem acometidas por doença “x” ou “y”. Também pode analisar quais condições e fatores sociais influenciam a maneira como conceitos de “saúde mental” e “doença mental” e categorias diagnósticas são construídos e mudam conforme o tempo e o espaço (recorrem, aqui, ao termo sociológico “construção social”). Problematisa a fronteira entre o “normal” e o “anormal” e o estigma que as pessoas podem sofrer quando são rotuladas doentes mentais. Também tem interesse se/como/por que as pessoas procuram tratamento e pela qualidade dos cuidados oferecidos pelos sistemas de saúde. Ainda, conforme Aneshensel, Phelan e Bierman (2013), inclui pesquisas sobre as experiências individuais das pessoas tidas doentes, investigando como elas incorporam ou rejeitam certas identidades referentes a estes estados, tais como “mentalmente enfermo”, “paciente psiquiátrico”, “consumidor de medicamentos psicotrópicos”. De maneira geral, as suas análises podem orientar os sistemas de saúde a lidar de forma mais completa com a saúde mental, o que pode ser concretamente útil para a melhoria das vidas daqueles que sofrem com doenças mentais e dos seus familiares.

Mas, como pontua Amarante (2013: 15), poucos campos do conhecimento e atuação na saúde são tão complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade como o da saúde mental. Por isso, nem explicações de cunho individual, nem explicações de cunho social são suficientes, se sozinhas, para dar conta da temática. Na configuração da saúde/doença mental, fatores biológicos, psicológicos e sociais interagem entre si e assim deveriam fazer as disciplinas que investigam estes processos, tais como a psiquiatria, a genética, as neurociências, a psicanálise, a psicologia, a sociologia, a antropologia, entre outras. Elas podem até diferir na forma como analisam a doença mental, mas não se excluem mutuamente. Assim, pois, que o plano da saúde/doença mental exige o debate e concebe diferenças e diálogos entre variados conhecimentos científicos, embora historicamente a relação entre os seus discursos pareça ter sido muito mais de desagregação que de convivência.

Pode-se afirmar que a noção de doença (seja no sentido amplo ou de doença mental), tão usual e aparentemente resolvida no âmbito da medicina, ainda está longe de ser plenamente esclarecida (Amarante, 2010). Isto pode auxiliar a não se pensar mais na medicina como a detentora do paradigma da verdade e a recorrer a outros enfoques, como os da sociologia. Se

estamos a lidar com aspectos relacionados ao social, ao cultural, ao político e aos sujeitos, convém ressaltar a contribuição de abordagens sociológicas. Mas mesmo estas perspectivas, como veremos mais detalhadamente, têm limitações. Para já, podemos afirmar, como uma das limitações, que muitos sociólogos, ainda que se preocupem com uma etiologia social das doenças, acabam por reproduzir a mesma conceitualização de doença mental do modelo médico-psiquiátrico, que a reconhece de maneira análoga às doenças físicas. Reproduzem a visão de muitos psiquiatras, epidemiologistas e clínicos, que simplesmente aceitam enquanto doença mental aquelas condições contidas nas listas do DSM¹.

Outra limitação, relacionada aos grupos de sociólogos que se identificam com perspectivas do construtivismo social, é uma visão relativista acerca da doença mental, pois consideram que esta é uma categoria que pode transcender variados contextos sociais particulares e, portanto, não constitui algo universal.

Observadas estas limitações, é preciso evitar algumas ambiguidades. No contexto da sociologia, uma primeira ambiguidade seria a de aproximar-se, num certo nível, de outras disciplinas a ponto de ignorar que os próprios diagnósticos e sintomas psiquiátricos estão situados (enquadrados/construídos) dentro de determinados contextos sócio-histórico-culturais. É preciso desconfiar da “neutralidade” atribuída a diagnósticos/sintomas.

Uma segunda ambiguidade seria a de cometer a mesma imprecisão de modelos puramente organicistas que, no plano ontológico, reduzem a realidade da doença a um de seus componentes (biológico) em detrimento de outros (sociais, por exemplo). Transpondo este raciocínio para o caso da sociologia, o risco seria o de ignorar, justamente, a base biológica que, junto com os fatores psicossociais, também a constitui. Em outras palavras, considerar a aceção do caráter social e culturalmente relativo num entendimento meramente nominalista da doença mental. É o que acontece com algumas abordagens de cunho construtivista social mais restrito, que acabam por negar a realidade objetiva da doença mental.

Uma terceira ambiguidade seria a de se fazer uma “apologia do olhar espontâneo” (Pinto, 1996: 14) que, neste caso, corresponderia a considerar em pé de igualdade qualquer definição sobre o fenômeno, desde as construções dos saberes cotidianos (que elaboram concepções através das próprias experiências ou experiências de outrem com a doença) até os científicos: todos têm a sua construção (que inclusive pode ou não ser vista enquanto doença). Aqui é preciso distinguir a relatividade cultural de um relativismo epistemológico (Busfield,

¹ DSM – (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) editado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA) e principal referência para profissionais da saúde mental. Lista variadas categorias de transtornos mentais e os critérios de classificação para os seus diagnósticos.

1996). Admitir que as conceitualizações sobre a doença mental estão permeadas de historicidade e a ela são atribuídos diferentes sentidos/significados ao longo das épocas da Humanidade – sentidos e significados que são, sim, cultural e socialmente relativos (eis aí a relatividade cultural que de fala Busfield, a qual reconhecemos) – não equivale a admitir que quaisquer destas maneiras de conceber o fenômeno sejam corretas/aceitáveis (o relativismo epistemológico, o qual rejeitamos). Sobre isto, afirmamos que o objetivo geral, neste estudo, é o de analisar os saberes construídos cotidianamente por homens e mulheres sobre as suas experiências com a doença mental e, ao longo do trabalho, vai ficando esclarecida a nossa perspectiva, que considera as pessoas com doenças mentais integralmente, inclusive a partir de suas histórias de vida. Mas, vale ressaltar que, num plano epistemológico, não podemos situar os seus saberes no mesmo nível das abordagens de nível científico.

Quanto à segunda e à terceira ambiguidade expressadas acima, a doença mental corresponderia, em sentido estrito, a uma construção social. No entanto, o reducionismo sociocultural presente dificulta enxergar a realidade da dor, dos sofrimentos e das dificuldades envolvidas na doença mental ou como quer que seja que decidamos nomeá-la (Bendelow, 1993). As consequências mais negativas destas ambiguidades estão inegavelmente direcionadas para as pessoas em sofrimento psíquico, pois podem ter suas experiências negligenciadas ou não cuidadas de maneira apropriada. E sabemos que, dependendo de como a doença mental é visualizada num determinado contexto/momento histórico, isto influencia fortemente como são estabelecidos os cuidados às pessoas que sofrem com a mesma.

Sendo assim, antecipamos nossa posição, que procura não cair nessas ambiguidades. Acreditamos ser possível uma postura que combine o reconhecimento da realidade objetiva da doença com o entendimento da variação dos sentidos conferidos a ela conforme o tempo e o espaço. Para se referir a estas variações espaço-temporais e evitar confusões, torna-se mais prudente usar termos alternativos ao de “construção social” (no sentido de “construto”) como, por exemplo, “enquadramento social” da doença mental (Busfield, 1996, 2000).

No caso, nossa perspectiva possui um caráter contextualista e realista, e busca não cair em “objetivismos” ou “relativismos” (ou reducionismos, biológicos ou socioculturais) na medida em que leva em conta a totalidade do fenômeno constituído em todos os seus aspectos, sejam eles biológicos, psicológicos ou sociais.

1.1 O paradigma biomédico: a doença mental de base orgânica

Primeiramente, por este trabalho analisar as experiências de homens e mulheres diagnosticados com a doença mental – isto é, pessoas que receberam um marcador biomédico –, parece-nos conveniente explicar a maneira como a categoria é hegemonicamente tematizada na sociedade contemporânea por um modelo desenvolvido pela psiquiatria, ao menos em contexto ocidental, expondo suas lógicas de poder e suas dimensões ideológicas. Estamos falando da noção de doença mental do início do século XXI, que é aquela que a afirma como doença real, com causas biológicas (Alves, 2011). Neste sentido, o termo em inglês *mental disease*² não sugere uma metáfora, como se a doença mental guardasse apenas similaridades com doenças físicas: ela própria é uma patologia física explicada por defeitos genéticos, desbalanços bioquímicos, desregulações hormonais, problemas neurológicos, a ser tratada por meios da medicina (Aneshensel, Phelan e Bierman, 2013).

Explorar este modelo serve de *background* para a maioria dos *insights* sociológicos sobre o conhecimento e a prática psiquiátricos (Baltrusaitytė, 2003). E perspectivas da sociologia, ao explorarem as formas hegemônicas de conceitualizar a doença mental, acabam por oferecer novas formas de pensar sobre o fenômeno (Busfield, 1996). Para isso, entretanto, convém fazer um breve resgate histórico e contextual. Ou seja, resgatar o enquadramento social da doença mental de modo a compreender como a mesma foi definida, especialmente a partir de seus componentes organicistas pela psiquiatria enquanto especialidade médica. É necessário voltar ao conceito de loucura para chegar propriamente na doença mental enquanto categoria mais ampla que a primeira.

A sociedade tem assumido diversos relacionamentos com a loucura/doença mental ao longo da história. Por exemplo, na Antiguidade, a loucura era interpretada enquanto um dom divino. Os loucos eram valorizados por terem recebido um “presente de Deus” e ajudavam a decidir várias questões importantes para a sociedade. Analiticamente, a partir de Foucault (1975, 1978), pode-se resumir como a loucura foi percebida pela civilização ocidental. Primeiramente, ainda em tempos predominantemente medievais, a loucura era tida como algo mágico, espiritual e conservava um diálogo com a razão intermediado por ideias religiosas. O louco ainda não era excluído totalmente da sociedade. A ele era destinado, ainda que de maneira peculiar, um espaço para dizer as suas “revelações”. Até o século XV, no começo do período

² *Disease* (condição patológica biológica) em oposição, por exemplo, a *illness* (consciência subjetiva do mal estar) (Aneshensel *et al.*, 2013).

renascentista, não havia o internamento dos loucos, que também podiam ser colocados em naus e entregues à inexatidão das correntezas (Foucault, 1978).

No período do Renascimento, sobretudo através da literatura e da filosofia, a loucura adquire um papel de sátira moral (Nalli, 2001). Erasmo de Rotterdam, em seu *O Elogio da Loucura*, é o exemplo do tratamento moral concebido ao louco e à loucura. Desta é retirada o caráter trágico e cósmico no sentido de que não era mais sinal de ameaça divina, isto é, vai perdendo o caráter místico-religioso. No entanto, prossegue na sua natureza perturbada e perturbadora (Gros citado por Nalli, 2001). Começa aqui a noção clássica sobre a loucura, caracterizada especialmente por uma consciência crítica em detrimento da experiência trágica da loucura (Nalli, 2001).

Da metade do século XVII até o século XVIII, houve o “O Grande Enclausuramento” e assim foi chamado porque foram criados, em várias partes da Europa, estabelecimentos para o internamento que não se destinavam somente para aqueles considerados loucos, mas para indivíduos bem diferentes uns dos outros, que só tinham em comum o fato de desafiarem a ordem da razão, da moral dominante e da sociedade: inválidos pobres, velhos na miséria, mendigos, desempregados, portadores de doenças venéreas, libertinos, pessoas a quem a família ou o poder real desejavam evitar um castigo público, eclesiásticos em infração, pais de família dissipadores, etc.. A loucura passou a ser vista como desrazão e, junto com outras expressões da falta de razão, foi enclausurada. O louco era como um animal, pois perder a razão era perder a condição de ser humano. Isto podia ainda ser visto como algo misterioso, até atraente, mas também era trágico na medida em que era desvalorizado, desacreditado, negativo. Passou a ter o caráter de imoralidade. É a partir deste momento que a imagem do louco como irresponsável, incapaz e violento passa a ser forte no imaginário social até os nossos dias. O enclausuramento funcionava como uma espécie de punição para a loucura e não tinha preocupações médicas (Foucault, 1978; Busfield, 1996; Nalli, 2001; Vasconcelos, 2009).

Na Modernidade, a partir da segunda metade do século XVIII, uma vez mais, os sentidos conferidos à loucura foram renovados. Após a Revolução Francesa, houve o reconhecimento de que a loucura precisava de um lugar próprio para ser confinada: o asilo. Ainda que vista como desrazão, a ideia de loucura vai fazendo gradativamente surgir a ideia de “doença mental” enquanto objeto do estudo e da prática psiquiátricos (Amarante, 1995). Assim, a loucura considerada doença mental é um fenômeno muito recente na história da Humanidade, que data do século XIX, isto é, por volta de duzentos anos.

Alguns acontecimentos históricos marcantes que alteraram a dinâmica do Ocidente são importantes para entender as mudanças sofridas na forma de conceber a doença mental neste terceiro período. A afirmação de um modo de produção capitalista originou um novo ordenamento social, econômico e político. Especialmente a partir da Revolução Industrial (a princípio na Inglaterra, mas logo depois em outros países da Europa e Estados Unidos), o mundo do trabalho passou a ser assalariado e a contar com máquinas que aceleravam a produção. Com a Revolução Francesa, a burguesia traz à tona as reivindicações por cidadania, liberdade e igualdade, embora nem todos os indivíduos pudessem desfrutar disso, dependendo do segmento social ao qual pertencessem, como, por exemplo, mulheres, trabalhadores não burgueses/proletariado e “loucos”. Paralelamente, ocorria com intensidade o movimento cultural/intelectual Iluminista, que priorizava a razão, o conhecimento científico, a secularização e a fuga da ignorância em oposição aos mitos, ao sagrado, à cultura e à ordem social tradicionais. Todas estas mudanças estimularam pensadores a desenvolver novas maneiras de interpretar o mundo social e natural. A loucura foi uma das temáticas reinterpretadas.

Dentro de tal contexto, a loucura batia de frente com a nova ordem, pois não tinha afinidade com a racionalidade industrial/Iluminista/burguesa. Tinha uma relação íntima com a razão, mas apenas por ser considerada o seu oposto. A partir deste paradigma racionalista, fundaram-se os pilares ideológicos que legitimaram a exclusão e a segregação do louco pelo Estado (Rosa, 2003). E, conforme Bastide (1965), se a nossa sociedade é industrial e a sua ideologia é uma ideologia da produção, a loucura é uma forma de improdutividade. Os comportamentos considerados normais ou anormais/loucos estavam completamente associados a questões de utilidade social e bem comum. A sociedade se interessava pelos indivíduos produtores, algo que os loucos não eram. Pelo contrário, eram não produtores, “não úteis” e, por isso, excluídos por esta sociedade.

A exclusão da loucura foi útil para a sociedade burguesa e para a medicina. A primeira resolveu o problema político que a loucura representava delegando o seu cuidado à segunda (via psiquiatria), que o transformou numa questão de cunho técnico (Rosa, 2003). A psiquiatria, por sua vez, ficou com o mérito de resgatar o louco, tão ignorado durante a Idade Média e o Renascimento, períodos em que estava sujeito às significações místicas ou mágicas. Foi preciso a chegada da “objetividade de um olhar médico sereno e finalmente científico para descobrir a deterioração da natureza lá onde se decifravam apenas perversões sobrenaturais”, afirma ironicamente Foucault (1975: 52). O hospital, anteriormente um alojamento para todo tipo de

marginalizados (pobres, mendigos, desabrigados, doentes), foi medicalizado, isto é, tornou-se instituição médica³. E os loucos, agora doentes mentais, precisavam do tratamento médico. Em outras palavras, conforme Lieberman (2016), o objetivo das primeiras instituições mentais não era tratar, nem curar, mas segregar os enfermos da sociedade, até porque, pelo menos durante e maior parte do século XVII, os transtornos mentais não eram considerados doenças. Apenas depois é que as instituições, que mais funcionavam como prisões, adquiriram cunho terapêutico, dando origem, indiretamente, à categoria de profissionais psiquiatras⁴.

O ser humano “racional” passa a não mais se comunicar com o ser “louco”. Entra em cena a profissão médica/psiquiatria como o ator mais apto para lidar/falar com a loucura, ou melhor, com a doença mental (patologização). Aqui se firma o monólogo da razão sobre a loucura e, especialmente desde Pinel⁵, na França, a história da loucura passa a se entrelaçar com a história da psiquiatria (Foucault, 1975). De ausência de pensamento à alienação mental. A transformação da loucura em doença e do manicômio em instituição de humanitarismo terapêutico (em vez de encarceramento, ao menos em tese) exigia médicos especializados no trabalho com as pessoas que tivessem doenças mentais e isto originou o primeiro nome comum do psiquiatra: alienista⁶ (Lieberman, 2016: 35).

Basicamente, com o médico à frente da gestão e da administração do hospital e retirando cada vez mais a autoridade do clero e da filantropia, aquele espaço ganha um caráter terapêutico e higiênico, fortalecido pelos avanços científicos. Antes: “antessala da morte”, “lugar para o pobre morrer”; depois, na França, a princípio, espaço de cura, ensino e pesquisa médica (Rosa, 2003), lugar de repouso e terapia (Lieberman, 2016). Mas isto em discurso

³ Nem sempre o hospital esteve relacionado diretamente com a medicina. Foi criado na Idade Média como instituição de caridade, filantrópica, para oferecer abrigo, alimentação e assistência religiosa a pessoas marginalizadas (hospital vem do latim e significa “hospedagem”, “hospitalidade”). Depois da Revolução Francesa, o hospital tornou-se, simultaneamente, espaço de exame (um laboratório de pesquisas que proporcionou o contato empírico com as doenças e os doentes), espaço de tratamento (enquadramento das doenças e dos doentes, disciplina do corpo terapêutico e das tecnologias terapêuticas) e espaço de reprodução do saber médico (Amarante, 2013: 26).

⁴ Embora o termo “psiquiatria” tenha sido utilizado pela primeira vez, em 1808, por Johann Christian Reil (1759 – 1853), muitos autores atribuem a Pinel o nascimento de uma psiquiatria científica uniforme comum a todos os investigadores, em 1801, quando publica seu Tratado Médico-filosófico sobre a Alienação Mental ou Mania (Lieberman, 2006; Saez, 1997).

⁵ E também com Tuke, na Inglaterra, Chiaruggi, na Itália, Todd, nos Estados Unidos, Wagnitz e Riel, na Alemanha.

⁶ Os alienistas receberam tal nome por trabalharem em manicômios em localidades distantes, diferente dos colegas médicos de outras especialidades, que lidavam com “doenças físicas” e trabalhavam em hospitais localizados em regiões mais centrais (Lieberman, 2016). De certa maneira, a separação geográfica entre psiquiatria e outras áreas da medicina permanece no século XXI, haja vista que existem “hospitais” e “hospitais de saúde mental”.

porque, apesar de supostamente o louco ter sido livrado da punição para receber tratamento médico no hospital, este tratamento incorporava táticas de punição, regulação, tutela, submissão.

O saber médico da modernidade ocidental – e aqui é preciso lembrar, como atenta Amarante (2013), que existem outras medicinas (homeopatia, medicina teosófica, acupuntura etc.) – permitiu que os profissionais agrupassem as doenças e as observassem de maneira distinta com base no modelo epistemológico das ciências naturais. Isto significou uma nova relação com a doença⁷, incluso a então recente doença mental, enquanto objeto abstrato e natural, excluindo o sujeito que tem a experiência com a doença (idem). O foco era no indivíduo enquanto “caso” (descrição singular, interrogatório, anamnese), que constituiu um objeto para um conhecimento científico e uma presa para o poder. O caso é o indivíduo, o qual se pode medir, julgar, analisar, comparar a outros e, simultaneamente, é o indivíduo cuja conduta se pode corrigir, classificar, normalizar, excluir. Da descrição do caso se fez um meio de regulação e de dominação (Foucault, 1975).

Como mencionado acima, um dos grandes responsáveis pela nova maneira de conceber e lidar com a loucura foi Phillipe Pinel (1745 – 1826), médico alienista francês. Também Etiénne Esquirol (1772 – 1840), outro médico alienista francês, discípulo de Pinel. Ambos são associados à emergência da psiquiatria moral na França como especialidade médica que oscilava entre dois modelos de doença mental: um mais organicista (que postulava a existência de uma lesão na origem da doença) e um modelo da nosografia moral e social dos sintomas. Este último justificava o chamado “tratamento moral” dos doentes em ambiente asilar sobre uma base científica e era caracterizado, de um lado, pela pedagogia da ordem, pela autoridade médica, pelas atividades diárias, pela imposição do trabalho e, de outro, pela caridade pública e pela assistência social (Vasconcelos, 2009). A base científica do tratamento moral consistia em estabelecer a relação entre o tratamento e as causas da alienação, especificar o mecanismo pelo qual atuavam as causas e se produziam as curas para os indivíduos submetidos ao tratamento, aplicar métodos estatísticos e analisar as paixões enquanto causas da alienação de maneira a manejá-las para o tratamento médico, haja vista que o conhecimento *expert* para decifrar as paixões era o filosófico (Saez, 1997).

⁷Amarante (2013) refere-se às doenças, em geral, e não apenas à doença mental, mostrando que não é característica somente da psiquiatria ter uma relação genética (hospitalocêntrica) com o hospital, de ser especializada (priorizar o conhecimento isolado de órgãos/outras partes do corpo), ser centrada na doença e não nos sujeitos que têm as doenças, etc.. São características do modelo biomédico da medicina ocidental, em geral.

O principal objetivo, não apenas do alienismo, mas da medicina, em geral, em alguns países era o de “organizar e dar uma ordem racional à higiene social, na ideia de fundar a moral pública, de levar o homem corrompido ao trabalho e à virtude, enfim, tratando do conjunto dos problemas sociais em uma perspectiva funcional à ordem nascente” (Vasconcelos, 2009: 36). Por exemplo, na Alemanha havia a política médica de Estado, que se preocupava com a observação da morbidade, das epidemias e com o controle sobre a própria prática médica. A medicina social urbana da França tinha preocupações econômicas, de controle das tensões políticas, dos fatores etiológicos e das epidemias. Já a medicina social da Inglaterra focava na assistência aos pobres, no controle da saúde da força de trabalho e na medicina privada para os ricos (Foucault, 2008; Foucault citado por Vasconcelos, 2009). Ou seja, o tratamento moral usava das mesmas ferramentas para tratar os loucos que a burguesia utilizava para se expandir: o trabalho e a disciplina. E, até então, assim a doença mental era tratada: ainda como alienação (causada por fatores morais, como as paixões intensas), mas também como doença (que tinha causas físicas).

Esta mescla na forma de conceber a doença mental sofreu uma virada a partir da segunda metade do século XIX, especialmente quanto às teorias etiológicas da doença, que passaram a ser quase que exclusivamente de cunho organicista. Isto se deveu em princípio à teoria da degenerescência de Benedict-Augustin Morel (1809-1973), de princípios científicos e religiosos, publicada no *Tratado das Degenerescências da Espécie Humana*, de 1857, a qual estava baseada no pressuposto de que haveria uma degeneração mental progressiva à medida em que se sucedessem as gerações. A degeneração poderia ter várias causas (físicas ou morais), mas a causa primeira era o pecado original. Daí o seu cunho religioso, pois Morel acreditava que, ao cometer o pecado original, o ser humano se desviava do tipo de ser criado por Deus, e transmitiria a patologia por hereditariedade às gerações seguintes). Esta perspectiva influenciou fortemente o futuro da psiquiatria porque, apesar de suas limitações, deslocou a descrição sintomatológica da sociedade para os componentes biológicos e hereditários das doenças mentais (Vasconcelos, 2009). Basicamente, a teoria trazia uma concepção de loucura enquanto manifestação mórbida transmitida de forma hereditária e oriunda de hábitos cotidianos que feriam a esfera da moralidade como a promiscuidade sexual ou o consumo de álcool (Cunha, 1989).

Interessamo-nos especificamente por este momento em que a loucura adquiriu o *status* de doença mental, categoria edificada pela medicina/psiquiatria em ambiente europeu, já pelo século XIX, dentro do período conhecido como Modernidade, e que influenciou diversos

países, incluindo Portugal e Brasil. Sob este ponto de vista, é um fenômeno relativamente recente (Foucault, 1975). Dentro deste panorama, a doença mental foi tematizada prioritariamente enquanto doença física, portanto, definida especialmente a partir de seus componentes orgânicos. Neste contexto, ocorreu a “submissão da singularidade à norma da razão e da verdade do olhar psiquiátrico, rede de biopoderes e disciplinas que conformam o controle social do louco” e, embora tenham surgido outras perspectivas, este modelo de certa maneira sobrevive e influencia a prática psiquiátrica atualmente (Amarante, 1995: 24).

Logo no início do século XX, o marco desta transformação (que agora já englobava outras nações do mundo ocidental, como Estados Unidos e Canadá e outras pertencentes à América do Sul) foi o *Relatório Flexner*, de 1910, que ajudou a construir uma nova medicina a partir de algumas características marcantes, segundo Vasconcelos (2009: 41-42): mecanicismo (corpo visto como máquina), biologicismo (centralidade dos processos biológicos nas causas das doenças), individualismo (indivíduo como objeto do conhecimento e da prática médica), especialização (conhecimento das partes e funções específicas do corpo humano), exclusão de práticas alternativas (imposição da medicina científica sobre outras práticas clínicas sob o argumento da comprovação científica), tecnificação do ato médico (necessidade de técnicas e aparelhos diagnósticos para a terapêutica, articulando a criação do complexo médico industrial), ênfase na medicina curativa (objetivação de lesões e remissão de lesões), concentração de recursos (dos recursos técnicos nos espaços físicos dos hospitais e centros de diagnóstico e tratamento). Especificamente sobre a psiquiatria, um fato importante, um pouco antes da passagem para o século XX, em 1883, foi a criação da primeira nosologia científica da doença psiquiátrica, a qual tinha uma base positivista e era essencialmente biológica, pelo médico Emil Kraepelin⁸ (1856-1926), um dos representantes da corrente organicista alemã, que escreveu um pequeno livro chamado *Compêndio de Psiquiatria* (Fernandes, 2007; Lieberman, 2016). A sua classificação das enfermidades mentais prometia facilitar os diagnósticos e tratamentos e, como um bom organicista, tratou de argumentar a universalidade da doença mental, embora tenha percebido suas variações culturais, o que levou a se considerar o peso da cultura e uma sociogênese das doenças mentais⁹ (Saez, 1997). De todo modo, traçou uma linha divisória bem evidente entre saúde e doença mental, junto com o sistema de classificação baseado nos sintomas e na evolução ao longo do tempo (Lieberman, 2016).

⁸ Frequentemente considerado o pai da medicina mental. Buscava as entidades mórbidas (lesões) por trás dos sintomas psiquiátricos (Frayze-Pereira, 1989) e usou bastante a noção de degenerescência.

⁹ Sobre isto, Saez (1997) afirma que, no começo do século XX, Kraepelin viajou para a Ásia e teve contato com culturas não ocidentais. Constatou a ausência de depressão em várias populações.

Até aí, a psiquiatria clínica tinha ainda o asilo como o principal sítio de sua prática, que era dedicada para aqueles casos considerados mais graves (a chamada “psiquiatria de asilo”). O asilo se propagou pelo mundo ocidental como a modalidade de assistência fundamental às pessoas doentes mentais (Rosa, 2003). Eis que, entre o fim do século XIX e princípios do século XX, havia uma rígida distinção entre os loucos (os posteriormente ditos “doentes mentais”) e os outros (“normais”). O contexto era de expansão de um capitalismo industrial que abrigava contradições internas as quais produziram duas reações mais amplas: uma de caráter mais revolucionário, que desejava rever radicalmente a estrutura socioeconômica hegemônica, e outra, de caráter conservador, que visava deter os revolucionários e superar as crises (Saez, 1997). Kraepelin foi considerado “o homem da psiquiatria pesada” (dos asilos e dos casos graves) e, dentro deste contexto, construiu uma psiquiatria para a burguesia instalada no poder e empenhada na normatização social. De um alienismo filantrópico pineliano surgia agora o louco enfermo no sentido mais ortodoxo do termo (Huegas citado por Saez, 1997). Teorias como a de Kraepelin, nas quais a doença mental é uma enfermidade do encéfalo, tornaram-se hegemônicas, mas passaram a coexistir com as explicações morais, que, por sua vez, ganharam uma nova roupagem e um novo impulso com o surgimento da psicanálise (Rosa, 2003), da qual Sigmund Freud foi o principal expoente. Ou, como afirma Saez (1997: 88), a psiquiatria passou a ensinar duas lições básicas: por um lado, observar o indivíduo enfermo a partir de um olhar científico natural (Kraepelin) e, por outro, escutá-lo e compreendê-lo (Freud).

A introdução da teoria psicanalítica pelo austríaco Sigmund Freud (1856 – 1939), o “homem da psiquiatria ‘leve’” (das neuroses e dos consultórios), e por seus seguidores ofereceu um novo pensamento sobre a doença mental (Alves, 2011; Fernandes, 2007). Basicamente, para Freud, qualquer doença mental teria a mesma causa original: resultados de conflitos psíquicos internos com conteúdo fortemente sexual entre os diferentes sistemas mentais, o *id* (fonte dos instintos e dos desejos), o *ego* (voz da consciência) e o *superego* (a consciência comum). Também a psicologia analítica pelo suíço Carl Gustav Jung (1875 – 1909) ajudou a montar outra matriz de conhecimento e prática psiquiátrica/psicológica com aspectos novos. Mas, diferente de Freud, Jung minimizava o peso dos conflitos sexuais e se concentrava no papel praticamente divino do inconsciente coletivo (Lieberman, 2016).

Apesar das perspectivas opostas dentro do próprio movimento psicanalítico, a tendência que se estabeleceu de uma maneira geral foi a da compreensão psicológica do funcionamento mental e de seus transtornos (Alves, 2011; Fernandes, 2007; Lieberman, 2016).

A psicanálise, especialmente a partir de 1910, acabou firmando o seu lugar na Europa continental e servindo de terapia entre as classes média e alta. A teoria psicanalítica, por sua vez, influenciou bastante as artes através das obras de escritores, pintores e dramaturgos. Nos Estados Unidos, a psicanálise passou a se firmar a partir de 1940, principalmente por conta da emigração de psicanalistas (em grande número, judeus) para as grandes cidades estadunidenses na ocasião da Segunda Guerra Mundial (Lieberman, 2016).

Segundo Vasconcelos (2009), a criação da psicanálise por Freud e da psicologia analítica por Jung promoveu algumas rupturas com o modelo organicista/racionalista, entre elas: a importância da origem psicogênica em muitas doenças mentais (relacionadas à história individual, ao ambiente familiar, a certos traços culturais, sem desconsiderar os seus fatores somáticos ou genéticos); a relativização da fronteira entre normalidade e loucura¹⁰; a emergência de um novo modelo interpretativo do conhecimento (capaz de decifrar a linguagem do inconsciente e de suas manifestações em sonhos, atos falhos, nos sintomas, na transferência); o desenvolvimento de um novo método terapêutico individualizado, focalizado na palavra, na relação de transferência entre terapeuta e cliente e na interpretação das manifestações do inconsciente; uma nova modalidade de transmissão do saber em instituições próprias. Assim, a psicanálise e a psicologia analítica tiveram um papel importante no conflito com o modelo alienista e da medicina científica através do seu paradigma de compreensão do aparelho psíquico por intermédio da dinâmica do inconsciente (idem).

Vasconcelos (2009) afirma que a psiquiatria, tendo visto os avanços consignados pelas inovações de Freud e Jung, neutralizou ou se apropriou das descobertas psicanalíticas destes estudiosos englobando-as de maneira mais pragmática em outros elementos da prática psiquiátrica convencional, fato que aumentou o capital simbólico da profissão. Pélicier (1971: 110) ressalta que a importância da psicanálise para a psiquiatria é o fato de ela conservar “uma medicina da pessoa em que a história individual e psicológica do doente conta mais do que o inventário dos sintomas”. Assim, junto à psiquiatria de asilo, que tratava dos comportamentos psicóticos (“mais graves”), veio a psiquiatria dinâmica (integração da psicanálise na psiquiatria), englobando os comportamentos neuróticos (“menos graves”) (Alves, 2011; Fernandes, 2007), para a qual os sintomas tinham um papel diminuto e, além disso, recorria ao

¹⁰ Antes, a diferença entre o doente e o saudável era a que o primeiro precisava ser institucionalizado e o segundo, não. Ter uma doença mental era sofrer de uma psicose sem medidas, uma depressão debilitante, uma desatenção maníaca. Com Freud, este limite ficou mais impreciso, haja vista que a sua teoria psicanalítica sugeria que quase qualquer pessoa poderia ter um tipo de conflito neurótico (Lieberman, 2016).

estudo de casos para identificar experiências intrapsíquicas reprimidas como causas das perturbações mentais (Horwitz, 2002).

A forte influência da psiquiatria dinâmica perdurou sobre o pensamento psiquiátrico até as décadas de 1960/70. Entretanto, a volta do interesse pelo biológico e pelo químico resultou em uma mudança no entendimento sobre a doença mental. Ainda na década de 1950, com a aliança entre psiquiatria biológica e indústria farmacêutica (e sua descoberta dos antipsicóticos e antidepressivos), o mandato social de cura voltado à medicina mental passou a andar lado a lado com a ideia promovida pela indústria farmacêutica de que as drogas¹¹ poderiam amenizar sintomas (Freitas e Amarante, 2015). Neste contexto, houve um retorno à chamada psiquiatria orgânica, “segunda psiquiatria biológica” (Fernandes, 2007; Shorter, 2001) ou psiquiatria de diagnóstico (Horwitz, 2002), justificado por questões de parâmetros de cientificidade, embora especialmente motivado pela necessidade de reestruturação da psiquiatria enquanto especialidade médica. Lieberman (2016) informa que, nesta época, outros especialistas médicos miravam a psiquiatria com visões que variavam desde a perplexidade até o desprezo. Em paralelo, colocou-se em causa a validade da psiquiatria dinâmica em relação aos seus conceitos e aos seus métodos (estudos de casos). A psiquiatria de diagnóstico, pelo contrário, oferecia explicações do método científico e definia categorias diagnósticas, consideradas objetivas porque podiam ser observadas, medidas e quantificadas (Alves, 2011: 59).

Deste ponto de vista, a doença mental passou a corresponder principalmente a uma doença física (Alves, 2011; Aneshensel, Phelan e Bierman, 2013, Busfield, 1996; Ingleby, 1982). Ou, na ausência de uma afecção, teria uma base orgânica para se descobrir posteriormente (Ingleby 1982). Esta psiquiatria adotou um modelo no qual doenças mentais específicas constituem blocos agrupados pelo termo genérico “doença mental”: desordens do pensamento, tipos de depressão, ansiedades, fobias, desordens relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, etc.. Estes blocos, por sua vez, são considerados a partir de seus processos físicos em detrimento dos processos psicológicos ou sociais e, conseqüentemente, são mais submetidos aos tratamentos físicos (Busfield, 1996). Mesmo diante da deficiência em localizar causas fisiológicas para a maioria das doenças mentais registradas, a psiquiatria biológica tem o seu modelo validado quando os sintomas da doença reagem à administração de

¹¹ Antes da década de 1950, quando as drogas medicamentosas foram eleitas uma das principais formas de tratamento, os recursos terapêuticos para lidar com a doença mental eram a malarioterapia, o eletrochoque (que continuou a existir por muito tempo depois), o coma insulínico, a lobotomia, etc. (Oliveira, 2011; Zanello e Sousa, 2009).

psicofármacos, ou seja, quando produzem alterações químicas no cérebro¹². Em suma, o medicamento autentica a doença (biologicamente falando), independente da natureza do que causou aqueles sintomas em primeiro lugar (Aneshensel, Phelan e Bierman, 2013).

A então psiquiatria de diagnóstico oficializou os modelos organicistas e do diagnóstico como o centro da prática psiquiátrica. Ocorreu o retorno para a compreensão da doença mental mais somática, orgânica e focalizada na presença de sintomas independentemente de suas causas (Alves, 2011; Fernandes, 2007). Estava legitimada a psiquiatria do cérebro e a volta da polaridade mente-corpo e “o psiquiatra que utiliza os medicamentos para mudar a neuroquímica do cérebro precisa apenas de saber que sintomas o cliente tem e não os seus significados, nem a forma como o próprio os encara, os explica ou lida com eles” (Alves, 2011: 60).

Na medida em que a psiquiatria organicista conquistava cada vez mais hegemonia ao inserir terapias medicamentosas para atuarem diretamente no cérebro (Alves 2011), as psiquiatrias dinâmicas/psicanalíticas perdiam espaço porque agora apareciam como dispensáveis, caras e de resultados concretos duvidosos (Fernandes, 2007). O contexto que contribuiu para a ruptura da psiquiatria com o modelo dinâmico foi o mesmo que, paradoxalmente, contribuiu para a desinstitucionalização da doença mental (que, entre outros aspectos, também possibilitou a saída dos doentes dos hospitais para as comunidades). Porém, o processo de desinstitucionalização revelou um conjunto de necessidades básicas da população (alojamento, ocupação, alimentação, treino de competências sociais, suporte social e outros) com o qual a psiquiatria não havia se preocupado até então. E daí, mais uma vez, tomou a iniciativa. Além de ter investido em serviços sociais para atender a estas necessidades básicas, também ofereceu a medicação. Ora, se as pessoas estavam saindo cada vez mais do âmbito dos hospitais para as comunidades, precisavam da medicação para evitar novas crises e reinternamentos (Alves, 2011).

O que aconteceu, em suma, foi uma grande reestruturação do sistema de referência e tratamento da doença mental. Os psicofármacos recém descobertos e utilizados como alternativa prioritária à hospitalização no tratamento dessas pessoas já instaladas na comunidade potencializou a psiquiatria de diagnóstico. Já a psiquiatria dinâmica não oferecia serviços sociais, nem medicamentos, até mesmo porque os considerava paliativos, pois atuava sobre a compreensão das manifestações dos problemas e não nas suas causas subjacentes (como sintomas) (Hale citado por Alves, 2011).

¹² É preciso problematizar a opção por tratamentos físicos (à base de psicofármacos) em detrimento de outros tipos de terapias. Mas também convém reconhecer alguns benefícios da psicofarmacologia para diversas condições como a esquizofrenia, o transtorno bipolar, etc..

Foi assim que a psiquiatria biológica se tornou capaz de investigar as causas e os tratamentos da doença mental pelo método científico. Mas isto só foi possível a partir da aliança com geneticistas, farmacologistas, radiologistas, bioquímicos e patologistas (Shorter, 2001). Como dito anteriormente, o termo genérico “doença mental” passou a abranger uma série de doenças específicas como a esquizofrenia, depressão, ansiedade, fobias, anorexia nervosa e outras. A própria nomenclatura sugere que “doença” é objeto de matéria médica/psiquiátrica. Por sua vez, o termo “mental” indica que uma das características compartilhadas por todas essas doenças é uma desordem do funcionamento mental, seja este em termos de capacidade intelectual, pensamentos, emoções, etc.. (Busfield, 1996).

Porém, esta psiquiatria não se reafirmou sem receber críticas. Um movimento antipsiquiátrico iniciado na Inglaterra no fim da década de 1950, mas com repercussão mais forte na década de 1960, negou a existência da doença mental e preparou uma hostilidade maciça ao pensamento biológico da psiquiatria (Alves, 2011; Amarante, 1995, 2013; Lieberman, 2016; Shorter, 2001). Uma das críticas apontou para o marco teórico-conceitual psiquiátrico que, por se basear no mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, gerava um grande equívoco metodológico (Amarante, 2013). Isto diz respeito a fato de a noção de doença mental sustentada pela psiquiatria na época ser altamente individualizante/biologicista, o que dificultava a compreensão do adoecimento psíquico na sua totalidade. É válido informar que também a antipsiquiatria sofreu alguns questionamentos, como veremos num tópico seguinte.

Por ora, convém ressaltar que foi nesta conjuntura de debates (entre psiquiatria e antipsiquiatria, especialmente), já no princípio da década de 1970, que foram lançados os critérios de diagnósticos que serviriam de base para o DSM – III, publicado em 1980 (Alves, 2011; Horwitz, 2002). A psiquiatria importou os modelos diagnósticos desde a medicina para substituir o modelo dinâmico. Reorganizou a si mesma partindo de uma disciplina na qual o diagnóstico tinha um papel marginal para outra na qual aquele passou a ser considerado a base da especialidade. Além disso, o modelo do diagnóstico não ascendeu arbitrariamente ou aleatoriamente. Antes de tudo, o seu sucesso se deveu principalmente à sua habilidade em manusear as demandas por mudanças na cultura interna e nos ambientes externos (político, econômico, social) da profissão psiquiatria, tais como os exemplos mencionados da desinstitucionalização dos pacientes e a deslegitimação da psiquiatria dinâmica (Horwitz, 2002).

De lá até então, a psiquiatria de diagnóstico se afirmou fortemente no sentido de explicar e tratar a doença mental. Cada vez mais comportamentos humanos têm sido incluídos nos manuais classificatórios das doenças mentais. Atualmente, ocorre uma submissão da vida, ao menos nas sociedades ocidentais, à chamada medicalização¹³ da existência ou da vida cotidiana e uma das vias para isso aconteceu por intermédio do modelo médico/psiquiatria (Birman, 2014; Freitas e Amarante, 2015). Tanto que, nos tempos atuais, é praticamente normal ser diagnosticado com uma doença mental e as edições do DSM¹⁴ vêm buscando melhorar a fiabilidade dos critérios diagnósticos. Para os nossos antepassados, o papel hegemônico era ocupado pela religião e pela lei. Para nós, no presente, tal papel tem sido cada vez mais substituído pelo imaginário biomédico, tanto que “o que somos parece estar inseparável do discurso biomédico” (Freitas e Amarante, 2015: 11).

Muitos comportamentos tidos como desviantes ou mesmo reações a eventos estressores da vida têm constituído uma arena fértil para este processo de medicalização e algumas de suas consequências já foram mapeadas. Entre elas, a diminuição da responsabilidade individual em alguns casos de comportamentos “desviantes”, quando a pessoa que comete o ato é considerada “doente”, não sendo tratada (ou punida) conforme o seu real estado. Outra consequência da medicalização promovida é o seu foco nos processos internos em detrimento das variáveis sociais do “desvio”. Outro problema é a ilusão de uma neutralidade moral da medicina, fato que ofusca a regulação social que exerce, socialmente mais reconhecida quando feita por outras instituições, como a Igreja ou o Estado. Por fim, a medicalização tende a retirar o “desvio” do domínio da discussão pública, já que, em muitas ocasiões, por ser tratado como doença, apenas especialistas médicos seriam aptos a tratarem da matéria (Conrad e Schneider citados por Aneshensel *et al.*, 2013).

Entretanto, é importante abrir um parêntese. Convém reconhecer, segundo Busfield (2000), que esta tendência do entendimento da doença mental a partir, especialmente, dos aspectos “bio” não é inteiramente monolítica. Contra esta direção, por exemplo, na Grã-Bretanha, pelo fim da década de 1990, o *Labour Government* sugeriu nova ênfase às

¹³ Processo pelo qual problemas não médicos, considerados típicos da esfera da vida social, moral ou política tornam-se problemas médicos, tratados usualmente como doenças ou, nos termos em inglês para representá-la, *disease* (condição patológica) ou *illness* (consciência subjetiva do mal estar) (Aneshensel *et al.*, 2013; Freitas e Amarante, 2015).

¹⁴ Vale destacar que o DSM (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders) conta com cinco versões desde a primeira publicação, em 1952. O DSM-II é de 1968; o DSM-III, de 1980; o DSM-IV (a maior revisão), de 1994; o DSM-IV-TR, de 2000. Hoje, o DSM-V é o vigente, tendo sido publicado em 2013 (Lieberman, 2016).

desigualdades em saúde, incluindo as de saúde mental, bem como ao papel dos fatores ambientais que geram tais desigualdades (*Secretary of State for Health* citada por Busfield, 2000). Os processos sociais são imperativos para entender a saúde/doença mental a partir de variadas formas: na configuração de vários conceitos de saúde/doença mental estabelecendo, assim, os limites do que constitui a doença mental e as categorias que são usadas para distinguir as várias doenças; na etiologia das doenças mentais; na influência sobre práticas de saúde mental (Busfield, 2000).

Também no fim da década de 1990, grupos de trabalho apoiados pela *American Psychiatric Association* (APA) e pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH) se reuniram para estimular a investigação e a discussão de campo durante o processo de revisão do DSM-V (que estava previsto para ser lançado em 2010, mas ocorreu em 2013). Foram escritos seis “livros brancos” que materializaram o “*A Research Agenda for DSM-V*”, em 2002 (Kupfer, First e Regier, 2004). Pensando sempre na fiabilidade dos diagnósticos, os profissionais buscaram novas abordagens para compreender os mecanismos etiológicos e patofisiológicos. Uma delas se refere ao exame da cultura e seus entrecruzamentos com a psicopatologia. Alarcón *et al.* (2004: 258) reconhecem a evidência que os processos culturais podem: definir e criar fontes específicas de stress e mal estar; modelar a forma e a qualidade da experiência da doença; influenciar a sintomatologia do mal estar generalizado e de síndromes específicas; determinar a interpretação dos sintomas e, conseqüentemente, o seu impacto subsequente cognitivo e social; proporcionar modos específicos de adaptação ao stress; orientar a procura de ajuda e a resposta ao tratamento; governar as respostas sociais ao sofrimento e à incapacidade. Nos tópicos especiais sobre a sugestão de uma agenda de investigação futura, os autores enfatizam a importância de se levar em conta fatores como a estigmatização, a raça e a etnicidade, questões relativas ao gênero, violência e trauma, aculturação e processos aculturativos, religião e espiritualidade (Alarcón *et al.*, 2004). Eis o que sustentam:

A doença mental é mais do que o desaparecimento insidioso ou agudo de um estado anteriormente saudável, ou que o descarrilamento dramático de estruturas ou funções neurobiológicas. Ela é uma distorção substancial de vidas e expectativas em resultado de insucessos multissistêmicos em estruturas moleculares, vias do organismo, ambientes psicossociais, normas culturais e projectos a longo prazo de qualquer sujeito. Esta cadeia dinâmica de eventos exige uma avaliação completamente abrangente, com base em capacidades epistemológicas, conhecimentos multidisciplinares e sofisticação metodológica da mais elevada ordem (Alarcón *et al.*, 2004: 302).

No DSM-V, foi incluído um conteúdo sobre a compreensão do contexto cultural da vivência da doença como sendo fundamental para a avaliação diagnóstica e o manejo clínico

(APA, 2015). Leva-se em conta o peso da cultura enquanto um sistema de conhecimento, conceitos, regras e práticas aprendidos e transmitidos de geração a geração. Ademais, cultura envolve linguagem, religião, espiritualidade, estruturas familiares, estágios de ciclo de vida, rituais cerimoniais e costumes, sistemas legais e morais. O manual incorpora uma versão atualizada do chamado Esboço de Formulação Cultural (apresentado no DSM-IV) e uma Entrevista de Formulação Cultural. Estes instrumentos sugerem a importância de considerar aspectos como grupos de referência cultural, racial e étnica dos indivíduos, questões relativas à imigração, afiliação religiosa, origem socioeconômica, local de nascimento e crescimento, orientação sexual. Consideram de que forma construtos culturais influenciam como o indivíduo vivencia, compreende e comunica seus sintomas. Há identificação de estressores e fatores sociais do ambiente, bem como de aspectos culturais do relacionamento entre indivíduo e clínico. A Entrevista de Formulação Cultural foca nas vivências do indivíduo e nos contextos sociais dos problemas clínicos (idem).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no seu *Relatório Mundial sobre a Saúde no Mundo*, de 2001, avançou ao reconhecer que saúde mental é mais que apenas a ausência de doenças mentais. A sua noção de doença mental é construída a partir de uma analogia com a doença física (avançou no sentido de não visualizar a doença mental simplesmente enquanto doença física). Reconheceu a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais¹⁵ no desenvolvimento de doenças mentais, ou seja, que a sua etiologia é biopsicossocial, afirmando que “o cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento mero resultado do determinismo ambiental” (OMS, 2001: 9). E para compreender estas interações, são indispensáveis os esforços de variadas disciplinas, como a genética, a neurociência, a psicologia, a sociologia, entre outras.

Os aspectos presentes na elaboração dos DSM mais recentes e da OMS acima mencionados sinalizam a incorporação de uma ideia mais integral acerca da doença mental. Como Alarcón *et al.* (2004: 304) referem, um diagnóstico que é culturalmente informado utiliza múltiplas lentes à medida que o investigador se move entre sistemas de significado laicos e profissionais para compreender as observações do comportamento. Sobre estas mudanças, concordamos com Burkle (2009), quando a autora conclui que a maneira como, por exemplo, o DSM é elaborado reflete diretamente o momento histórico da medicina e de seu conteúdo. Isto é, o próprio DSM pode ser tido como produto de um contexto sociocultural, econômico e

¹⁵ Os fatores sociais que refere são as variáveis externas, objetivas, que caracterizam os indivíduos e definem a sua propensão à doença.

político (Ferreira, 2009). Se, por exemplo, o conteúdo do DSM-III na década de 1980 coincide com o momento em que o discurso da psiquiatria biológica virou hegemônico nos Estados Unidos e com a globalização do modelo estadunidense, as bases e o conteúdo do DSM-V adotam posturas, como visto, diferentes (Burkle, 2009). Talvez porque, apesar de ainda ser o discurso hegemônico, uma proposta de psiquiatria biológica (num sentido restrito) seja insuficiente no panorama atual, já que há muitas evidências de que o reducionismo biológico não pode dar conta da complexidade dessas questões. Assim, é arriscado comportar uma discussão de uma “natureza” puramente orgânica ou biológica da doença mental ou do diagnóstico neutro especialmente nos dias de hoje.

Apesar disso, o componente biológico ainda é o priorizado e uma das consequências da psiquiatria atualmente é o aumento do número de pessoas diagnosticadas com a doença mental em um cenário onde os manuais de classificação quase se confundem com os problemas da vida cotidiana (Burkle, 2009). O próprio conceito “doença” implica que as capacidades médicas sejam as mais apropriadas para tratar tal fenômeno (Ingleby, 1982). Sobre isto, acreditamos que o exposto por Ingleby segue forte no panorama atual:

direi que é precisamente por esta razão que a classe médica tem tentado incluir na categoria de doença mental um número cada vez mais elevado de problemas humanos (Conrad, 1980). A utilização do termo “doença” em contextos psiquiátricos, em vez de “perturbação”, “distúrbio” ou “transtorno”, conduz a uma confusão conceptual em que a patologia orgânica e a importância das capacidades médicas são invocadas numa base puramente especulativa. Se se perguntar que objectivos serve tal utilização, o mais óbvio parece ser a tendência da classe médica para alargar as fronteiras do seu território (Ingleby, 1982: 92).

Sauvagnat (2012) tece algumas críticas sobre os DSM que têm a ver com o contexto político no qual estão inseridos. Quanto ao crescimento da quantidade de diagnósticos, o autor afirma que os editores do DSM promovem verdadeiras “epidemias”, ou melhor, “falsas epidemias”. Mais que isso, muitos profissionais que fazem parte dos grupos que elaboram o DSM têm relações com as indústrias farmacêuticas: “É uma questão de dinheiro, de favores comerciais” (idem: 26). Depois, os editores pretendem fazer o DSM uma espécie de Bíblia, mas uma Bíblia que é elaborada por um grupo nacional específico (estadunidense), o que deixa margens de dúvida quanto à sua legitimidade (no sentido de representar outros contingentes populacionais), afirma o autor.

As questões socioculturais são mencionadas no recente DSM-V e reconhecidas como fatores respeitáveis nas expressões do “sofrimento” e da “doença”, nomeadamente o impacto das diferenças culturais e as considerações culturais na prática clínica. Mas esta incorporação ainda não é suficiente, visto que, em contrapartida, o modelo biomédico e a psiquiatria de

diagnóstico não param de crescer ancorados no desenvolvimento da genética, da descoberta do genoma humano, do desenvolvimento da psicologia evolucionista, da proliferação da cultura terapêutica, dos descobrimentos das neurociências que têm relegado as contribuições das ciências sociais (Alves, 2011; Ordorika Sacristán, 2014). Como o DSM define toda doença mental conhecida, isto explica a influência médica sem paralelo que o manual tem na sociedade (Lieberman, 2016). Em suma, o DSM-V está ainda inscrito na mesma estratégia que caracteriza os Manuais de Estatística e Diagnóstico de Transtornos Mentais a partir do rompimento ocorrido no campo da psiquiatria pelo DSM-III, em 1980: as patologias psiquiátricas foram sendo cada vez mais definidas referentes a agrupamentos de sintomas, pouco considerando as narrativas e histórias de vida dos pacientes e também as causas sociais e psicológicas que possam ter sido decisivas em determinado sofrimento psíquico ou comportamento (Caponi, 2014).

Também pelo Relatório da OMS (2001) fica evidente, apesar do discurso holístico, a ênfase num daqueles fatores que interagem entre si: os biológicos. Argumenta que a identificação e o diagnóstico de doenças mentais são realizados por métodos clínicos semelhantes aos que se utilizam para doenças físicas. Registra com entusiasmo os avanços na padronização da avaliação clínica e no aumento da fiabilidade desses diagnósticos. Fala-se muito em sinais e sintomas e na forma como foram definidos detalhadamente para permitir uma aplicação uniforme, mas não pondera mais profundamente sobre como situações sociais e contextos culturais influenciam na construção dos próprios conceitos de saúde, doença, bem como dos diagnósticos e de seus respectivos sinais e sintomas. Parece focar muito mais na disfunção individual e problematizar de menos o “mental” e, ainda, dar pouca atenção ao fato de que o que é doença ou transtorno, isto é, de o que é “anormal” é também socialmente construído e culturalmente localizado. Por fim, embora assuma a influência de fatores sociais sobre o desenvolvimento e a progressão de sintomas (inclusive, determinados pela posição na estrutura social face à condição de classe, sexo, raça/etnia), não questiona a ordem social de maneira mais crítica.

A tônica dos discursos dos DSM, ou mesmo da OMS, ainda é sobre a natureza, revelando um viés organicista. O domínio do cérebro na psiquiatria parece se expandir, como foi dito nos Estados Unidos sobre a década de 1990: eis a década do cérebro (Burkle, 2009; Alves, 2011). O trecho seguinte é bastante elucidativo acerca da relação que se estabelece entre mente e cérebro atualmente. A mente é uma espécie de fenômeno de segunda ordem do cérebro. Como afirma Azize (2010: 368), é:

uma consequência da atividade em rede de nossos bilhões de neurônios, o mesmo valendo para a ideia de saúde ou doença mental. Esta é a perspectiva que as neurociências contemporâneas, assim como a corrente que se convencionou chamar psiquiatria biológica, nos apresentam hoje – uma visão fisicalista da ideia de mente, que trabalha com a possibilidade de uma base biológica para as doenças mentais em suas mais variadas formas. Assim, cérebro, mente e sujeito se confundem, saúde mental parece ser um sinônimo para saúde cerebral e males como a esquizofrenia e as variantes da depressão e da ansiedade possuiriam uma materialidade equivalente a um acidente vascular cerebral.

Busfield (2000: 543) resume três razões para o progresso corrente da genética e da bioquímica na maneira de entender a doença mental. Primeiramente, e o mais óbvio, é que os significativos avanços destas ciências durante os últimos anos, incluso o progresso de decodificação do genoma humano, têm atraído a atenção de profissionais e da mídia sobre o papel dos fatores genéticos na saúde e na doença mental. Segundo, os médicos ainda tendem a ser poderosos, se é que não foram sempre os profissionais com mais poder no campo da saúde e da doença mental, e, desde a sua formação, ainda são largamente orientados em direção às ciências naturais, usualmente dando primazia às ideias e aos entendimentos com base nas ciências naturais em detrimento das ciências humanas e sociais. E, terceiro, as explanações e entendimentos da doença mental em termos de doença física têm atraído vários atores, inclusive aqueles com problemas de saúde mental, o público leigo e os políticos: eles se encaixam com o uso generalizado de fármacos para o tratamento da doença mental; sugere-se uma simples relação causal da condição – um “gene defeituoso”; focam no que está acontecendo dentro do corpo mais que na mente ou nas relações sociais.

De maneira similar, Nunes (2012) relata que o discurso naturalista sobre as doenças mentais está ancorado nas vantagens que a perspectiva neurobiológica proporciona à psiquiatria. Junto com os avanços constatados pelos efeitos psicofarmacológicos em relação ao controle de sintomas graves, surgem efeitos positivos de tais discursos e práticas: a contenção da insegurança e a isenção da culpa de pacientes e familiares através do mecanismo de genetização/biologização dos sintomas; a esperança quanto à gestão da incerteza sobre doenças tão complexas quanto dolorosas.

Como dito, este fato (o entendimento “físico” da doença mental) é acentuado devido à ação dos *mass media*, que fazem aumentar a procura por cuidados, reforça políticas de aumento dos serviços clínicos, favorece os apoios às investigações que busquem causas biológicas e a investigação farmacológica na busca dos melhores tratamentos (Alves, 2011: 62). No Brasil, apesar de a publicidade dos medicamentos controlados ser vetada diretamente ao público

consumidor, cresce a publicidade¹⁶ de laboratórios voltada aos profissionais da saúde que prescrevem os medicamentos. Inclusive, a relação entre indústria farmacêutica e médicos vem sendo criticada por potencializar uma possível criação e difusão de diagnósticos, passando pelo favorecimento comercial da indústria até a desobediência às regras que barram a publicidade aberta ao consumidor. Mesmo quando as regras são seguidas, isto não impede que a indústria acesse o público leigo através de inúmeras campanhas de sensibilização por elas criadas, que não divulgam diretamente os medicamentos, mas determinadas doenças – o que pode funcionar como divulgação indireta de um produto (Azize, 2010).

O momento atual é de uma racionalização biomédica da vida subjetiva (Maluf, 2010) e a noção predominante sobre a doença mental no início do século XXI é aquela que a afirma como doença real, com causas biológicas (Alves, 2011), fruto de processos orgânicos, de origem endógena, mesmo naqueles casos em que a patologia orgânica/afecção ainda está por ser descoberta. É aquela originária da tradição cartesiana que promove o dualismo entre corpo e mente, priorizando a primeira categoria (Duarte, 1994). É fato a existência de um projeto hegemônico transnacional que prioriza um discurso naturalista/fisicalista a respeito da explicação e do tratamento das doenças mentais (Nunes, 2012). E tal projeto se funde com uma lógica liberal capitalista. Como sugere Caponi (2014: 748), pensar que nossos sofrimentos psíquicos possam ser tratados tal e qual uma úlcera ou outro problema de natureza similar “significa simplesmente negar que os sofrimentos devam inscrever-se numa história de vida, que esses sofrimentos se transformarão ao longo de nossas vidas e que nesta transformação tem papel fundamental o modo como somos ouvidos e as intervenções e terapêuticas que nos são propostas”.

1.2 Contributos da sociologia sobre a doença mental

1.2.1 Precedentes de uma sociologia da doença mental

De acordo com Bastide (1965), a sociologia das doenças mentais é tão antiga quanto a própria Sociologia, pois tanto uma quanto a outra podem ser creditadas ao francês Auguste Comte (1798 – 1857), portanto, datam do século XIX. Este autor, conhecido por ser o fundador do termo sociologia, foi severo com os profissionais da medicina pois acusou-lhes de merecer

¹⁶Azize (2010) realizou uma etnografia em um espaço onde a tensão entre diferentes paradigmas acerca da saúde mental/cerebral está muito evidente: no Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 2007, aquando da sua 25ª edição, em Porto Alegre. O objetivo foi coletar material publicitário relacionado ao marketing dos psico/neurofármacos contidos nos estandes dos laboratórios farmacêuticos (agentes importantes na difusão da perspectiva fisicalista das doenças mentais) e voltados para os profissionais “prescritores”.

mais o título de veterinários que o de médicos. Isto porque os estudos e as práticas médicas, na sua concepção, focalizavam apenas o “animal homem” (na sua dimensão corporal) e não o ser humano como ser dotado de alma. Assim, aquele profissional que não fosse capaz de ver a interação entre o físico e o moral, isto é, entre o corpo e a alma, não poderia tecer senão noções superficiais e incompletas sobre os seres humanos (idem). Comte reconheceu que estes não são apenas seres biológicos, mas também seres sociais e, tal como sabemos, isto é fundamental para uma análise sobre a doença mental.

Embora não tenha tratado do tema de maneira direta, no sentido de não ter realizado uma produção bibliográfica específica, Comte expõe, através do positivismo, a loucura como sendo as perturbações do espírito. No *Discurso sobre o Espírito Positivo* (1844), o autor propõe a lei da evolução intelectual da Humanidade (ou lei dos três estados), que sofria naquela época os impactos das Revoluções Industriais e Francesa. De acordo com tal lei, todas as nossas especulações, seja enquanto indivíduo ou coletividade, estão sujeitas a atravessar três estados teóricos, diferentes e sucessivos. O primeiro, teológico ou fictício, é aquele em que as nossas especulações apresentam de maneira espontânea uma preferência por questões insolúveis ou por assuntos radicalmente inacessíveis para qualquer investigação científica buscando a explicação (absoluta) das coisas através de agentes sobrenaturais. O segundo estágio, metafísico ou abstrato, situado historicamente na altura da Revolução Francesa, corresponde à passagem necessária do estágio teológico para o terceiro estágio (positivo), e, tal como a teologia, continua a explicar as coisas de maneira absoluta, mas, ao invés de usar agentes sobrenaturais, usa entidades ou abstrações personificadas e filosóficas. O terceiro estágio, positivo ou real, corresponde à nossa inteligência gradualmente emancipada, ou a um estado definitivo de positividade real orientado pela ciência. O espírito positivo faz com que a pura imaginação, comum aos estágios preliminares, perca a sua antiga supremacia mental e subordine-se à observação para constituir um estágio lógico plenamente normal ou um “regime definitivo da razão humana” (Comte, 2002 [1844]: s/p).

Como nota Bastide (1965), com base no Dr. Audiffrend – discípulo de Comte que organizou os elementos dispersos de sua sociologia para oferecer uma sistematização relacionada aos processos mentais –, pode-se afirmar, grosso modo, que a loucura, na perspectiva comteana, consiste numa dupla “subjetividade”: lógica e social. Do ponto de vista lógico ou do conhecimento, a loucura existe quando há um pensamento sem objeto, em contraposição ao espírito positivo, que foca numa realidade objetiva. E, do ponto de vista social, existe quando o pensamento se descola do controle da coletividade, torna-se abandonado a si

próprio, à imoralidade da vida interior ou ao impulso dos desejos. Desta forma, a loucura corresponde aos movimentos de reviravolta contra a realidade objetiva (em prol de um pensamento sem objeto) e contra o altruísmo (em prol de um egoísmo¹⁷ que se recolhe à própria subjetividade). Em suma: seja de qual maneira a loucura se movimenta, ela é a “revolta do indivíduo contra a Humanidade” (idem: 24). Como nota Amaro (2005), tais ideias têm base na concepção que Comte tinha da ordem social, cujo fato básico era o consenso universal. Quem dele destoasse, estaria a quebrar com o altruísmo e a praticar o individualismo.

A noção de loucura apresentada por Comte pode ser visualizada em alguns momentos específicos da história ocidental. Isto não significa que “loucos” não tenham sempre existido, mas que o seu número aumenta consideravelmente a depender da época. Bastide (1965) oferece alguns exemplos. Na Idade Média, a solidariedade entre os indivíduos é mais coesa, mais regulada. Assim, é considerada um período orgânico. Por outro lado, há períodos de transição, que Comte chama de períodos de crise, em que a organização se dissolve por já não mais corresponder às necessidades do ser humano, que se revolta para surgir enquanto pessoa de direito. E é aí que “a subjectividade, até ali submetida ao duplo controle da realidade e da sociedade, irrompe” (idem: 24). Um exemplo de período de crise foi a Revolução Francesa. Neste contexto, houve um aumento expressivo dos casos de loucura, pois, devido às bruscas transformações sofridas pelas sociedades europeias (em contraposição a uma evolução gradual, conforme postula o positivismo comteano), era muito difícil uma reorganização de maneira coesa, estável. Sinalizaram, então, para um estado de desarmonia. Apenas um espírito positivo diretamente social é capaz de reorganizar a sociedade, pois, para ele, “o homem propriamente dito não existe, só pode existir a Humanidade” (Comte, 2002 [1844]: s/p). Como Bastide (1965) afirma, Comte não aponta apenas uma definição sociológica da loucura, mas também para um estudo do condicionamento sociológico da loucura, embora não concorde com a perspectiva comteana de que o individualismo seja o responsável por gerar a loucura.

Outro autor que também falou sobre o aumento do número de doenças mentais foi o alienista francês, mencionado nas páginas anteriores, Benedict-Augustin Morel (1809 – 1873), que, mesmo não sendo propriamente da sociologia, partiu da psiquiatria e ofereceu uma base para uma análise sociológica. Mas, como notou Bastide (1965), diferentemente de Comte, que mostrou como os fatores sociais tinham um peso no desenvolvimento das doenças mentais (o que é chamado de sociogênese), Morel mostrou os efeitos que as doenças mentais exerciam

¹⁷ Comte faz oposição aos princípios Iluministas de igualdade e liberdade dos indivíduos, pois um egoísmo (que reivindica ser igual e livre) vai na contramão dos princípios positivistas de uma organização funcional/orgânica da sociedade.

sobre a sociedade, isto é, a biogênese da patologia social. No seu *Tratado da Degenerescência da Espécie Humana*, Morel (2008 [1857]) ressalta a existência de um tipo humano primitivo como sendo uma obra-prima da criação divina. A degenerescência, processo contínuo que ameaça a existência humana, é um desvio do tipo desse tipo primitivo. É o resultado de uma influência mórbida, de ordem física ou moral, que se transmite de geração para geração através da hereditariedade. O ser degenerado torna-se incapaz de transmitir um progresso, bem como ele próprio é o maior obstáculo a tal progresso quando tem contato com a parte saudável da população.

Ainda no seu *Tratado*, Morel faz uma conexão entre o aumento da criminalidade, que é um fenômeno de patologia social, com o aumento do número de doentes mentais, que é um fenômeno de patologia nervosa (biológica). Sem dizer que os criminosos são, por si só, degenerados, associa os dois fenômenos. Primeiro, diz que o ser humano tem um sistema nervoso, parte mais frágil do seu organismo, facilmente intoxicado por doenças como o paludismo (malária), o saturnismo (intoxicação por chumbo) ou pelo álcool. Também é facilmente tomado pela loucura. Entretanto, como a sociedade é formada por indivíduos, a intoxicação dos nervos de um indivíduo pode levar rapidamente ao cretinismo ou à criminalidade e, conseqüentemente, tomar proporções mais coletivas. A desintegração dos nervos (a loucura, neste caso) levaria a uma desintegração dos laços sociais (incluindo a criminalidade), por isso, fala-se em biogênese da patologia social. Da degenerescência do indivíduo para a degenerescência da espécie. Em resumo, um tipo “normal” do ser humano era atingido pela doença, corrompido e continuava a espalhar. A teoria de Morel permaneceu em destaque até a chegada da teoria da evolução de Darwin, que desmistificou a fixidez das espécies (Bastide, 1965).

Da sociologia clássica, outro autor francês que também contribuiu para um entendimento sobre a doença mental foi Émile Durkheim (1858 – 1917). Funcionalista, procurava as funções “úteis”, inclusive de fatos apenas à primeira análise patológicos, como o crime¹⁸ ou as enfermidades¹⁹, para introduzir o “anormal” nas estruturas da sociedade (Bastide, 1965).

¹⁸ A utilidade do crime é possibilitar a evolução da moral e do direito (Durkheim, 2007 [1895]).

¹⁹ Embora pareçam à primeira vista patológicos, o crime e as enfermidades são fenômenos normais porque, para Durkheim (2007 [1896]), a distinção entre normal e patológico não pode ser feita com base em aspectos como a dor, o sofrimento ou a doença. Esta última, por exemplo, é um fenômeno natural e fisiológico, por isso, normal (não é patológico no sentido de ser anormal). Já o crime é encontrado em todas as sociedades e em diversos tempos históricos, portanto, um fenômeno também normal. A generalidade, uma das características dos fatos sociais, está

Durkheim não foi partidário de uma sociogênese das doenças mentais porque “opõe o suicídio, que depende de factores sociais, às doenças mentais, cuja causalidade é ‘orgânico-psíquica’, e mostra estatisticamente a ausência de correlação entre a taxa dos suicídios e a das doenças mentais nos mais diversos países” (Bastide, 1965: 27). Ou seja, doenças mentais teriam causalidade orgânico-psíquica, portanto, individual, enquanto o suicídio seria causado por factores sociais, o que remete à sua máxima de que um fato social (como o suicídio, no caso) só pode ser explicado por outro fato social (a religião, a família, a situação conjugal, o grupo profissional, as crises econômicas).

Em *O Suicídio*, o autor contesta a hipótese sustentada por muitos alienistas – incluindo Esquirol – de que o suicídio nada mais seria que uma afecção individual por oferecer todas as características de uma alienação das faculdades mentais e que, além disso, um ser humano só atenta contra a própria vida quando está afetado pelo delírio. Consequentemente, os suicidas seriam alienados/loucos (Esquirol citado por Durkheim, 2000 [1897]). O suicídio, para vários alienistas, seria causado pela doença mental ou ele próprio seria um tipo de loucura. Para rechaçar estas afirmações, Durkheim argumenta que os suicidas, em geral, não se diferenciam muito das outras pessoas, pois nem todos podem ser considerados loucos. Os diferentes tipos de suicídio²⁰ detectados pelo autor são determinados por distintas causas sociais. Desta maneira, recorreu ao conceito de anomia (Durkheim, 2000 [1897]). A anomia, em *O Suicídio*, é caracterizada pela “falta de controle das paixões, pela libertação dos desejos, pela impaciência contra toda a regra, irritação e pelo desgosto, conforme os períodos de prosperidade ou de miséria” (Bastide, 1965: 27). O fato objetivo, ou seja, a ausência de regras estabelecidas, impacta as consciências individuais.

A noção de anomia tem uma influência de Comte na medida em que diz respeito à situação em que as transformações econômicas, sociais, culturais no mundo ocidental podem ser tão rápidas e bruscas que geram conflitos sobre a vida como um todo, a moral, a religião, os fatos cotidianos tradicionais, entretanto, sem oferecer valores substitutos de maneira que os indivíduos se sintam coesos ou regulados. Em suma, é a falta de sentido que a passagem para a

completamente associada à normalidade. Portanto, anormais ou patológicos seriam aqueles fenômenos que se desviam da média.

²⁰ Suicídio egoísta (quando o indivíduo é pouco integrado com a sociedade, o seu alto individualismo e os poucos laços sociais que tem “facilitam” o ato de se matar. Exemplo: pessoas divorciadas); suicídio altruísta (o contrário do suicídio egoísta, é quando o indivíduo é fortemente integrado socialmente, o individualismo tem pouco valor e o indivíduo se mata em prol de uma causa maior. Exemplo: profissionais do exército); e suicídio anômico (quando há anomia, ou seja, a falta de regulação e coincidência entre as normas da sociedade e do indivíduo causada geralmente por mudanças bruscas na vida econômica ou social. Exemplo: pessoas da religião protestante) (Durkheim, 2000[1897]).

Modernidade provoca pela ausência ou insegurança em relação às normas sociais e porque a estrutura social não consegue promover a coesão de seus membros satisfatoriamente. Trava, portanto, a marcha para o desenvolvimento da sociedade (Durkheim, 2000 [1897]).

Durkheim (2007 [1895]) também argumentou, no fim do século XIX, em *As Regras do Método Sociológico*, sobre a existência e a aplicação de regras e padrões de conduta, em termos de moralidade e leis, para a sociedade e seus membros – os fatos sociais. Aquilo que não está conforme com estes padrões não pode ser visto como normal, mas como patológico. Tanto o normal, quanto o patológico servem para dar coesão à sociedade. Este *insight* pode ser usado para sugerir também a existência de padrões de funcionamento mental, em termos de pensamentos e emoções, para a sociedade e seus membros. A analogia é que, como certas transgressões que fogem de um controle coercitivo, a doença mental expressa desvios da norma, isto é, das regras sociais e culturais (Busfield, 1996). É uma patologia em referência ao que é tido como normal. Ou seja, este “normal” somente existe porque existe, simultaneamente, algo que não satisfaz os mesmos critérios de exigência a que atende. Normal e anormal são relacionais. Tal como notou Frayze-Pereira (1985: 21), “uma norma só vem a ser norma, exercendo a sua função normativa ou de regulação, mediante a antecipação da possibilidade de sua infração”.

Mesmo que não o tenha correlacionado diretamente com a questão da doença mental, Bastide (1965) afirma que Durkheim ofereceu à sociologia das doenças mentais uma expressiva contribuição através do conceito de anomia, que não foi devidamente utilizado pelos psiquiatras ou sociólogos franceses, sendo revisitado apenas depois por autores dos Estados Unidos (como Talcott Parsons) quando investiram nos fatores sociais na etiologia das doenças mentais. Tal conceito também está associado à ideia de rompimento das normas ou desvio social e, embora se saiba das limitações do funcionalismo de Durkheim, as noções de “normal” e “patológico” serviram para analisar, de um ponto de vista sociológico, a maneira como certas categorias de doença mental surgem e desaparecem em oposição a classificações psiquiátricas mais universais como as do DSM.

Se Comte e Durkheim podem ser considerados precursores de uma primeira corrente sociológica que desemboca numa sociologia das doenças mentais, a segunda grande corrente, como pontua Bastide (1965), é o marxismo, conjunto de concepções influenciadas por Karl Marx (1818 – 1883), economista, filósofo, socialista revolucionário alemão, que, na sua teoria do conflito, criticou o capitalismo e expôs o desenvolvimento de uma concepção materialista da história. No *Manifesto do Partido Comunista* (2006 [1848]), Marx e Engels afirmam que a

história de toda sociedade até aqui é a história da luta de classes. Duas tendências marxistas se estabeleceram desta afirmativa para falar das doenças mentais: a primeira, mais focada nos conceitos de luta de classes e de alienação, que tentou esclarecer o papel patogênico das condições econômicas da vida; a segunda, da psiquiatria soviética ortodoxa (Bastide, 1965). O marxismo presente na sociologia das doenças mentais não se esgota nessas tendências, mas por ora focaremos nelas.

A primeira tendência teve como um de seus representantes o psiquiatra francês Louis Le Guillant, membro do Partido Comunista Francês, e difusor de ideias discrepantes de outras que eram marcos na época, entre as décadas de 1940 e 1960, como aquelas argumentadas pela sociologia americana ou pela psicanálise. Orientado por uma perspectiva de sociogênese dos problemas mentais de cunho marxista, Le Guillant buscava as conexões entre as doenças mentais, as condições de existência e as situações vividas pelo doente (Zambroni de Souza e Athayde, 2006). Mas, para ele, uma explicação marxista das doenças mentais não era simplesmente elencar fatores como os salários baixos, o desemprego ou embriaguez – claro que eles têm peso sobre os indivíduos –; era preciso enquadrá-los, enquanto fatores sociais particulares, em determinações mais gerais: “as contradições da sociedade capitalista e a consciência que os indivíduos tomam dela” (Bastide, 1965: 29). Ou seja, não são os pormenores, os acontecimentos contingentes, por mais espetaculares que sejam (guerras, revolução, greve, entre outros), as causas das doenças mentais, mas as transformações técnicas, materiais ou morais típicas da civilização capitalista. Le Guillant deu um espaço ao conjunto das contradições acessórias, ideológicas, políticas e culturais ao colocá-las ao lado das transformações materiais, ainda que sustentasse uma concepção fundamentalmente materialista (idem). Assim, poderia realizar a chamada “nova clínica”, ao levar em consideração as situações reais de vida e do trabalho, oferecendo posteriormente aportes à chamada psicopatologia do trabalho (Zambroni de Souza e Athayde, 2006).

A segunda tendência de base marxista foi a psiquiatria soviética centrada no pavlovismo²¹ e na teoria dos reflexos condicionados, que, segundo Bastide (1965), parecia ignorar o marxismo como uma abordagem sociológica e regressar a um modelo completamente

²¹ Mais exatamente, Ivan Petrovitch Pavlov (1849 – 1936), que estudou as atividades cerebrais, fazendo observações sobre o estudo das doenças mentais e sua conexão com aprendizagem e conhecimento, o que originou a escola da psicologia chamada Reflexologia. Distinguiu reflexos incondicionados (fuga, ataque, sexuais, de alimentação) dos reflexos condicionados (formas de aprendizagem). Segundo essa ideia, todo o nosso conhecimento (a cultura e a relação entre indivíduos) se forma com base em reflexos condicionados (Bastide, 1965; Vasconcelos, 2009; Lieberman, 2016). Fonte: <http://centrodeatencaocognitiva.blogspot.com/2012/11/historia-da-psiquiatria-ivan-petrovitch.html>

organicista. Isto porque a psiquiatria soviética stalinista, completamente a serviço do Estado, desenvolveu uma abordagem de base fisiológica inspirada na reflexologia de Pavlov (Vasconcelos, 2009). Todavia, como demonstra Bastide (1965), pavlovismo e explicações sociológicas não se contradizem, pois a psiquiatria soviética concebia as causas das doenças mentais decorrentes tanto de uma deficiência congênita, quanto de um meio²² que põe o indivíduo em perigo, que esgota suas energias nervosas, impede o controle do seu sistema nervoso central e liberta os sistemas subcorticais e neurovegetativos. Além disso, a terapia para os indivíduos com problemas mentais (ou seja, com base em asilos fechados e isolados da sociedade, que procediam a práticas de tortura) era, pois, de cunho sociológico e não biológico, o que mostra que o pavlovismo não consistiu num mero organicismo. Esta psiquiatria combinou orientações de base fisiológica e de um materialismo mecanicista.

Outras contribuições como as da psicanálise foram frutíferas para uma sociologia da doença mental. No início do século XX, com Freud, a psicanálise acaba anulando o peso de fatores socioeconômicos, principalmente o da luta de classes, para explicar as doenças mentais. Em contrapartida, eleva o peso dos fatores biológico e, especialmente, dos fatores sexuais oferecendo uma perspectiva que foca nos primeiros anos da infância dos indivíduos. Desta forma, subestima os fatores sociais na configuração das doenças e, conseqüentemente, substitui a sociologia e a sua tarefa de investigar a generalidade pela “história” individual, repleta de acontecimentos contingentes (Bastide, 1965).

Não obstante, é possível enumerar algumas contribuições da teoria psicanalítica para a sociologia, entre elas, conforme Bastide (1965): ao insistir na vida infantil, os psicanalistas chamaram a atenção de psiquiatras e sociólogos para a importância das relações familiares na origem das doenças mentais; ao conceber a ideia que as doenças têm origem em traumas da infância, a psicanálise conduz à ideia posterior de que tais traumas possam ser reativados por situações sociais diversas pelas quais o indivíduo passa na vida adulta que podem comprometer o seu funcionamento mental, o que torna-se campo de investigação do sociólogo; ao promover um diálogo entre paciente e analista, a psicanálise está evocando para a sociologia o problema

²² Este meio, externo aos indivíduos, capaz de colocar em perigo as faculdades mentais, nada mais era do que as normas e valores antagônicos ao Estado/Partido. Os psiquiatras soviéticos a favor deste Estado e até mesmo a população, em geral, viam com desconfiança qualquer tipo diferente de vestimenta, penteado, modos, interesses por certos tipos de arte, música, práticas sexuais como a homossexualidade (considerada crime), posturas quanto à religião e à política. Estas práticas e comportamentos, por assim dizer, “anormais”, eram propensos a ser vistos como possíveis casos de doença mental (Vasconcelos, 2009). Mais à frente vamos ver como a psiquiatria soviética é um dos exemplos clássicos usados por antipsiquiatras e outros autores para argumentar a favor da sua perspectiva da doença mental enquanto desvio das normas sociais.

da comunicação, isto é, da interação social entre estes dois atores; por fim, a psicanálise passou a dar mais atenção à sociologia do que em outros tempos.

O autor ainda informa que a psicanálise influenciou a sociologia das doenças mentais ao englobar outras técnicas e teorias, por exemplo, quando passou a ir além das estatísticas para incorporar histórias de casos, avançando de uma sociologia positivista para uma compreensiva, de uma sociologia com bases empíricas tradicionais estatísticas para uma sociologia interessada em processos de socialização que pudessem ter influência na gênese das doenças mentais. Contribuiu para que a estatística passasse a considerar variáveis importantes, outrora negligenciadas, como as variáveis familiares. Contribuiu, ainda, como visto no tópico anterior, enquanto alternativa à psiquiatria do tipo kraepeliana na qual a sociologia se baseava amplamente para estabelecer relações entre determinado tipo de doenças e determinado elemento social, possibilitando ir ao encontro de um ponto de vista mais dinâmico. Por fim, houve um contributo linguístico, que introduziu no vocabulário sociológico conceitos como “complexo de inferioridade”, “frustração”, “bode expiatório”, “conflito mental”, “sublimação”, “transferência” entre outros. Todas estas contribuições, entretanto, só podem ser bem utilizadas se o sociólogo conceder a devida importância também às forças econômicas e sociais, visto que a sociologia das doenças mentais deve acompanhar a dialética entre indivíduos e sociedade (Bastide, 1965).

Mais especificamente, de acordo com Connel (2003), a psicanálise desenvolvida por Freud foi ainda uma das primeiras tentativas de explicar cientificamente a masculinidade na sua relação com a vida mental “normal” e a vida neurótica. Freud fraturou o conceito de masculinidade, até então tido como um objeto natural, questionando a sua composição: apontou para as tensões do caráter masculino e suas vicissitudes ao longo de uma vida. Sugeriu que a masculinidade nunca existe em estado puro. Ofereceu ainda a hipótese de que todos os seres humanos tinham uma constituição bissexual²³ e em qualquer pessoa coexistiam correntes masculinas e femininas. Também para dar conta dos paradoxos da vida emocional, Jung, embora considerasse uma polaridade entre feminino e masculino na psique, interessou-se a partir das noções de “pessoa” e “alma” em compreender como a repressão de aspectos e inclinações femininas ocasionava que algumas demandas contrassexuais se acumulassem no inconsciente. Ainda, o psicanalista Alfred Adler, que sustentava a influência dos fatores sociais

²³ Connell (2003) utiliza o termo “bissexual”, mas alguns autores como Greenberg (1988: 424) afirmam que, se tratando das teses de Freud, o termo em rigor seria “ambissexual”. Segundo este autor, o modelo de desenvolvimento sexual de Freud faz da homossexualidade um elemento da história psicológica de todos. Mesmo o adulto heterossexual sustenta elementos de interesse homossexual (amizades com o mesmo sexo, por exemplo) pois, na sua constituição, era capaz de responder eroticamente a ambos os sexos (ambissexualidade).

na doença mental, além de considerar uma dicotomia entre masculino e feminino, na qual o último era menos valorizado e isto tinha relação com a debilidade, também verificou as conexões existentes entre masculinidade, poder e violência pública (idem).

Bastide (1965) também informa que, além de países da Europa, os Estados Unidos também se ocuparam de questões sociológicas relacionadas com a doença mental já no começo do século XX. Passaram das grandes teorias sistemáticas produzidas na Europa, utilizando conceitos europeus, como o de anomia ou alienação, para as investigações empíricas específicas. Uma delas, uma extensa pesquisa de campo que inovou ao utilizar biografias e outros documentos pessoais para recolher informações, foi conduzida por Thomas e Znanieck, em 1927, sobre camponeses polacos que imigraram para os Estados Unidos. A desorganização social decorrente da mudança que impacta variados aspectos da nova vida tem peso sobre índices de “desvios” maiores que na Polônia, como crime, “vagabundagem”, alcoolismo e doenças mentais

Também nos Estados Unidos alguns autores se inspiraram nas ideias de Durkheim sobre a definição das condutas socialmente aceitáveis dentro de uma sociedade. Um deles, Talcott Parsons (1902 – 1979), na década de 1950, e dentro do marco teórico da teoria do desvio, contribuiu especificamente para o campo de estudo sobre o fenômeno da doença, o que ajuda a compreender a categoria doença mental. O autor concebe a prática médica como um sistema social, pois serve como forma de controle para o equilíbrio social. Na sua visão, a doença é um desvio, pois retira aqueles ditos doentes do funcionamento “normal” da sociedade, já que não conseguem desempenhar seus papéis sociais de maneira satisfatória. Doença, por conseguinte, é inversamente proporcional à saúde – a capacidade de performance de papéis sociais. A ideia de doença enquanto desvio ultrapassa aquela que concebe o fenômeno em termos estritamente fisiológicos (como em Durkheim), portanto, seja física ou mental, ambas são *illness* (experiência subjetiva), e não *disease* (físico) (Busfield, 1996). A medicina ajuda a combater este desvio. Parsons (2005 [1951]) fundamentou o *sick's role* e o *physician's role*, isto é, o “papel do doente” e o “papel do médico”, que são assumidos pelos sujeitos de forma recíproca, previsível, acrítica e através de condutas baseadas em expectativas institucionais. Cada um tem uma função: ao médico é exigido que saiba a respeito da doença (desvio) e forneça os elementos necessários para o restabelecimento da saúde; ao doente cabe se cuidar e desejar a própria recuperação. A relação médico-paciente não é equilibrada, mas isto é necessário para que o objetivo (restabelecer a saúde/normalidade do doente como parte do equilíbrio social) seja cumprido (Parsons, 2005 [1951]).

A assunção de outros tipos de papéis sociais também poderia colaborar para a saúde e para um bom funcionamento social. A este respeito, Connell (2003) informa que a masculinidade e a feminilidade são a internalização dos papéis sexuais masculino e feminino, respectivamente. Parsons foi um autor que se debruçou sobre a diferença entre o papel sexual feminino (expressivo) e o papel sexual masculino (instrumental) na esfera da família. Similar aos papéis de médico e doente, os papéis sexuais masculino e feminino eram complementares e deveriam cumprir certas funções em prol da saúde mental e da estabilidade social. Não se questionava as desigualdades de poder, simplesmente se assumia que tais papéis existiam e eram eficazes (idem).

Além de Parsons, e também no contexto norte-americano, quase na mesma altura, o sociólogo canadense Erving Goffman (1922-1982) relata através de sua microsociologia que, em toda sociedade, existem maneiras pelas quais os indivíduos podem aproximar-se e interagir. Dependendo do esquema de contato, este pode ser, simultaneamente, uma fonte de identidade, um guia para a conduta ideal, e uma base para a solidariedade ou para a separação. Pode acontecer de, neste contato, as pessoas não realizarem o ideal ou o socialmente esperado e a “não realização” (desvio) ocasiona consequências para os envolvidos. Na sociedade ocidental, uma forma importante de interação entre duas pessoas consiste nos atos de “servir e ser servido”. Para demonstrar isto, Goffman faz a sua contribuição através da análise da situação de pessoas internadas em instituições psiquiátricas (instituições totais). Em *Manicômios, Prisões e Conventos* (1974 [1961]), Goffman demonstra como os atores da interação calculam, racionalizam, regulam e assumem posturas em face do que está em jogo nas relações entre os indivíduos, como, por exemplo, o manejo da informação, a simulação, os papéis, os prêmios e os castigos – exemplos fundamentais para perceber a situação dos internados em instituições totais. Ele critica tais instituições, que são locais de residência e trabalho onde vivem um número grande de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um razoável período, levando a vida formalmente regulada e administrada por outrem. Outro ponto importante desta obra é o conceito de “carreira do paciente”, que está relacionado com as etapas que um indivíduo cumpre para consolidar um papel e uma identidade carregada de atributos e significados.

Ainda traz na sua abordagem o conceito de estigma em oposição às normas sociais vigentes. Segundo o autor, atributos como a não adesão a certas religiões, o não pertencimento a determinada raça/etnia ou nação, o fato de portar características físicas ou cometer desvios de comportamento (como as toxicodependências ou apresentar “sintomas” de doença mental)

possibilitam o surgimento do estigma, que caracteriza negativamente a identidade social daqueles que os possuem (2004 [1963]). No caso da doença mental, principalmente daquelas pessoas que se submeteram a situação de internamento em hospital psiquiátrico (instituição total) (Goffman, 1974 [1961]). Antipsiquiatras estiveram bastante alicerçados na obra de Goffman ao elaborar suas críticas à psiquiatria.

Por fim, mencionamos outro autor que é referência inegável para uma sociologia da doença mental: o francês Michel Foucault (1926-1984). Já na segunda metade do século XX, contribuiu para a matéria principalmente a partir de aspectos da regulação social na prática e no conhecimento psiquiátricos. Ultrapassa as noções de doença mental teorizadas por modelos médicos da patologia e por modelos sociológicos do desvio oferecendo uma abordagem relacional entre loucura e razão. Para ele, a loucura é uma forma de desrazão – à semelhança de outras como crime, doenças, pobreza e outros. Daí vem o ponto forte de sua teorização, que é o foco nos processos mentais ao invés do corpo ou do comportamento (Busfield, 1996). Ademais, os sintomas de doença mental revelam tudo o que uma pessoa não deve ser perante a sociedade e a razão ocidental (Foucault, 1978). Entra aí o que Busfield (1996) chama de regulação social da razão, que é quando os processos mentais falham ao desempenhar os mandatos da razão. Para Foucault, a psiquiatria/medicina empreendem esforços para normatizar a vida social e para constituir sujeitos e corpos dóceis.

O autor estuda, ainda, o relacionamento entre loucura e razão durante determinados períodos na história da civilização ocidental. Ao longo dos tempos, estas duas categorias firmaram diálogos, mas também entraram em oposição. Foucault (1978) mostra-nos que a associação entre loucura e patologia não é universal e, inclusive, que a construção de loucura enquanto doença é algo relativamente recente. Compartilha a ideia da doença mental enquanto uma construção social, visto que a sua leitura oferece as diferenças de significado atribuídos à loucura relacionadas às mudanças culturais em um tempo e espaço definidos. Mas não é um construtivista em sentido estrito.

1.2.2 Abordagens sociológicas sobre a doença mental

1.2.2.1 Estudos etiológicos

Uma das abordagens sociológicas é a dos estudos etiológicos, ou seja, aqueles que procuram as causas sociais das doenças mentais, causas estas que, evidentemente, são externas aos indivíduos – diferente de abordagens bio ou psicológicas, que localizam as causas dentro dos indivíduos. No quadro geral dos estudos sociológicos da saúde mental é a tradição mais

abundante. É defendida por sociólogos que usualmente aceitam “esquizofrenia” ou “depressão” enquanto diagnósticos legítimos, e se preocupam em averiguar o peso do social na etiologia de tais diagnósticos (Rogers e Pilgrim, 2005). Busca explicar como indivíduos ou grupos particulares adquirem os sintomas da doença, que emergem independente do contexto cultural (Horwitz, 2013), em oposição a outras abordagens, como as socioconstrutivistas, para as quais os sintomas dependem do contexto sociocultural no qual surgem.

Estes estudos tiveram origem a partir da Segunda Guerra Mundial, inscritos na tradição da epidemiologia. De acordo com Rogers e Pilgrim (2005), a principal vantagem da perspectiva dos estudos etiológicos é que ela oferece confiança científica relacionada à sua objetividade e empirismo concretizados pela garantia metodológica de representatividade e informações estabelecidas através de relações causais. Muitos estudos etiológicos tiveram inclusive inspiração em *O Suicídio*, de Durkheim (Horwitz, 2013). Mas também há limitações aí, conforme será visto a seguir. Por ora, falaremos de duas vertentes deste tipo de estudo: a teoria do *stress* (*Stress Theory*) e a teoria da tensão estrutural (*Structural Strain Theory*).

A primeira abordagem, a teoria do *stress* (*Stress Theory*), postula que a exposição a eventos estressores da vida social traria consequências para a saúde, em geral, dos seres humanos. Neste sentido, trazendo para o campo do mental, o surgimento de sintomas de ansiedade, depressão entre outros transtornos está relacionado com mudanças impactantes na vida (os estressores). O acúmulo de vários eventos estressores pode, então, gerar o *stress* ou principiar problemas de saúde mental (Thoits, 2010).

Em um estudo realizado por Holmes e Rahe, em 1967, os autores identificaram vários estressores que podem requerer os “recursos de enfrentamento individuais” das pessoas, o que pode deixá-las física ou mentalmente vulneráveis. Alguns estressores identificados foram: morte de cônjuge, divórcio, separação conjugal, prisão, morte de algum membro próximo da família, gravidez, dificuldades sexuais, começo ou fim da vida escolar, problemas com finanças, entre outros (Thoits, 2010). Horwitz (2013) afirma que estes estressores também podem ser desastres naturais, combates de guerra, ser vítima de um crime violento, pobreza e desemprego a longo prazo, tensão na relação conjugal, problemas com a vizinhança, manter relacionamentos com altos níveis de *stress*.

De acordo com Thoits (2010), alguns recursos de enfrentamento amortecem ou reduzem os impactos dos eventos estressores. As pessoas se autoprotegem destes eventos. Mas também existem pessoas pouco equipadas para protegerem a si mesmas, seja pela falta de suporte social, de um senso de controle sobre as próprias vidas ou, ainda, pela falta de recursos

de enfrentamento adequados. Para os sociólogos, convém apreender que os diversos eventos estressores da vida, tensões, suporte social, autoestima, sensação de domínio, entre outros fatores, estão distribuídos de forma desigual pela população. Certos grupos sociais ficam *a priori* mais vulneráveis a experimentar certos estressores e sofrer com os efeitos destes (por exemplo, mulheres idosas ou muito jovens, solteiras, de *status* socioeconômico mais baixo). Este é o ponto chave da teoria do *stress*: o reconhecimento do papel de fatores sociais na etiologia das doenças mentais e do *stress*. Outro ponto é que as altas taxas de doença mental e *stress* psicológico são mais encontradas em grupos de baixo *status* e desfavorecidos socialmente. Como dito, estes são os grupos mais expostos a eventos estressores e menos propensos a ter recursos de enfrentamento (*idem*).

Uma vantagem destes estudos é que eles elencam fatores etiológicamente importantes que costumam ser ignorados por perspectivas biológicas ou psicológicas. Também ajudam a explicar por que a ocorrência de doenças mentais ou do *stress* tende a ser mais frequente para grupos de *status* social mais baixo. A *Stress Theory* também permite fazer mais testes empíricos que perspectivas biológicas e psicológicas. Por exemplo, as entrevistas e *surveys* utilizadas permitem que os investigadores elenquem conceitos chaves (como o de estressores, recursos de enfrentamento, suporte social) e testem as suas relações (Thoits, 2010).

Para Horwitz (2013), o ponto forte deste tipo de pesquisa etiológica é mostrar como o desenvolvimento do *stress* e da doença mental não pode ser reduzido às personalidades ou aos cérebros. Seus resultados têm sido cada vez mais reconhecidos por estudos de cunho genético, que agora assumem que genes não agem de maneira completamente independente, mas relacionada com características do ambiente social na produção das doenças.

A prevenção e o tratamento para as doenças mentais, do ponto de vista da *Stress Theory*, consistem em mudar a situação da pessoa, tentar eliminar ou reduzir os eventos estressores ou, mais comumente, ensinar à pessoa diversas estratégias de enfrentamento, apoiá-la quanto aos seus recursos sociais e pessoais (aumentando o suporte social disponível, aumentando a auto-estima, empoderando um senso de controle). Estas posturas são de extrema importância na intervenção em saúde mental.

Apesar das contribuições vantajosas, esta abordagem também tem pontos fracos. Thoits (2010) afirma que uma das falhas está no fato de a *Stress Theory* não explicar por que “esta” e não “aquela” pessoa se torna mentalmente doente, isto é, não pode explicar casos individuais de adoecimento. Outra limitação é que a *Stress Theory* apenas divulga resultados sobre tal grupo social ser mais propenso a desenvolver transtorno “x”, enquanto outro grupo

social está mais propenso a desenvolver transtorno “y”, mas não explica o porquê de ser assim. Por exemplo, mulheres têm mais problemas com ansiedade e depressão enquanto homens têm mais problemas relacionados com o uso de substâncias psicoativas: isto não é discutido. Ainda, embora a *Stress Theory* reconheça a estrutura social como agente importante na etiologia das doenças mentais, não capta bem a ideia de que os eventos estressores que estuda podem ser, eles próprios, produtos da forma como nossa sociedade está organizada. A este respeito, Busfield (1988) informa que estudos do tipo tendem a tratar a sociedade como um agregado de indivíduos. As características situacionais das vidas dos indivíduos associadas com a doença mental tendem a ser vistas atomisticamente como produto de um estilo de vida individual, e não localizadas numa análise mais ampla da estrutura da sociedade e das relações sociais (idem: 524).

Thoits (2010) afirma, ainda, que a abordagem não é aplicada de maneira equitativa para todos os tipos de doença: a *Stress Theory* mostra-se mais hábil para explicar a etiologia e demonstrar as taxas de transtornos afetivos e da ansiedade do que das psicoses. Pessoas usualmente costumam tornar-se deprimidas ou ansiosas em resposta a eventos estressores. No entanto, as psicoses, pelo seu nível de complexidade, precisam ser investigadas mais minuciosamente, exigindo uma análise mais profunda relacionada com fatores genéticos, desbalanceamentos no cérebro, a socialização na infância, entre outros. Os eventos estressores da vida não são suficientes para dar esclarecimentos maiores no caso das psicoses, por isso, é fundamental que a sua análise seja realizada pensando em outros fatores de vulnerabilidade como o corpo e a mente da pessoa, bem como em outras circunstâncias pelas quais ela passa na vida. Por fim, Horwitz (2013) elenca a dificuldade que esta abordagem tem em distinguir sintomas de doenças mentais de respostas esperadas para certos eventos estressores da vida ou ainda de comportamentos desviantes. O risco é o de considerar pessoas que não são de fato doentes como tendo algum problema de ordem mental.

Para além da teoria do *stress*, outro tipo de estudo etiológico é a teoria da tensão estrutural (*Structural Strain Theory*). Ao contrário da teoria do *stress*, que foca em eventos e tensões específicos associados à vida social das pessoas enquanto causas da doença mental, a teoria da tensão estrutural localiza tais causas na organização mais ampla da sociedade, partindo do princípio segundo o qual certos grupos sociais estão em desvantagem comparado a outros (Thoits, 2010). Não busca as razões pelas quais indivíduos desenvolvem uma doença mental, mas tenta explicar as diferentes taxas de doença a partir dessas diferentes posições sociais

(grupos, localidades, papéis) (Horwitz, 2013). Basicamente, explica as doenças mentais como sendo produtos de tensões sociais devido à forma como a sociedade está estruturada.

A hipótese predominante é a de que pessoas de *status* social mais baixo têm chances mais altas de vivenciar fatores negativos, como adversidade e *stress*. E estes dois fatores vulnerabilizam as pessoas às doenças psiquiátricas (Bhattacharjee *et al.*, 2011). Disparidades estruturais de riqueza, poder e conhecimento produzem desigualdades entre diferentes grupos sociais, inclusive em níveis de saúde. Grupos mais ricos, poderosos e de estratos sociais mais altos costumam apresentar taxas mais altas de saúde mental e mais baixas de doenças. O contrário é observado para grupos mais pobres. Uma exceção, todavia, diz respeito às diferenças raciais. No estudo de Williams, Costa e Leavell (2010 citados por Horwitz, 2013) pessoas negras não apresentaram taxas altas de *stress* ou doenças mentais, apesar de geralmente pertencerem a *status* socioeconomicamente mais desfavorecidos.

Sobre pesquisas do tipo, nos Estados Unidos, em 1855, um epidemiologista estadunidense, Edward Jarvis, realizou um estudo epidemiológico de grande escala para enumerar a prevalência de doenças mentais na população. Concluiu-se que ser pobre, migrante/imigrante e viver em condições socioeconômicas mais baixas representam fatores de riscos severos para a doença mental (Bhattacharjee *et al.*, 2011).

Pode-se dizer, entretanto, que o primeiro estudo do tipo no campo da sociologia a lidar especificamente com diagnósticos psiquiátricos data de 1939 e foi conduzido por sociólogos estadunidenses da Escola de Chicago, Faris e Dunham, intitulado *Mental Disorder in Urban Areas* (Baltrusaityte, 2003; Busfield, 2000; Horwitz, 2013; Scull, 2015). Os autores examinaram casos de doença mental em diferentes zonas de Chicago e constataram uma distribuição diferente de indivíduos maníaco-depressivos e esquizofrênicos pela cidade. Enquanto os primeiros estavam distribuídos aleatoriamente pela cidade, sugerindo a força do papel genético na sua etiologia, os segundos estavam concentrados nas zonas mais pobres. Os autores concluíram que, nomeadamente no caso da esquizofrenia, aquela distribuição não ocorria por acaso, mas tinha relação com a falta de redes comunitárias e com o alto isolamento social daquelas áreas. Assim, a etiologia da esquizofrenia não podia ser explicada somente a partir dos fatores genéticos, mas também pelos fatores sociais (Baltrusaityte, 2003; Busfield, 2000).

No geral, pesquisas da *Structural Strain Theory* focam na relação causal entre desvantagem social e doença mental, e o principal indicador utilizado para demonstrar tal desvantagem são as classes sociais mais baixas e/ou a pobreza (Bhattacharjee *et al.*, 2011;

Horwitz, 2013; Thoits, 2010), mas outras variáveis também têm sido investigadas, como a raça/etnia, o gênero, a geração, diferentes localizações sociais (cidades, regiões, nações) ou papéis sociais (pai, esposa, trabalhador).

Um dos potenciais da *Structural Strain Theory* está na sua contribuição única ao demonstrar que as doenças mentais não estão distribuídas aleatoriamente pela sociedade, mas concentradas em grupos demográficos social e economicamente desfavorecidos. Também demonstra que a própria estrutura ou organização da sociedade desempenha um papel fundamental na epidemiologia e etiologia das doenças mentais, ideia que nem a *Stress Theory* consegue capturar satisfatoriamente porque foca mais nos eventos estressores sem enxergá-los como possíveis produtos da organização social, nem abordagens psicológicas ou biológicas. Ainda, sugere levar em conta, para além do sistema social em si, as instituições sociais e os contextos comunitários que muito devem contribuir para entendermos as múltiplas causas dos transtornos mentais (Thoits, 2010). Para prevenir ou reduzir problemas de saúde mental, a *Structural Strain Theory* postula ser preciso combater a segregação racial, aumentar a educação escolar, combater taxas de desemprego e expandir serviços para a população idosa.

Por outro lado, algumas limitações podem ser identificadas. Primeiro, utilizam medidas estandardizadas que podem ser aplicadas em diferentes contextos socioculturais para avaliar as condições psicológicas dos indivíduos. Neste sentido, não se afastam muito de alguns estudos biomédicos, provavelmente devido ao fato de terem a mesma percepção sobre a natureza da doença mental (aceitam sem grandes restrições os diagnósticos). À semelhança do modelo hegemônico da psiquiatria biológica, que vê a doença mental como doença física, estes estudos etiológicos também acabam por considerar a primeira como se fosse uma doença física qualquer. Sob esta percepção, ambas, seja a doença mental ou física, englobam um grupo de sintomas cuja natureza não depende do meio social no qual surgem. Acabam por desconsiderar os aspectos sociais e históricos dos sintomas (Horwitz, 2013) tal como a epidemiologia psiquiátrica. Por fim, Rogers e Pilgrim (2005) destacam que como as investigações têm como foco grandes subpopulações não podem clarear aspectos das experiências vividas com o problema de saúde mental ou da variedade de significados atribuídos a tais experiências por pacientes e por seus familiares.

1.2.2.2 Teoria da rotulagem

Outra abordagem sociológica sobre a doença mental é a *Labelling Theory* (teoria da rotulagem ou rotulação), que, segundo Thoits (2010), é conhecida por realizar uma explicação

radical baseada na seguinte ideia chave: nenhuma pessoa é desviante, mas torna-se desviante a partir do momento em que é assim definida. Transpondo para a questão da doença mental, é como se nenhuma pessoa fosse, à partida, doente. Torna-se mentalmente doente na medida em que desvia das normas estabelecidas. O problema (o rótulo, no caso) surge da maneira pela qual o grupo social legítimo reage ao “desvio” do indivíduo: por isso a *Labelling Theory* é também chamada de *Societal Reaction Theory* (teoria da reação societal).

Esta perspectiva teve um grande impacto intelectual e desempenhou um papel importante na desinstitucionalização de pessoas diagnosticadas com doenças mentais. Baseou-se na teoria da rotulação desenvolvida pelo sociólogo estadunidense Howard Becker (situado na corrente sociológica do interacionismo simbólico para analisar questões relacionadas com a criminalidade e a delinquência) utilizando-a para debater a doença mental e as atitudes de pessoas consideradas mentalmente doentes (Bhattacharjee *et al.*, 2011).

A teoria da rotulação de Becker (2008) refere a relatividade de normas sociais que classificam atitudes, comportamentos ou situações como certas ou erradas. A sociedade engloba diversos grupos com os mais diversificados interesses e objetivos. Se há esta pluralidade, não há consenso sobre normas universais a serem seguidas. Estes grupos disputam entre si para estabelecer a sua visão de mundo à maioria. Aqueles grupos que “vencem” conseguem impor sua visão de mundo, seus pontos de vista, seus valores, seus juízos. É do interior desse processo político que surgem rótulos e desvios. Os indivíduos que não partilham da visão de mundo considerada legítima são rotulados de desviantes, são tidos como *outsiders*. Neste sentido, o desvio não existe *per se*, mas apenas na interação entre a pessoa que comete um ato e aquelas que reagem a ele (Becker, 2008). Partindo desta lógica, eis a relatividade da doença mental enquanto desvio: comportamentos, pensamentos, emoções, atitudes tidas como “bizarras”, “estranhas”, “desviantes” (convencionalmente reconhecidos enquanto doença mental) pertenceriam a uma minoria que não segue amplamente os mesmos valores e normas compartilhados pela sociedade no geral.

Para compreender melhor, convém demonstrar o contexto onde tal abordagem foi desenvolvida no contexto da saúde mental: *a priori*, dentro da própria psiquiatria. Um movimento influenciado pela ideia da doença mental como ação desviante surgiu ao longo dos anos 1960, na Inglaterra, a chamada antipsiquiatria. À maneira de Parsons, visualizaram a doença mental como um tipo de desvio, mas diferente daquele autor (para quem a doença existia de fato), as duas categorias foram tratadas como excludentes entre si. Se é desvio, não há como ser doença. Na definição de doença mental, há, acima de tudo, julgamentos de ação humana

não objetivos e não neutros. E, para a antipsiquiatria, basicamente, o que se designou chamar doença mental corresponde a qualquer pensamento, sentimento, comportamento considerado inaceitável, “anormal”, “louco”, porque a sociedade o classifica enquanto tal (Busfield, 1996). Portanto, os sintomas da doença psiquiátrica são eles mesmos uma quebra das normas estabelecidas (Scheff, 1966). Doença mental, na visão da antipsiquiatria, portanto, é desvio, tal como crimes, “vícios” ou a dissidência política (Ingleby, 1982). Aqui se recorre à ideia de construção social – mas num sentido “forte”.

A ideia é a do fenómeno doença mental como um rótulo. Antipsiquiatras compartilharam a noção de que não há nada de inerentemente mau sobre formas de pensar, sentir ou comportar-se convencionalmente etiquetadas enquanto doença mental. Na perspectiva deles, o rótulo de doença mental se refere muito mais à sociedade do que às pessoas donas daquelas atitudes (formas de pensar, sentir, comportar-se), que têm causas sociais, políticas, econômicas, menos médicas (Aneshensel *et al.*, 2013).

O clima social²⁴ dos anos 1960 favoreceu a hostilidade para com a psiquiatria, que era acusada, principalmente com o advento de medicações para a neurose e a psicose, de negligenciar a necessidade de atenção dos doentes. Autores esquerdistas visualizavam a psiquiatria como o braço controlador da burguesia e autoras feministas denunciavam o psiquiatra masculino como aquele que representava o género masculino e estendia o seu poder patriarcal sobre as mulheres (Shorter, 2001). Outra diferença face a Parsons é que, enquanto este autor acreditava que cuidado e controle caminhavam juntos para o restabelecimento dos doentes na sociedade, os antipsiquiatras afirmavam que o “cuidado” exercido pela psiquiatria era nada mais que um controle opressivo sobre as pessoas rotuladas doentes. Vários intelectuais, incluindo alguns psiquiatras, se identificaram com o chamado movimento antipsiquiátrico e avançaram contra o pensamento biológico da psiquiatria. O termo antipsiquiatria, sugerido mais tarde por Ronald Cooper, esteve muito associado com uma ação de mera rebeldia e contestação, embora, conforme Amarante (2013), “anti”, na realidade, representasse uma antítese contra a teoria psiquiátrica que focalizava a experiência patológica do indivíduo (sobre o seu corpo e a

²⁴ Clima marcado pela retificação de novos valores e costumes sociais. Depois do pós-Segunda Guerra, críticas à forma como pessoas com doenças mentais eram tratadas foram intensificadas com base nos direitos à cidadania. A política mundial sofreu grandes transformações, estados-nação passaram a se voltar para questões nacionais e de democracia. O mercado tornou-se cada vez mais complexo, com novas práticas e modalidades de consumo. O contexto cultural ocidental também sofreu as mudanças: tornava-se cada vez mais consciente dos seus direitos e reivindicava autonomia. A geração *beat*, nascida na década de 1940 nos Estados Unidos e bastante influente na década de 1950, deu espaço para o movimento que veio ser chamado de contracultura na década de 1960, o qual encontrou adeptos entre vários grupos que clamavam por direitos e pela diferença: negros, mulheres, homossexuais... Dentro deste contexto, contrário à forma como era realizado o tratamento da doença, muito ancorado na obra de Goffman, surgiu o movimento antipsiquiátrico (Oliveira, 2011).

sua mente) em vez das relações estabelecidas entre ele e a sociedade. Shorter resume (2001: 273):

O argumento principal do movimento era que a doença psiquiátrica não tem uma natureza médica, mas sim social, política e legal: é a sociedade, e não a natureza, que define o que é esquizofrenia e depressão. Se a doença psiquiátrica é assim socialmente construída, ela tem de ser desconstruída, no interesse de libertar do estigma da “patologia” os espíritos livres e desviantes, e as pessoas excepcionalmente criativas. Por outras palavras, isso de doença psiquiátrica era coisa que não existia. Era só um mito (Shorter, 2001: 273).

Thomas Szasz foi um dos autores da antipsiquiatria que fez as críticas mais incisivas. No princípio da década de 1960, afirmou que o conceito de doença mental era cientificamente inútil e socialmente pernicioso. Depois, comparou a crença em feitiçaria e perseguição às feiticeiras à crença em doença mental e perseguição aos doentes mentais. Para o autor, a ideologia da doença e da saúde mental serve a uma necessidade moral, evidente e premente: a de uma psiquiatria messiânica (Szasz, 1976). O argumento da antipsiquiatria residia na ausência de uma patologia física plenamente demonstrável, o que inviabiliza o termo “doença” para fazer referência à grande parte das situações psiquiátricas. Tais situações seriam adequadamente nomeadas de “problemas da vida”. Para Szasz, apenas seriam doenças – e orgânicas – aquelas entidades que englobassem falhas claramente biológicas (exemplo: problemas neurológicos). Sendo assim, quando a psiquiatria rotula de doença os chamados “problemas da vida” é porque quer camuflar o controle social envolvido (idem). Este antipsiquiatra afirmava que a psiquiatria não era mais que uma pseudociência como a alquimia e a astrologia, que a “‘assim chamada doença mental’ não é uma doença médica, que a medicação psiquiátrica é fraudulenta e perigosa e que a categoria psiquiátrica deve ser execrada” (Lieberman, 2016: 105).

Thomas Scheff (1966), sociólogo estadunidense, foi um pouco além e diferenciou a doença mental de outros tipos de desvio por romper com normas residuais, isto é, normas de carácter especial que não estão relacionadas necessariamente com o mundo criminal, mas que, ainda assim, representam uma generalidade para a maioria das pessoas. São regras triviais, mas que as pessoas, no geral, conhecem e tentam seguir, pois a reação social superestima. Frequentemente, são percebidas apenas quando são violadas. São exemplos dessas regras: vestir-se conforme a ocasião (numa entrevista de emprego), demonstrar respeito num velório, olhar para alguém que nos tenha chamado. Caso um indivíduo quebre regras dessa natureza poderá ser rotulado de doente mental.

Sem dúvidas, a antipsiquiatria contribuiu inclusive para a chamada sociologia médica ou, mais recentemente, sociologia da saúde e da doença quando teorizou sobre como a doença

mental se converteu em meio de controle social pelo poder médico. Também mostrou como conceitos de saúde e doença são negociados socialmente e não podem ser associados numa relação simplista de causa e efeito. A antipsiquiatria também problematizou o marco teórico-conceitual da psiquiatria, pois esta, ao utilizar o mesmo modelo de conhecimento das ciências naturais, proporcionou um grande equívoco metodológico na medida em que o “cientificamente correto” pode ser eticamente errado (Laing citado por Amarante, 2013). Argumentou que a psiquiatria não era (não é) tão neutra como costumava postular e desafiou a sua autoridade. Esta crítica segue sendo pertinente hoje em dia, haja vista que o século XX foi caracterizado pelo processo de medicalização da tristeza e da vida: comportamentos/pensamentos/sentimentos, outrora considerados desviados socialmente e tratados à luz de sistemas legais ou morais, vêm sendo cada vez mais “diagnosticados” pela hegemonia médica. Entre estes, não apenas os que desviam profundamente da norma, mas situações como a diagnosticada depressão, que antes pertencia ao rol dos problemas cotidianos (Ordorika Sacristán, 2005). Por outro lado, o movimento antipsiquiátrico também não prosseguiu sem receber críticas.

Uma primeira crítica à ideia da doença mental enquanto desvio (e, conseqüentemente, aos antipsiquiatras) é à sua máxima, ou seja, ao seu construcionismo/relativismo. Há aí um paradoxo descrito por Frayze-Pereira (1985): na tentativa de entender as condutas através de cada contexto singular, ao mesmo tempo que tenta relativizar os costumes, acaba por absolutizar o desvio. Essencialmente, a pessoa “louca”/doente mental seria, onde quer que fosse, um caso de desvio, de inadaptação e, portanto, um “problema eterno” (idem: 28). E reduzir a loucura ao desvio acaba por ser uma postura etnocêntrica, já que reflete a visão de uma cultura particular.

Outra crítica apontada para esta perspectiva, relacionada com o ponto anterior, é a sua negligência quanto à existência de uma realidade material da doença mental. Evidências empíricas mostram, contra a sua proposição, a presença de grupos de “sintomas” que atravessam diversas culturas e sistemas sociais: *sets* emocionais, cognitivos e comportamentais que tendem a ocorrer sempre juntos, a ser subjetivamente estressantes, a criar incômodo e a pôr as pessoas em risco de vivenciar diversas conseqüências negativas. Isto evidencia que este grupo de “sintomas” atinge diferentes pessoas pertencentes a distintos grupos sociais e partes do mundo (Aneshensel *et al.*, 2013). O fenômeno, portanto, possui uma realidade material e objetiva, independente da cultura em que seja interpretado.

Ingleby (1982), por sua vez, argumenta que a principal falha dos antipsiquiatras consistiu no fato de adotarem uma noção muito behaviorista acerca do que é seguir uma regra.

Somente pensaram em termos “brutos”, isto é, que determinado comportamento, emoção ou pensamento, “transgrediu” tal norma, mas não incluíram em sua análise a questão da intencionalidade. Mais claramente: para o autor, qualquer transgressão à norma só configura desvio se é realizada pelo indivíduo de forma consciente, intencional, inteligível. Se não há esta consciência, o próprio senso comum ou mesmo a lei suspendem a “censura” ou o caráter desviante do ato. Os sintomas mentais estão para além da ideia de desvio porque, geralmente, não englobam voluntariedade/intencionalidade.

Depois, Ingleby (1982) faz a “crítica sobre a crítica”. A crítica dos antipsiquiatras consiste no fato de a psiquiatria defender a existência da patologia física, mesmo que “ainda por descobrir”, no caso da doença mental: argumentam que, se as doenças mentais não têm uma base orgânica “palpável”, esta nomeação não passa de uma metáfora, uma superstição ou um mito. Por sua vez, a crítica de Ingleby é que (ironicamente) os antipsiquiatras tiveram uma noção muito simplista sobre a doença física, a de que esta era meramente “objetiva” e determinada por meios científicos. Ordorika Sacristán (2005) converge com Ingleby ao afirmar que uma das falhas da antipsiquiatria foi a ânsia em distinguir radicalmente as doenças físicas das doenças mentais: enquanto as primeiras seriam constatadas através de um conhecimento médico científico desprendido de valoração social, as segundas seriam marcadas por um caráter eminentemente social, sendo os diagnósticos psiquiátricos culturalmente relativos. Esta distinção aprofundou ainda mais a polarização entre natureza (doenças físicas) e cultura (doenças mentais/âmbito da ação humana). Mas, exatamente neste ponto, os antipsiquiatras se esqueceram que a própria doença física é culturalmente relativa (Ingleby, 1982). Basta lembrar os exemplos sugeridos por Carapinheiro (1986), que mostra como, da colite até a tuberculose, doenças comprovadamente “orgânicas”, entravam e saíam “de moda”, sendo profundamente pertencentes ao universo das metáforas – similarmente às doenças mentais enquanto metáforas, tal como Szasz (1976) sugeriu. Também podemos pensar no exemplo da AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) que, por muito tempo, desde sua descoberta, foi pensada como algo tipicamente comum em “grupos de risco”, como gays e mulheres profissionais do sexo. Estes exemplos mostram que é limitado pensar a doença, mesmo a “orgânica”, apenas em termos “naturais”. Então, o erro dessa separação entre doenças mentais e doenças orgânicas (estas, sim, “de domínio da medicina”), portanto, foi aprofundar a longitude entre corpo e mente, entre natureza e cultura (Busfield, 1996). Como aponta Gonzalez Rey (2011: 19), “doenças físicas e somáticas representam transtornos integrais das pessoas, algo até hoje impossível de elaborar pelos modelos teóricos dominantes no campo da saúde humana”.

Relacionado com o ponto anterior, outra questão destacada por Ingleby (1982) é quanto ao fato de o termo “doença” referir necessariamente uma causa orgânica subjacente. O argumento dos antipsiquiatras é que, como visto, se não há patologia física demonstrável, o termo “doença” se torna inutilizável. Mas a categoria “doença” já era utilizada tempos antes de existirem grandes conhecimentos sobre anatomia ou fisiologia (que dizem respeito ao corpo) (Moore citado por Ingleby, 1982). Além disso, historicamente, a designação de certos estados como “doença” não necessariamente tem relação com suas causas físicas (Roth citado por Ingleby, 1982). Por fim, o conceito de doença tem a ver com incapacidade pessoal, que pode ou não ter uma base biológica (Coulter citado por Ingleby, 1982). Em suma: a ausência de uma patologia orgânica não evita que determinado estado seja designado como doença. Sobre isto, concordamos com a definição de Gonzalez Rey (2011: 19), para quem a saúde humana não constitui um atributo que se tem ou não, mas como qualidade dos processos de vida.

Ordorika Sacristán (2005) ressalta que as perspectivas (como a da antipsiquiatria) que concebem a essência da doença mental como subordinadas aos juízos morais acerca do que é normal ou anormal podem tanto ser exitosas, como limitadas. Um exemplo de êxito foi o caso da homossexualidade. A passada noção da homossexualidade como uma doença mental foi atribuída por noções médicas a pensamentos, emoções e comportamentos que contrapunham as normas morais e sociais vigentes. Quando foi reconhecida como uma orientação sexual tão válida quanto outras, ocorreu a sua retirada do DSM. Neste caso, a desmedicalização de diferentes identidades e orientações sexuais (sob o forte argumento do diagnóstico enquanto juízo moral) foi um acerto. Outro exemplo exitoso são os casos de dissidentes políticos da extinta União Soviética, onde provou-se que a base para seus diagnósticos psiquiátricos, pela psiquiatria soviética pavlovista, era uma censura moral (Ingleby, 1982). Por outro lado, há casos em que é muito perigoso utilizar o mesmo argumento, vide os movimentos pro-ana e pro-mia, que visualizam a anorexia e a bulimia como estilos de vida em vez de doenças mentais (Ordorika Sacristán, 2014).

Relacionado a isto, Henry Ey (citado por Sauvagnat, 2012) criticava a antipsiquiatria por esta ser um movimento perigoso, pois não tratava e cuidava de pessoas que efetivamente precisassem de ajuda, já que acreditava na ausência da doença. Por sua vez, Ordorika Sacristán (2005) ressalta que perspectivas da antipsiquiatria e outras de cunho social construtivista podem incorrer em uma incapacidade de proporcionar possíveis soluções ao sofrimento emocional de tantas pessoas. Na tentativa de denunciar o controle médico sobre as pessoas, acaba-se por deixá-las sob o controle da doença mental propriamente dita.

Concordamos com as reivindicações de teóricos do desvio e, em particular com alguns autores antipsiquiatras a respeito da regulação social exercida pela medicina psiquiátrica. Mas, como afirma Ingleby (1982: 94), é demasiado simples reduzi-la a uma atividade de policiamento moral direto, tal qual sugere a teoria do desvio. Nem todos os diagnósticos podem ser postos em causa. Neste sentido, como mencionou o autor, “a doença mental não é um ‘mito’ só porque ninguém a consegue definir operatoricamente [...] ‘Textura aberta’ não é a mesma coisa que ‘indefinição’” (idem: 97).

Outra questão é que, como atenta Ordorika Sacristán (2005), perspectivas como a da antipsiquiatria acabam sobredimensionando a capacidade de coerção moral que o conhecimento e a prática médicos têm sobre os indivíduos. Embora esta coerção não possa ser negada, ela não exerce um poder monolítico e homogêneo. Além disso, pode acabar negando a capacidade reflexiva e o poder de decisão dos indivíduos. Provavelmente, isto está relacionado com o fato de muitos trabalhos de autores identificados com esta perspectiva terem desenvolvido seus trabalhos com indivíduos institucionalizados em hospitais psiquiátricos ou acometidos por transtornos muito graves.

1.2.2.3 Construtivismo social

Embora seja uma posição teórica separada, o construtivismo social é utilizado por diferentes perspectivas sociológicas para explicar as doenças mentais. Por exemplo, como visto logo acima, a ideia de construção social presente no construtivismo é utilizada pela teoria da rotulagem. Também é utilizada por Foucault, autor que é até difícil “encaixar” em determinada perspectiva teórica por abordar uma pluralidade de temáticas. Ainda, elementos do construtivismo podem ser compatíveis com outras abordagens, como o interacionismo simbólico e o realismo social (Busfield, 1996).

Uma concepção central para qualquer corrente construtivista, independente se é mais radical ou mais moderada, é a de que a realidade não é estável ou evidente nela mesma. Tampouco está “à espera” de ser descoberta. A realidade é um produto da atividade humana (Rogers e Pilgrim, 2005), seja em parte ou totalmente (no caso de um construtivismo em sentido forte). Além disso, relações de poder estão associadas com a definição de uma suposta realidade (Baltrusaityte, 2003). Qualquer destas correntes também pode ser considerada uma reação contra o positivismo e o realismo ingênuo, pois sempre vai questionar a realidade objetiva em maior ou menor grau. Brown (citado por Rogers e Pilgrim, 2005) enumera três correntes.

A primeira, concentrada nos problemas sociais, não se preocupa em demonstrar a realidade de um dado fenômeno social, mas as forças sociais que o definem. Para investigar um problema social como o uso indevido de drogas ou a doença mental, seleciona-se um determinado aspecto da realidade e, assim, implicitamente, questiona-se o *status* factual da realidade (Rogers e Pilgrim, 2005). Podemos observar isto no caso da teoria da rotulagem, que selecionou como forças sociais, no caso da medicina psiquiátrica, constroem a noção de doença mental. O foco está na experiência vivida dos atores sociais, seja aqueles que são tidos como desviantes ou aqueles que trabalham com os desviantes e os rotulam. Esta corrente, como dito, tem sido associada à Teoria da Reação Social (*Societal Reaction Theory* ou *Labelling Theory*), que tem suas metodologias ligadas ao interacionismo e à etnometodologia (idem).

Uma segunda corrente se aproxima do pós-estruturalismo de Foucault e está preocupada com a desconstrução: ou seja, com o exame crítico da linguagem e dos símbolos para analisar a criação do conhecimento, sua relação com o poder e as variedades instáveis da realidade que permeiam a atividade humana (as práticas discursivas) (Rogers e Pilgrim, 2005).

A terceira corrente, por sua vez, não está associada nem com uma microsociologia dos problemas, nem com a desconstrução, mas com o entendimento da produção científica de conhecimento e a busca de interesses individuais e coletivos. Ela examina as formas pelas quais cientistas e outras partes interessadas desenvolvem, debatem e usam os fatos. Interessa-se, portanto, pelas redes de pessoas envolvidas nessas atividades. Interessa-se menos pelas ideias e discursos (diferentemente da corrente citada acima) e mais pela ação e negociação dos/entre os envolvidos. É compatível com o interacionismo simbólico e com o realismo social (ibidem).

Baltrusaityte (2003) menciona alguns exemplos nos quais o construtivismo social é utilizado para demonstrar a natureza construída da doença mental. Refere enfermidades específicas: a esquizofrenia, que apesar de ter o *status* de doença e ser amplamente diagnosticada, o seu diagnóstico carece de validade e confiabilidade conceituais. A sua etiologia não é bem esclarecida e a explicação para a persistência de um diagnóstico “fracamente construído” pode estar no papel que ela desempenha para fortalecer o mandato médico e o conforto que traz aos familiares de pessoas mentalmente doentes porque desresponsabiliza estas pessoas em face da hipótese etiológica biológica.

O autor fala também da agorafobia, diagnóstico que surgiu no mesmo tempo em que a emancipação feminina tornou-se uma possibilidade. Por esta razão, os significados atribuídos a esta enfermidade podem ser entendidos como parte de um contexto que questionou o uso do espaço público e não apenas como um conjunto de sintomas que só se manifesta dentro dos

indivíduos que sofrem. Ainda, tal como a esquizofrenia, o conceito de psicopatia é incoerente porque abrange muitas pessoas que têm sintomas e podem até compartilhar o mesmo rótulo, mas não há um marcador biológico claro. A definição é cíclica: as pessoas são consideradas psicóticas por causa de seus atos antissociais; e seus atos antissociais são explicados pela psicopatia. Consequentemente, não há forma independente de validar o diagnóstico. A depressão, por sua vez, parece ser a simples descrição de um estado de espírito deprimido. Mas a atribuição de características como desamparo, impotência e inutilidade só pode ser feita em relação com processos interpessoais. Desta maneira, o construtivismo entende que a depressão não pode ser simplesmente entendida como um rol de características cognitivas de um sofrimento individual. Ela mesma é definida e constituída por processos sociais (Baltrusaityte, 2003).

A crítica construtivista aos diagnósticos psiquiátricos refere a fragilidade, a incoerência e mesmo a natureza inválida destes conceitos. Argumenta que, mesmo sem validade ou confiabilidade, estes diagnósticos são amplamente usados para satisfazer os interesses de determinados grupos sociais que prezam por este discurso (médicos, outros profissionais de saúde mental, indústria farmacêutica, familiares de pacientes ou mesmo os pacientes) (Baltrusaityte, 2003).

Tal como as outras perspectivas, o construtivismo social possui alguns problemas. Primeiro, o termo sociológico “construção social” para se referir à doença mental faz certa confusão. Por um lado – e até aí concordamos –, pode significar que a doença é uma categoria social e que os significados atribuídos a ela variam de acordo com o tempo e o espaço. Por outro lado – e a partir daqui já não mais concordamos –, pode significar que a doença mental é apenas uma categoria e não refere qualquer realidade objetiva. Seria, simplesmente, um produto de um determinado discurso detentor de determinados interesses.

Acontece que nem tudo é apenas discurso! Na nossa perspectiva, considerar a doença meramente como um discurso, uma etiqueta ou um constructo social implica negar a existência da dor, dos sofrimentos e confusões por ela causados. Tal como não está reduzida aos seus componentes biológicos, também não se reduz ao âmbito social. Seria um equívoco, portanto, reduzi-la aos seus componentes discursivos. Devemos nos situar num momento “pós-relativista”, ou seja, superar o construtivismo social que acaba por reproduzir a divisão entre mente/corpo baseada na divisão cultura/natureza (Busfield, 1996):

Mental disorder is, then, a ‘label’ in the sense that is, like all words, a social construct; but it is not ‘merely’ a label. It has a reference that has an ontological reality, and although that reality is mediated through diverse constructions or discourses which give

it meaning, we can still test these constructions empirically against material reality. There is a reality of structures, interests and power beyond the multiplicity of ‘voices’ to which we must attend (Busfield, 1996: 60).

A citação acima traz implícita a ideia de construção social, mas limitada, circunscrita e possibilitada por um componente material (Ordorika Sacristán, 2005). Alternativas ao termo construção social podem ser os termos estruturação social da doença mental ou enquadramento social da doença mental (Busfield, 1996, 2000), pois referem o entendimento de que a forma como entendemos a doença muda através do tempo e do espaço, mas faz isto sem negar a realidade material da mesma. Inclusive, na nossa própria análise, adotamos várias características construtivistas, que não necessariamente se opõem aos estudos etiológicos ou mesmo a um realismo social, como veremos no tópico seguinte. Isto porque, na nossa forma de incorporar argumentos construtivistas, não é a realidade que é estritamente construída socialmente, mas as nossas teorias acerca desta realidade ou os nossos mapeamentos cognitivos sobre essa realidade, como afirma Busfield. O que convém é que nos afastemos de um “construtivismo social” num sentido estrito.

Ainda sobre isto, por fim, concordamos com o médico, psiquiatra e precursor da desinstitucionalização na Itália, Franco Basaglia, a respeito da “natureza” da doença mental. Para ele, as doenças mentais são expressões das contradições do nosso corpo, orgânico e social: “A doença, sendo uma contradição que se verifica no ambiente social, não é um produto apenas da sociedade, mas uma interação dos níveis nos quais nos compomos: biológico, sociológico, psicológico...” (Basaglia, 1980: 79). Dizer que a doença mental ou a loucura são somente produtos sociais é, tal como o fazem alguns discursos biomédicos, ainda estar dentro de uma lógica positivista (idem).

1.2.2.4 Realismo social

Também chamada de realismo crítico, esta perspectiva, como o próprio nome revela, aceita a existência da realidade (contra um construtivismo social forte), tal como as abordagens etiológicas da doença mental. Mas estas, como visto, se apoiam numa visão durkheiminiana, na qual a realidade social externa constrange a ação humana e, ao mesmo tempo, forma a consciência humana. Em contraste, a visão weberiana assinala que a ação humana constrói a realidade intersubjetivamente. Ainda, a teoria crítica, com base em Freud, destaca o papel dos processos inconscientes, nomeadamente a repressão, e é enraizada num individualismo metodológico (psicanálise clínica). O realismo social/crítico, ao contrário de todas estas

perspectivas mencionadas, rejeita um individualismo metodológico e foca na agência ou ação humana consciente (Rogers e Pilgrim, 2005).

Para o realismo social, a ação humana não é determinada mecanicamente. Tampouco a intencionalidade (a ação humana voluntária) simplesmente constrói a realidade social. O que ocorre é: a sociedade existe, sim, antes das vidas dos agentes, mas estes se tornam agentes que podem reproduzir ou transformar a sociedade. Em suma: a realidade material – que é o substrato biológico dos atores + as condições materiais de existência – restringe a ação humana, mas também não a delimita totalmente, pois a própria ação humana é capaz de impactar a realidade (Bhaskar citado por Rogers e Pilgrim, 2005). Neste sentido, fenômenos sociais, como as doenças mentais, não podem ser analisados sob as mesmas metodologias utilizadas para entender os fenômenos naturais. Algumas diferenças básicas entre as estruturas naturais e sociais devem ser elencadas para melhor apreender as implicações disso para o trabalho em saúde mental.

Primeiramente, as estruturas sociais, diferentemente das estruturas naturais, não existem independentemente da atividade que elas constroem. A implicação dessa primeira diferença é que o trabalho em saúde mental é parte de uma estrutura social criada. Sendo assim, ações ou descrições desinteressadas/extremamente objetivas dentro deste trabalho são insustentáveis. A segunda distinção é que as estruturas sociais não existem independentemente das concepções dos agentes (discursos) e do que eles estão fazendo na sua atividade. Este segundo ponto quer dizer que as perspectivas do conhecimento profissional contribuem para a constituição do trabalho em saúde mental das estruturas de bem-estar /saúde da qual fazem parte. Enfim, uma terceira diferença é que as estruturas sociais são apenas relativamente duradouras, então, as tendências que elas fundamentam não podem ser universais num sentido de tempo e espaço invariáveis. Isto implica que o trabalho em saúde mental deve ser compreendido dentro de um contexto social específico em relação ao tempo e ao espaço, isto é, histórica e geograficamente situado (Rogers e Pilgrim, 2005).

O fato de este realismo crítico englobar uma influência mais materialista que idealista possibilita que ele reconheça a causa material da doença mental. Mas isto não impede que também realize uma análise crítica dos interesses por trás das maneiras de conceitualizar e tratar a doença mental num determinado período/espaço (por exemplo, os interesses por trás do conhecimento psiquiátrico). Conforme visto, outras abordagens, como a da teoria da rotulagem, também questionam os conceitos de saúde/doença e os interesses presentes na própria construção do conhecimento, mas a diferença é que o realismo social incorpora o *status* factual

da realidade/doença (idem). Esta é a concepção com a qual nos identificamos mais porque permite reconhecer, com metodologias próprias das ciências sociais, o enquadramento social da doença mental, seja da estrutura social que a impacta, seja dos interesses em torno do estabelecimento de conceitos de saúde e doença por determinados discursos, seja do fato de que a própria noção de doença muda, sem negar a sua realidade objetiva. Assim, reconhece a interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais em torno da doença mental, sinalizando para a coexistência de explicações sobre o fenômeno e para uma colaboração interdisciplinar entre os diversos tipos de conhecimento científico – quer da própria sociologia, quer de outras disciplinas. Mas isto não significa que não leve em conta a multiplicidade de interesses e poderes que podem subjazer o discurso de cada uma dessas disciplinas.

Neste sentido, aproximamo-nos de posições como as de Busfield (1996), que, apoiada em um realismo filosófico, não nega a realidade material do fenômeno doença mental mesmo que reconheça que os nossos mapeamentos cognitivos sobre tal variam historicamente. De maneira similar, aproximamo-nos de Ordorika Sacristán (2005), que tem uma perspectiva contextualista da doença mental e considera o fenômeno nas suas múltiplas dimensões, incluindo o componente orgânico. Tal perspectiva, segundo a autora, possui a vantagem de: revalorizar a experiência da doença por parte dos sujeitos sem desconsiderar os aportes e tratamentos da medicina; fomentar relações mais igualitárias entre médicos e pacientes através da consideração dos segundos como *experts* leigos sobre seus próprios adoecimentos. Ademais, constrói uma noção de paciente “corporalizado”, ao contrário de perspectivas que podem visualizar o paciente “descorporalizado”, muito diferente do enfermo real.

Assim, nossa perspectiva sobre o fenômeno “doença mental” é a de um transtorno que pode abarcar o mal-estar pessoal (fadiga, ansiedade etc.) e/ou desorganização mental (confusão, bloqueio da mente, lentidão na coordenação motora e, em casos mais extremos, alucinações e delírios) (Gove e Tudor, 1973), não sendo estritamente marcado por uma causa orgânica. Nossa atitude consiste em considerar a realidade ontológica do fenômeno independentemente da nossa consciência, isto é, da forma que o nomeamos/interpretamos em um determinado espaço-tempo (neste ponto, sim, eis a construção social). A doença mental transita entre mundos diversos: está na encruzilhada entre o natural, a psique e o sociocultural, mostrando a inconveniência de impor uma dicotomia entre natureza e cultura.

CAPÍTULO 2. QUESTÕES DE GÊNERO NA SAÚDE MENTAL: olhares teóricos e empíricos

“O importante não é a natureza das coisas e sim sua inclusão em um dos universos, masculino ou feminino: a própria rosa poderá tornar-se um símbolo masculino se se insiste em seu hermetismo, sua cor ardente... ou em seus espinhos – enquanto uma rosa desabrochada, de cores pastéis, continuará ‘feminina’”
(Falconnet e Lefaucheur, 1977: 27).

“Vemos que na relação homem-mulher, quando o homem aceita a mulher não como um elemento passivo, mas ativo na sua própria subjetividade, então os dois polos da relação indicam o início de uma relação de dialética, início de um novo mundo. É nesse ponto que devemos definir o nosso caminho. Se preferimos permanecer na obscuridade, ou se queremos estar presentes e mudar na prática a nossa vida”
(Basaglia, 1980: 15).

A explicação para a saúde ou para a doença mental precisa dos aportes das ciências biomédicas, das neurociências, da psiquiatria, das psicoterapias, mas, junto destas, também carece dos contributos das ciências sociais, que é quem vai oferecer uma análise mais apta sobre como elementos históricos e sociais se entrecruzam com a saúde mental (Ordorika Sacristán, 2009). O gênero, como um destes elementos, tem peso fundamental na nossa análise.

De acordo com Connell e Pearse (2015: 42), o “gênero é a estrutura de relações sociais que se centra sobre a arena reprodutiva e o conjunto de práticas que trazem as distinções reprodutivas sobre os corpos para o seio dos processos sociais”. É algo que conecta ao mesmo tempo as relações econômicas, afetivas, simbólicas e de poder e opera de forma simultânea nos níveis intrapessoais, interpessoais, institucionais e da sociedade em geral (Connell, 2013: 66). O conceito surgiu a partir da segunda metade do século XX, no pensamento feminista de segunda vaga, oferecendo um novo olhar para a realidade, pondo as diferenças entre as características consideradas femininas e masculinas situadas no cerne das hierarquias presentes no social e se constituindo enquanto avanço significativo face às possibilidades analíticas oferecidas pela categoria mulher (Piscitelli, 2002).

Um primeiro aspecto a ser considerado é que o sistema de gênero é quem determina as maneiras pelas quais os corpos são lidos e interpretados. Neste sentido, conforme Bourdieu (2002), não é, por exemplo, o falo que dá origem a uma visão de mundo androcêntrica, mas tal visão de mundo que concede ao falo poder, símbolo de virilidade, ponto de honra. Ou seja, a “força particular da sociodicéia masculina lhe vem do fato de ela acumular e condensar duas

operações. Ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada” (Bourdieu, 2002: 16). De maneira similar, Connell (2003) resgata a necessidade de se entender as relações sociais não simplesmente a partir de demarcações biológicas, mas percebendo os nexos entre os corpos e os processos sociais. Para Connell, gênero faz referência a um processo histórico que envolve o corpo, e não um conjunto fixo de determinantes biológicos. Sim, o gênero é uma prática social que constantemente se refere aos corpos e ao que estes corpos fazem, mas nunca está reduzido ao corpo, pois existe precisamente na medida em que a biologia não determina o social (Connell, 1997: 6). Por sua vez, Scott (1995) afirma que o pênis e a vagina só têm sentido na sociedade quando compreendidos a partir de um olhar que é cultural. Nicholson (2000), sobre a polarização vagina *versus* pênis, faz uma crítica ao fundacionalismo biológico porque este se baseia nos órgãos sexuais feminino/masculino, isto é, no que mulheres e homens têm em comum entre si e exemplifica/questiona como se explica, por exemplo, sobre o caso de travestis. Também Kaufman (1995) chama atenção para o fato de a fronteira biológica apenas aparentemente fixa entre homens e mulheres estar sujeita a variações (vide o caso de variações genitais, hormonais, cromossômicas). Sob esta perspectiva, o sexo é “um construto a explicar, em vez de factor explicativo” (Amâncio, 2003: 687).

Mas, de acordo com Bourdieu (2002), a divisão entre os sexos parece estar na ordem das coisas, isto é, ser normal, natural e até mesmo inevitável. É evidente tanto a partir de estados objetivados (como, por exemplo, no espaço privado da casa, no qual todas as suas partes são sexuadas), como de estados incorporados (nos corpos e nos *habitus* dos agentes). Os agentes vivenciam uma atitude natural, isto é, pré-reflexiva, visto que são pouco ou nada conscientes sobre os mecanismos que fundamentam a concordância entre as estruturas cognitivas e estruturas sociais que acabam naturalizando as relações entre os gêneros. Apenas reproduzem o mundo social a partir de suas experiências dóxicas, o que inclui a apreensão de suas divisões arbitrárias. Vivenciam uma submissão de forma não necessariamente consciente. Muitas vezes, não se dão conta das condições sociais que possibilitam estas divisões. Afirma o autor:

A diferença *biológica* entre os *sexos*, isto é, entre o corpo masculino e o corpo feminino e, especificamente, a diferença *anatômica* entre os órgãos sexuais, pode assim ser vista como justificativa natural da diferença socialmente construída entre os *gêneros* e, principalmente, da divisão social do trabalho [...] Dado o fato de que é o princípio de visão social que constrói a diferença anatômica e que é esta diferença socialmente construída que se torna o fundamento e a caução aparentemente natural da visão social que a alicerça, caímos em uma relação circular que encerra o pensamento na evidência de relações de dominação inscritas ao mesmo tempo na objetividade, sob formas de divisões objetivas, e na subjetividade, sob formas de

esquemas cognitivos que, organizados segundo essas divisões, organizam a percepção das divisões objetivas²⁵ (Bourdieu, 2002: 10).

Esta relação entre objetividade e subjetividade remete ao conceito de *habitus*. A arbitrariedade cultural institui identidades distintivas que se encarnam em *habitus* diferenciados conforme o princípio de divisão dominante e que são capazes de perceber o mundo segundo tal princípio. O *habitus* abrange os esquemas de percepção, avaliação e ação que possibilitam a dominação simbólica, isto é, a violência que não se exerce necessariamente através da pressão, do consentimento, da coerção mecânica, da submissão livre, voluntária e deliberada – em suma, não se exerce a partir da lógica pura das consciências cognoscentes (Bourdieu, 2002).

No jogo destas relações, a ordem masculina se impõe sem precisar de justificação. Como menciona Bourdieu (2002), ela aparece naturalizada seja na percepção social ou mesmo na linguagem: o gênero masculino aparece como algo não marcado, quase neutro, enquanto o feminino costuma ser explicitamente caracterizado. Homens são dominantes, mulheres dominadas. A ordem social atua como máquina simbólica que reforça a dominação masculina em várias esferas do mundo social. Bourdieu aqui se refere especificamente à sociedade cabila berbere, menos diferenciada socialmente, mas é possível transpor estes aspectos para a nossa própria sociedade, que, frequentemente, reproduz desigualdades de gênero como algo natural.

Por exemplo, no caso de sociedades ocidentais (europeia e norte-americana), Connell (1997) explicita um modelo da estrutura de gênero que expressa relações claramente hierárquicas entre homens e mulheres nas esferas do poder, do trabalho e do desejo. As relações de poder podem ser observadas na subordinação geral das mulheres, enquanto grupo, e na dominação pelos homens, enquanto grupo. Quanto às relações de produção, isto é, o mundo do trabalho, ainda estão visivelmente marcadas pela divisão de tarefas destinadas mais aos homens ou mais às mulheres, o que gera uma partilha desigual dos produtos do trabalho social. Ainda, quanto ao desejo, ou *cathexis*, observa-se a existência de um modelo de desejo visto como simplesmente “natural” – o heteronormativo.

Assim que, segundo Scott (1995), quando se fala em relações de gênero, estamos falando sobre formas de dar significado a relações de poder. Isto significa que o gênero não é apenas um critério de diferenciação e classificação dos seres e das coisas, mas, sobretudo, um sistema de desigualdade, de assimetria, um sistema hierárquico, que traduz certo estado das relações de poder entre homens e mulheres (Brandão, 2010).

²⁵ Grifos do autor.

Segundo Bourdieu (2002), o trabalho de construção simbólica dos corpos perpetua a dominação a partir de uma transformação profunda e duradoura dos corpos e dos cérebros. Mas, como afirma o mesmo autor, se existem mecanismos para exercer a dominação – como o *habitus* – é porque, sendo os agentes e seus corpos não totalmente determinados em sua significação, há espaço para uma luta cognitiva sobre o sentido das coisas do mundo e das realidades sexuais. Há, assim, a possibilidade de interpretações antagônicas que podem viabilizar aos dominados uma resistência contra as imposições simbólicas. Por isso, a dominação masculina não é invariável e eterna. As estruturas de dominação são produto de um trabalho incessante e histórico de reprodução exercido por agentes específicos e por instituições como as famílias, a Igreja, a Escola, o Estado (idem). Acrescentamos a própria medicina, que, principalmente entre o século XIX e o começo do século XX, baseava suas práticas muito na diferença entre os gêneros.

Outro aspecto a respeito do gênero é que este é uma categoria que se constitui de forma relacional, ou seja, o que é considerado socioculturalmente como “masculino” só se sustenta a partir do que é tido como “feminino” e vice-versa. Além disso, as relações entre os gêneros atravessam variados pares relacionais como, por exemplo, “homem-homem”, “mulher-mulher” e “homem-mulher” (Gomes, 2008). Isto porque o conceito de gênero não pode ocultar as pluralidades e as outras formas de desigualdade, já que as próprias disparidades entre homens e mulheres são cruzadas e potencializadas por desigualdades sociais e econômicas, como as de classe, raciais, étnicas, de geração ou capacidade (Alves e Corrêa, 2009). Quanto a isso, o gênero é um *linking concept* porque as relações de gênero não são uma esfera autônoma, mas permeiam a vida social juntamente com outras relações como as de classe, raça e sexualidade (Connell citado por Busfield, 1996; Connell, 2003; Connell, 2013). Desta forma, não se pode essencializar ou limitar os significados de se “ser homem” ou “ser mulher”. O gênero não pode se reduzir a duas categorias homogêneas que exageram as diferenças entre homens e mulheres e obscurecem as estruturas de raça, classe e sexualidade (Connell, 2003). Há, portanto, diversas masculinidades e feminilidades, que mudam ao longo do tempo, embora haja a naturalização de certos aspectos tidos como exclusivos de um gênero ou outro.

Masculinidades/feminilidades afetam as condições de existência de homens e mulheres, suas formas de “estar no mundo” e, conseqüentemente, a sua saúde mental. Assim, a categoria de análise gênero possibilita compreendermos como os traços sociais e culturais configuradores de modelos hegemônicos de masculinidade e feminilidade influenciam a saúde mental de ambos.

De uma maneira paulatina, um olhar de gênero tem sido adotado para compreender melhor o panorama da saúde mental. Isto significa romper com um modelo que tradicionalmente explica e trata o “mental” exclusivamente a partir dos seus fatores biológicos. O sistema de gênero produz consequências para indivíduos e grupos sociais e sobre suas relações sociais. As distintas/assimétricas/contraditórias formas de ser e estar no mundo direcionadas para os gêneros influenciam variados aspectos da vida – individual e social –, incluindo a saúde mental. Devido à sua evolução enquanto disciplina, a própria psiquiatria passou a ter em conta, mesmo que de maneira limitada, que fatores socioculturais como o gênero têm um papel primordial no desenvolvimento e manutenção da doença mental (Ortega Ruiz, 2011), como se pôde ver na publicação mais recente do DSM (APA, 2015). Também a Organização Mundial de Saúde contesta um modelo de explicação biologizante e reconhece o peso de fatores sociais como gênero, raça/etnia, classe social, entre outros, na configuração dos processos “saúde-doença”. Neste caso, admite que as iniquidades entre homens e mulheres, decorrentes das relações de gênero, podem ter impactos negativos sobre a saúde (OMS, 2001).

É possível perceber o esforço feito pela OMS (2001) em agregar conhecimentos de diferentes ciências num enfoque integrado de saúde pública. Não se pode descartar a importância do avanço promovido pela entidade ao abranger o gênero na agenda da saúde e, incluída aí, a saúde mental. Mas, para já, precisa-se reconhecer que a sua concepção contém algumas limitações. Por exemplo, gênero ainda parece ser sinônimo de “mulher” – vide o grande número de publicações referente à população feminina em detrimento da masculina. A OMS reconhece que algumas doenças podem afetar mais as mulheres (como a depressão, a ansiedade ou anorexia nervosa) e outras os homens (como os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas), mas, como indica Busfield (1996: 103), a sua concepção de gênero não surge como uma diretriz nos diagnósticos oficiais contidos em listas como a CID-10²⁶. O que predomina é uma neutralidade de gênero nos critérios diagnósticos. Falta-lhe o reconhecimento de que tais categorias oficiais não são construídas inteira e independente do gênero, até porque elas se referem a muitos aspectos do comportamento e da vida que são, inegavelmente, gendrados.

Como informa Connell (2013: 64), documentos como os da OMS por vezes incorporam uma perspectiva de gênero que tomam homens e mulheres como categorias fixas e sem necessidade de questionamento. A base para evidenciar um “problema de gênero” consiste

²⁶ Classificação Internacional de Doenças publicada pela Organização Mundial de Saúde.

mais em diferenças estatísticas/epidemiológicas. Estes dados estatísticos/epidemiológicos, em vez de problematizar, acabam essencializando e binarizando a questão. Por exemplo, dados sugerem baixas taxas de consultas com médicos entre homens e altas taxas de vitimização por violência doméstica entre as mulheres, mas isto não é questionado mais profundamente. Segundo a autora, isto é uma amostra do pensamento categórico sobre o gênero que, na sua forma mais comum, toma uma classificação dicotômica dos corpos e minimiza a diversidade dentro das categorias do gênero. E este categorialismo acaba dando base para muitas políticas de saúde voltadas para homens e mulheres (idem).

Devemos reconhecer que vivemos numa sociedade em que ainda predomina o androcentrismo nas mais diversas áreas da vida social, onde as relações de poder assimétricas garantem a posição dominante dos homens e a subordinada das mulheres (Bard Wigdor, 2016), o que pode interferir na saúde mental – algo reconhecido por entidades como a OMS. Há de se considerar, ainda, as disparidades entre homens e homens, mulheres e mulheres, que também podem interferir na saúde. Isso quer dizer que o gênero é um dos fatores sociais que tem peso sobre a saúde mental. No entanto, há outros entrelaçamentos entre o gênero e o campo do “mental”. Ocorre que nem sempre eles são notados. O gênero também está presente: nos dados epidemiológicos psiquiátricos que mostram, de maneira global, uma alta representação feminina nas estatísticas e dispositivos de saúde mental; na diversidade dos diagnósticos que elencam sintomas e transtornos mais comuns para mulheres (como a ansiedade, a depressão ou transtornos alimentares como a anorexia nervosa ou a bulimia nervosa) ou para homens (transtornos devido ao uso nocivo de substâncias psicoativas); na formulação e execução de políticas públicas de saúde mental; nas ações de indústrias farmacêuticas; nas experiências subjetivas das pessoas com a própria doença mental. Dito isto, considerar as influências exercidas pelo gênero não é, portanto, uma tarefa apenas das ciências sociais, mas de qualquer disciplina, prática, política ou ator que se comprometa em verificar como homens e mulheres são afetados na expressão da sua saúde mental.

2.1 Gênero enquanto produtor social do adoecimento

A interface, por assim dizer, mais “óbvia” evidencia o peso de fatores sociais como o gênero sobre a saúde mental. Em outras palavras, a que demonstra como as desigualdades estruturais de gênero presentes na sociedade influenciam as taxas de morbidade masculina e feminina face ao processo saúde-doença. Neste caso, o gênero enquanto fator determinante das condições de vida de homens e mulheres pode impactar a saúde mental. Ultrapassa-se a ideia,

disseminada tradicionalmente por um paradigma psiquiátrico de raiz positivista, de que as diferenças entre homens e mulheres estão reduzidas às características físicas e biológicas e passa-se a considerar o peso que traços culturais e sociais que configuram as masculinidades e as feminilidades têm sobre o adoecimento psíquico. Passa-se a considerar mais a dinamicidade das próprias estruturas sociais que alteram os papéis e posições de homens e mulheres na sociedade. Conforme Zanello (2010), sob esta perspectiva, o sofrimento psíquico deve ser entendido como algo decorrente não apenas de um corpo desregulado, mas também como produto de condições e papéis, das relações de gênero e da pressão disso sobre os sujeitos.

Nesta linha, em 2001, a OMS passou a contrariar um modelo de explicação predominantemente biológico e reconheceu a importância de aspectos sociais (“diferenças entre os sexos”) na configuração dos processos saúde-doença mental. Antes disso, em 2000, atestou que a discussão dos determinantes de saúde mental para as mulheres deveria se mover do foco no estilo de vida individual para o reconhecimento de sua interação com fatores ambientais, legais e econômicos mais amplos e relacionados às diferenças de gênero que afetam a saúde feminina (WHO, 2000). Em 2008, afirmou que iniquidades de gênero influenciam a saúde através de padrões discriminatórios, da violência contra a mulher, da falta de acesso a recursos e oportunidades, da falta de poder de decisão sobre a própria saúde, entre outros fatores (WHO, 2008).

Como afirma Basaglia (1987), é evidente que existem diferenças de classe, margens de liberdade ou de privilégio, níveis de opressão ou de consciência, diversos direitos e oportunidades. Há, ainda, de se considerar a instalação de uma nova ordem social que requer novos papéis e funções com base na reestruturação da divisão social (e sexual) do trabalho. Tudo isso proporciona diferentes destinos às mulheres, bem como diferentes modos de expressar as suas problemáticas. Todavia, existe um denominador comum entre elas e que, segundo a autora, corresponde a um primeiro nível de opressão: o fato de ter nascido mulher dentro de uma cultura na qual isto, por si só, é um menosprezo.

Basaglia (1987) refere-se às condições particulares de vida das mulheres que, embora tenham ingressado no mundo produtivo e conquistado novos direitos contra uma cultura de controle e domínio, ainda mantêm firme e sustentadamente esta mesma cultura. Diferenças entre homens e mulheres foram ideologicamente e artificialmente definidas enquanto uma debilidade natural para elas. Tal debilidade foi se acentuando até se constituir numa desigualdade em termos de poder e, na nossa sociedade, quem é débil é um potencial objeto de

violência, não apenas da violência física, mas também violências causadas por meio da força psicológica e até da força econômica (idem).

As desigualdades de poder advindas das condições de vida mais gerais de homens e mulheres têm grande peso sobre a saúde mental. Kadri e Alami (2009) chamam a atenção para o peso dos fatores sociais na etiologia de certas doenças, principalmente para as mulheres. Claro que, tal qual Basaglia, as autoras reconhecem que as condições femininas diferem dependendo do país, de sua política e de seu grau de abertura para valores humanos universais. Variam também num mesmo país dependendo se é uma zona rural ou urbana, e pode mudar ainda numa mesma cidade, se é um bairro ou outro. Mas ocorre que, no geral, as mulheres têm um *status* social mais baixo que os homens, apesar da sua maior participação em esferas como a da família, tarefas comunitárias, na reprodução e na procriação (idem: 46). E isto acontece em escalas globais, em países do ocidente ou não.

Kadri e Alami (2009) mencionam alguns aspectos relacionados com questões de gênero que repercutem negativamente na saúde mental das mulheres: os múltiplos papéis, em especial os que agregam maternidade + trabalho doméstico + trabalho assalariado; o *status* marital, que pode ser fator protetivo ou não da saúde mental para ambos os gêneros, e o número de filhos; os impactos da violência física e sexual, inclusive aquelas que ocorrem no âmbito da família; o analfabetismo, principalmente em áreas rurais de diversos países; os casamentos tradicionais arranjados e os efeitos da poligamia, ambos muito comuns em países árabes; a sexualidade quando fora dos quadros mais autorizados socialmente; os efeitos da circuncisão feminina, prática ainda recorrente em países africanos, mesmo em mulheres com nível socioeconômico mais elevado.

Alguns estudos sobre a depressão nas mulheres, segundo Burin (2012), consideram dois tipos de fatores sociais: primeiro, os fatores ou “agentes provocadores”, que são aqueles incluem perdas, sobretudo, por morte; depois, os fatores de “vulnerabilidade” como, por exemplo, ter três ou mais filhos pequenos em casa. Outros estudos que destacam os fatores de “predisposição”, que incluem, por exemplo, experiências na infância que deixam os sujeitos mais predispostos a sofrer de uma enfermidade mental (como a experiência de incesto nas meninas), e, ainda, os fatores de “precipitação”, que operam no momento em que se inicia a enfermidade, como as migrações. Por outro lado, existem os fatores de “proteção” face às condições de risco, que incluem a inserção social ou laboral de um sujeito, que funcionam como prevenção para impulsos suicidas ou toxicomanias. Grande parte desses estudos destaca como papéis de gênero afetam os modos de adoecimento feminino. Burin (2012) relata que, entre os

papéis em destaque, estão o papel maternal, o papel conjugal, o papel de dona-de-casa, o duplo trabalho de trabalhadora doméstica e extra-doméstica. Outro aspecto que merece atenção é a tendência das mulheres em maternizar todos os seus papéis para além da especificidade do papel maternal. Tal papel é cansativo, mas a maioria das mulheres não o reconhece enquanto verdadeiro trabalho por ele ser “invisível” (idem).

Nessa direção, Burin (2012) informa sobre um novo modelo de concepção da saúde mental das mulheres. Intitulado de “tensional-conflictivo”, tal modelo visualiza as mulheres como um grupo social que padece de condições opressivas de existência, principalmente em suas vidas cotidianas, e isto produz modos específicos de adoecer para elas. As experiências cotidianas que envolvem risco para a saúde mental giram em torno especialmente da maternidade, da sexualidade e do trabalho feminino. Esta forma de problematizar gênero e saúde mental tem enfatizado a necessidade de se analisar as relações de poder inter gênero (entre homens e mulheres), intragênero (entre as próprias mulheres) e os seus efeitos sobre os modos de adoecer as mulheres. A sua noção é de que as mulheres não são sujeitos com uma “essência”, mas são sujeitos que vão se construindo em relação com seus modos de existência concretos.

Eis que a categoria gênero tem sido incorporada cada vez mais para compreender melhor o panorama da saúde mental, principalmente feminina. Diferente do sexo, que diz respeito às categorias biológicas das pessoas e que não se altera tanto ao longo do tempo, o gênero se mostra de forma muito mais dinâmica, recompondo-se e mudando as suas configurações em função das mudanças dos valores e das estruturas sociais (Tavares, 2016). Com isso, mudam as condições de existência de homens e mulheres, suas formas de “estar no mundo” e, conseqüentemente, os riscos e impactos à sua saúde mental. Entretanto, também é preciso problematizar como os traços sociais e culturais configuradores de modelos hegemônicos de masculinidade/feminilidade influenciam a saúde mental dos homens.

Pouco foi investigado sobre os determinantes que afetam negativamente a saúde mental de homens. Sobre isto, Bonino (2000) informa que muitos problemas psicossociais vivenciados por eles em contexto ocidental – como o alcoolismo, a toxicodependência, o suicídio – também têm relação com a forma pela qual são socializados. Muitos casos de sofrimento mental estão fortemente associados com um estilo de vida guiado por um modelo de masculinidade que engloba situações de violência, abuso de substâncias psicoativas, riscos, poder, entre outros. Lazarevich e Mora-Carrasco (2010) também atestam que a socialização para o gênero masculino se apresenta de maneira negativa e é caracterizada por condutas de

risco que podem resultar em problemas de saúde mental. Para os autores, ainda que os homens, historicamente, tenham sido designados a possuir mais chances de realização pessoal e mais benefícios nas esferas sexual e laboral, isto também pode incidir em problemas de saúde. Burin (2012) acrescenta que, para os homens, a baixa condição socioeconômica também está relacionada com a sua saúde mental: altos ingressos econômicos podem atuar como fator protetivo para quadros psicopatológicos como a depressão, por exemplo. Igualmente, Kaufman (1995), que considera que um sistema de poder patriarcal privilegia os homens e estigmatiza, penaliza e oprime as mulheres, argumenta que a vida dos homens abarca uma combinação de, por um lado, poder e privilégios e, por outro, de dor e carência de poder. Pelo fato de serem homens, gozam de poder social e privilégios, mas a maneira como vivenciam este mundo de poder pode causar dor, isolamento e alienação tanto para as mulheres, quanto para os homens. O poder social dos homens é, ao mesmo tempo, a fonte de seu poder e privilégios individuais, bem como a fonte de sua experiência individual de dor e alienação.

Assim, as condições sociais de vida impostas para homens e mulheres são diferentes e, no geral, mais desfavoráveis para elas. Afinal, como aponta Welzer-Lang (2001), os homens dominam individual e coletivamente as mulheres nas esferas privada e pública. Todavia, o peso de uma socialização de gênero pode deixar ambos vulneráveis no que diz respeito à qualidade da saúde mental. O reconhecimento do gênero enquanto produtor social de adoecimento ajuda a subsidiar a formulação de políticas de saúde mental mais atentas para as diferentes necessidades do segmentos populacionais.

2.2 Gênero na construção e operacionalização de dados epidemiológicos psiquiátricos

No tópico anterior foi visto que determinantes estruturais afetam de maneiras diferentes a saúde mental masculina e feminina. Como, no geral, as mulheres têm um *status* social mais baixo, elas podem ter uma maior vulnerabilidade (social²⁷) a sofrer com problemas de saúde mental. Mas esta é apenas a tendência mais manifesta para tentar compreender, a partir de uma ótica de gênero, uma maior representação feminina nas taxas epidemiológicas. Convém analisar tanto a prevalência de certas doenças mentais quanto o processo de medicalização que tem se apresentado nas sociedades ocidentais. Aqui surge outra interface entre o gênero e o

²⁷ Devemos lembrar que a doença mental é um fenômeno atravessado por aspectos sociais, biológicos, psicológicos, culturais, sociais etc. Portanto, afirmar que as mulheres podem ter uma vulnerabilidade **social** maior aos transtornos mentais não significa concordar que elas têm uma disposição natural para eles.

campo da saúde mental: através da construção e operacionalização dos dados epidemiológicos psiquiátricos.

Quanto à saúde em geral, é mais comum que homens apresentem taxas de mortalidade mais alta e taxas de longevidade mais baixa face as mulheres. Elas, por sua vez, tendem a apresentar taxas de morbidade (inclusive de doenças mentais) e longevidade mais altas (Burin, 2012; Tavares, 2016).

Quanto à saúde mental, é já conhecida e registrada através de trabalhos uma maior representação feminina nos serviços especializados ao longo da história (Basaglia, 1987; Busfield, 1996; Ordorika Sacristán, 2009). Em séculos passados, especialmente na Europa, foi registrado um maior número de mulheres que de homens internados em asilos e outras instituições de tratamento (Busfield, 1996; Chesler, 1972; OMS, 2001; Ortega Ruiz, 2011). Mas, segundo a OMS (2001: 41) informa, não se sabe ao certo se este fato ocorreu devido a uma real prevalência de doenças mentais em mulheres ou se elas eram as que se apresentavam mais para o tratamento. De uma maneira ou outra, estes dados do passado estão bastante imbuídos de questões de gênero.

Como informa Tavares (2016: 104), existe a possibilidade de “os dados distorcerem a realidade por assentarem em artefactos causados pela forma como são produzidos, chamando a atenção para a necessidade de submeter os dados relativos à distribuição da taxa de morbidade em função do sexo a uma reflexão epistemológica e metodológica prévia”. Neste sentido, quanto aos dados epidemiológicos psiquiátricos, autoras (Chesler, 1972; Busfield, 1996; Ortega Ruiz, 2011) argumentaram, por exemplo, que as altas taxas de mulheres nas estatísticas de saúde mental se devia a enviesamentos de gênero nas metodologias aplicadas para medir os quadros de adoecimento. Por exemplo, Ortega Ruiz (2011) informa que, à semelhança de outros contextos geográficos e socioculturais, na Espanha, condutas consideradas anormais, quando praticadas por homens, não davam suspeita de doença mental. Porém, quando realizadas por mulheres, eram patologizadas. Assim, mulheres eram muito mais catalogadas de histéricas, delirantes ou depressivas, o que mostra uma íntima relação entre política de gênero e medicina mental, bastante fundamentada em valores e condicionantes de caráter não científico (idem).

Os números, portanto, não necessariamente “falam por si”. É necessário pensar além dos dados epidemiológicos. Tais dados frequentemente sugerem uma relação natural entre mulheres e doença mental (Busfield, 1996). Esta ideia não é recente e, segundo Astbury (1999),

tem resistido às mudanças (históricas, socioculturais) e estado presente na longa história da histeria²⁸ e na crença de que mulheres têm uma tendência inata à doença.

Tal ideia não é difícil de ser aceita porque o próprio discurso médico, portador de grande autoridade, valida isto. Como informa Nogueira (2001), desde os textos medievais, passando pelo Renascimento até a revolução Iluminista, o discurso médico refere o corpo feminino como uma cópia defeituosa do corpo masculino. Bourdieu (2002) informa que, devido ao fato de os corpos masculino e feminino serem vistos como duas variantes, uma superior e outra inferior, da mesma fisiologia, torna-se possível entender o porquê de até o Renascimento não se utilizar uma terminologia anatômica específica para descrever o sexo da mulher. Inclusive, muitos anatomistas, no começo do século XIX, buscavam no corpo feminino justificar o seu estatuto social apelando para oposições tradicionais como interior *versus* exterior, sensibilidade *versus* razão, atividade *versus* passividade.

Quando o discurso médico se apropria de determinada temática, muitas vezes a restringe aos seus componentes biológicos. Em suma, a biofisiologia feminina seria a fonte etiológica de vários distúrbios físicos ou psíquicos: em casos mais extremos, por volta do século XIX, muitas mulheres foram submetidas a cirurgias de retirada do útero e/ou ovários, já que se pensava que estes órgãos eram considerados os responsáveis por fazê-las doentes. As indicações para a cirurgia eram variadas: alimentação excessiva, caráter queixoso, masturbação, tentativa de suicídio, tendências eróticas, mania de perseguição, amenorreia, enredos amorosos, forte apetite sexual (Sáez Buenaventura, 1979). Sob esta lógica, não seria uma surpresa que as mulheres fossem as mais atingidas por problemas de saúde mental, pois os seus corpos seriam mais “vulneráveis”.

Nas origens do saber psiquiátrico, certas práticas médicas mostram a identificação entre o corpo das mulheres e a loucura: a injeção de água gelada no ânus, a introdução de gelo na vagina, a extirpação do clitóris ou de órgãos sexuais internos. Estas eram técnicas de cura utilizadas pelo alienismo europeu do século XIX, mas revelam mais por baixo o controle da sexualidade feminina (Cunha, 1989: 130). Sob outras roupagens, este controle continua a acontecer.

²⁸ Mesmo quando era diagnosticada em homens, a histeria estava relacionada com traços supostamente “femininos”. Engel (2008) aponta que, apesar de ter sido considerada uma doença eminentemente feminina, várias pessoas do sexo masculino foram conduzidas ao hospício no começo dos anos republicanos no Brasil. Neste contexto, a personalidade masculina histérica era marcada pelos seguintes traços: homens extremamente volúveis e suscetíveis, vivamente impressionáveis e excessivamente vaidosos e caprichosos. Acreditava-se, porém, que, neles, a doença estava associada com uma herança transmitida pelo lado materno.

Busfield (1996) informa que, para muitos (o que inclui perspectivas desde o senso comum até o discurso científico), a relação mulher/doença mental ocorre por conta de duas presunções: primeiro, a de que as mulheres são biológica e psicologicamente inferiores aos homens, por isso, são mais voláteis, emocionais e irracionais; depois, a presunção de que elas são, por “natureza”, mais vulneráveis a tensões e estresses da vida cotidiana e, conseqüentemente, mais predispostas a se tornarem mentalmente doentes. Sem aderir a qualquer das possibilidades, Busfield (idem: 13-14), com quem concordamos, afirma que acreditar que a doença mental é naturalmente mais comum entre mulheres que entre homens é, ao mesmo tempo, um reflexo e uma justificção das/para as várias diferenças entre masculino e feminino. Como afirma Astbury (1999), teorias cegas para o gênero insistem em argumentar que as mulheres têm uma vulnerabilidade principalmente biológica para a doença mental.

A saúde mental das mulheres foi historicamente concebida estando relacionada com o seu aparelho reprodutor através de aspectos como a menstruação, a gravidez, o parto, a lactância, o puerpério, o climatério, etc. (Astbury, 1999; Burin, 2012; Cunha, 1989; Ortega Ruiz, 2011; Rosa, 2015; Saez Buenaventura, 1979). Dentro dessa lógica biologizante/biomédica (e gendrada), Rosa (2015) informa que a literatura do campo da saúde/da saúde mental investiu de modo maciço na perspectiva da saúde da mulher, nomeadamente a partir de dois fatores. Primeiro, pelas funções reprodutivas femininas, o que direcionou a perspectiva da área médica, no geral, para a díade materno-infantil. Depois, e associada com o primeiro fator, pela ênfase no ciclo vital das mulheres, que envolve grandes períodos de mudanças hormonais, da menarca ao climatério. Os estudos inseridos nesta tendência focam nos transtornos depressivos da síndrome menstrual, da tensão pré-menstrual, do transtorno disfórico pré-menstrual, bem como investigam a relação entre transtornos de humor associados à gravidez, ao puerpério e à menopausa (idem: 39). Igualmente, Zanello (2010) informa acerca de uma perspectiva biologizante na interpretação dos dados epidemiológicos psiquiátricos relacionados à ansiedade e à depressão. Segundo a autora, esta corrente tem ganhado força a partir dos avanços da técnica e com a expansão da indústria farmacêutica, mas está inscrita na história ocidental desde a Grécia Antiga: “a mulher é vista como um corpo, como era a própria histeria, na época de Hipócrates, compreendida como o resultado de um útero que vagava no ventre das mulheres e produzia crises” (idem: 309).

Mas, se até hoje é possível verificar a forte atenção sobre a interface entre funcionamento reprodutivo e saúde mental feminina, o mesmo não se pode dizer sobre a inclusão das mulheres nas pesquisas pertencentes a outros assuntos médicos. Até a década de

1990, houve um atraso para coletar evidências quanto à saúde mental feminina para além do seu sistema reprodutor e Astbury (1999) avalia que isto pode ser interpretado desde uma perspectiva de gênero. Por exemplo, em países desenvolvidos, foi descoberto apenas posteriormente o vínculo que existe entre depressão e doenças cardiovasculares (morbilidade e mortalidade) para mulheres. Uma das razões para este atraso, segundo a autora, é que temas como “menstruação” ou “gravidez” foram considerados incompatíveis com o *design* da pesquisa androcêntrica. Outra razão é que os homens, pela média, desenvolvem doença coronária do coração mais cedo que mulheres (idem). É como se eles, neste contexto, fossem mais “merecedores” de atenção. Para sintetizar, recorremos a Connell (2003), que afirma que as metáforas que guiam a investigação científica, o “impessoal” de seu discurso, as estruturas de poder e comunicação da ciência, a reprodução de sua cultura interna, etc. surgem, muitas vezes, da posição social de homens dominantes em um mundo estruturado tomando como base o gênero.

Desde esta mesma lógica androcêntrica, Maluf (2010) refere estudos que observaram diferentes formas de acolher, por partes de profissionais, as queixas de homens e de mulheres sobre a própria saúde. O tempo para diagnosticar uma mulher vítima de um infarto é maior que o de um homem que apresente o mesmo problema. Esta diferença ocorre, provavelmente, devido à falta de acolhimento da queixa feminina como um sintoma de um problema “real” (idem: 62). Igualmente, Silveira (2000: 85), antropóloga com formação em medicina, admite que foi treinada “para considerar grave, por princípio, um caso masculino de uma pessoa aparentemente em coma, mas a pensar em *piti*²⁹, em primeiro lugar, se for uma mulher”. Fica evidente que, no caso das mulheres, é preferível checar antes se não se trata de um sintoma “mental”, já que, por este olhar, elas somatizam mais (Maluf, 2010; Zanello, 2014a).

Por sua vez, Burin (2012: 4-5) também informa sobre alguns paradigmas existentes para explicar a saúde mental das mulheres. Um deles, o “modelo psicopatológico”, tem como formulação geral a ideia de que “as mulheres são todas loucas um pouco”. Sua racionalidade se baseia numa rígida distinção entre o “normal” e o “patológico” e a sua fundamentação refere problemas como “febre uterina”, “transtornos hormonais”, “etapas vitais”, não surpreendente sempre relacionadas com a reprodução, a menstruação, a menopausa. Ou seja, seus princípios são biologicistas, a-históricos, a-sociais, essencialistas. Outro modelo, o “emotivo-sensível”, que se baseia num critério de saúde equiparada ao equilíbrio e harmonia, tem como formulação geral “as mulheres são saudáveis até que possam manter seu equilíbrio emocional e harmonizar

²⁹ No Brasil, a expressão popular “dar *piti*” significa manifestar uma postura “histérica”, ter um ataque nervoso.

os afetos entre aqueles que as rodeiam”. Sua racionalidade recai sobre a “sensibilidade feminina”, equiparada à saúde mental, que consiste em harmonizar os problemas da vida cotidiana que tensionam as relações familiares e domésticas. Tal como o modelo psicopatológico, este modelo emotivo-sensível também essencializa as mulheres.

Assim, historicamente, a suposta natureza feminina frágil tem reservado às mulheres determinados lugares na vida social. E isso tem relação com o seu corpo, num sentido biológico, que, segundo Rosa (2015), ganhou uma conotação negativa, reforçada inclusive pela ideologia cristã. Como informa Basaglia (1987), todas as fases da história das mulheres passam por modificações e alterações de um corpo que está quase sempre relacionado com a natureza. Nossa cultura indica que tudo o que as mulheres são tem a ver com a natureza: são frágeis por natureza, doces por natureza, maternais por natureza, estúpidas por natureza, sedutoras por natureza, pérfidas e amorais por natureza – características disseminadas com força pela misoginia e pelo patriarcalismo judaico-cristão (Sáez Buenaventura, 1979). Ainda, segundo Falconnet e Lefaucheur (1977), as qualidades masculinas e femininas, tidas como naturais e eternas, são conservadas por uma literatura “científica” que frequentemente restringe a questão a um caso de hormônios e biologia. E a biologia não está presente apenas nas diferenças entre homens e mulheres como um todo, mas na diferença entre pessoas de diferentes raças/etnias. Cunha (1989) ressalta que uma ideia forte entre apologistas da medicina asilar no Brasil do começo do século XX consistia na crença de que, entre as próprias mulheres, as negras eram mais frágeis e propensas à loucura devido à sua própria condição biológica. Mais uma vez, esta informação merece ser analisada, para além de termos biológicos, em termos de práticas sociais. Se pensamos, por exemplo, na existência de setores sociais considerados “inferiores” na escala social e na escala da “civilização” (negros e, principalmente, as negras, vistas como mais afeiçoadas à perversão e ao exercício desregrado da sexualidade): as mulheres negras estavam (e estão ainda) no “fim da fila” e, por isso, não é extraordinário constatar que as condições sociais favoreçam a sua vulnerabilidade a problemas de saúde mental.

Entre tantas esferas da vida nas quais eventuais negatividades estão associadas à uma suposta fragilidade natural feminina, a saúde mental é apenas uma delas. E eis que as mulheres seguem sendo, ao menos nas sociedades ocidentais, os depósitos da anormalidade, da patologia e da loucura humana (Bonino, 2000).

A importância de se verificar as dimensões biológicas da saúde mental das mulheres é inegável. Os limites surgem a partir do momento em que se restringe o âmbito do “mental” ao biológico e as interpretações a respeito se tornam essencializadas. Surgem quando as

presunções a respeito de vulnerabilidades de cunho biológico/psicológico ofuscam o peso dos fatores sociais e históricos.

As presunções, entretanto, não estão restritas às mulheres. Desde uma visão binarista e essencializada sobre masculino e feminino, se as mulheres são sinônimo de fragilidade, os homens são sinônimo de solidez. Como informa Sáez Buenaventura (1979), na nossa cultura e civilização, o homem é definido desde sempre como animal racional e inteligente. Esta ideia se reflete também nas pesquisas, práticas, políticas e discursos referentes à saúde mental. A partir daí é possível pensar porque os homens ainda não constituem alvo de práticas e teorias suficientes.

Podemos visualizar isto através das próprias questões biológicas quando relacionadas com a saúde mental masculina. A ligação entre “masculino e biologia” não ocorre com a mesma força pela qual ocorre quando relacionada com o feminino. Neste caso, Astbury (1999) informa que, nos estudos, os esforços em constatar a influência do funcionamento reprodutivo das mulheres sobre a sua saúde mental parecem não ser os mesmos quando se trata dos homens. Segundo a autora, os impactos que o funcionamento reprodutivo masculino poderia exercer sobre a saúde mental têm sido amplamente ignorados. Isto parece significar que os homens ou não possuem um funcionamento reprodutivo, ou não são afetados mentalmente por eventos e condições como a infertilidade, a prematuridade extrema, o nascimento de um bebê morto ou a perda do feto por aborto, a transição para a paternidade (idem). É possível enxergar um viés de gênero neste dado, haja vista que todos estes eventos biológicos têm larga relação com aspectos sociais. Ora, historicamente, é para as mulheres e não para os homens que são designadas as tarefas (e emoções) em torno de se ter filhos. Neste sentido, o que ocorre é uma extensão de funções reprodutivas “típicas” das mulheres (por se tratar do corpo feminino) para as ações de cuidadora, “circunscritas à divisão sexual do trabalho” (Rosa, 2015: 38). Como argumenta Silveira (2000: 84), biologia e cultura acabam se entrelaçando de maneira a proporcionar reforço recíproco.

Quanto às dimensões sociais sobre a saúde mental dos homens, também há certo pendor em não focar na condição masculina. Isto tem uma relação muito forte com o imaginário social sobre o masculino. Rosa (2015) afirma que se as mulheres, no imaginário social cristão, foram associadas à natureza; os homens foram associados à cultura e à esfera pública e, além disso, às características de força, razão, virilidade, autoridade, provimento de recursos para a família. Segundo Bonino (2000), o masculino e seus valores seguem, ainda, na cultura ocidental e, conseqüentemente, no âmbito da saúde mental, enquanto paradigma de normalidade, saúde,

maturidade e autonomia. Parecem não requerer interrogação. Se do modelo masculino derivam as “normas” e, portanto, as noções de saúde e sanidade, as suas práticas permanecem, frequentemente, inquestionadas e silenciadas por serem vistas como “normais”. Portanto, o que ocorre com as mulheres é que elas permanecem ocupando a posição oposta na dicotomia do espaço simbólico saúde-doença, a saber, a de anormalidade/patologia/insanidade (idem). Os homens, por sua vez, são associados com a norma, isto é, com a racionalidade e a razão e, por conseguinte, com a “saúde”.

Percebe-se que a “norma” diz respeito à racionalidade e à agência. Já o “desvio da norma” diz respeito à irracionalidade e à passividade. Percebe-se, ainda, que a oposição entre ativo-passivo está no coração do contraste cultural entre masculinidade e feminilidade. Portanto, noções de agência, passividade, (a)normalidade, (ir)racionalidade, entre outras, são altamente gendradas (Busfield, 1996: 105). Eis que, na sociedade ocidental, o argumento consiste no fato de que o masculino é modelo de normalidade e de saúde, tal qual o feminino é modelo de anormalidade e de patologia. O oposto da normalidade implica em um estigma social que, de acordo com Fleiz Batista, Sugiyama, Icaza e Lira (2008), acaba fazendo com que homens tenham dificuldade em aceitar e enfrentar os estados de ânimo negativos que afetam a sua qualidade de vida.

A crença na “normalidade masculina” acaba proporcionando alguns paradoxos, conforme Bonino (2000). O primeiro é que, nos homens, a doença tende a se apresentar de maneira imprecisa por não ser considerada domínio de alguma teoria no campo da saúde mental e, logo, não ser alvo de estudos e tratamentos suficientes. O segundo paradoxo é que, embora as mulheres tenham sofrido os efeitos da medicalização e que vários aspectos de suas experiências de vida tenham sido “anormalizados” e “psiquiatrizados”, elas, por este mesmo motivo, foram incorporadas ao campo da saúde mental e tiveram, ainda que de modo discutível, suas problemáticas discutidas em estudos e práticas (idem).

Bonino (2000) sublinha ainda o avanço realizado na esfera de investigações e práticas em gênero e saúde mental, nomeadamente entre as que focalizam a subjetividade feminina. Os empenhos são feitos no sentido de compreender a construção desta subjetividade, de desconstruir ideias sobre a feminilidade, de repensar modos de produção dos mal-estares das mulheres e de mudar abordagens terapêuticas. Ordorika Sacristán (2009) confirma esta tendência e enumera algumas linhas de investigação da sociologia feminista que privilegiam os problemas de saúde mental das mulheres. É claro que, de uma maneira geral, estes contributos foram e são fundamentais para promover a despsiquiatrização, a despatologização (Bonino,

2000) ou, ainda, a desmedicalização (Maluf, 2010) das mulheres. Mas, em contrapartida, os homens permanecem à sombra. Há, assim, uma questão de gênero envolta neste fato.

Parece-nos, neste ponto, interessante reafirmar que, no território da saúde mental, convém realçar mais as relações entre os gêneros do que, apenas, as mulheres (Busfield, 1996). Com isto, torna-se imperioso problematizar a alta representação feminina e uma menor representação masculina com relação às doenças mentais para além da “evidência” dos dados epidemiológicos psiquiátricos. Sem desconsiderar a possibilidade (e gravidade) real do sofrimento mental, convém investigar se não está a haver, atualmente, como afirma Maluf (2010: 26), uma “(re)medicalização” do corpo e da vida e, mais ainda, do corpo e da vida das mulheres. No Brasil, especialmente, este fenômeno não mais se restringe às classes médias e altas, mas agora acomete, cada vez mais, mulheres de classes populares (Diehl, Manzini e Becker, 2010; Hita, 1998; Silveira, 2000), rurais (Costa, Dimenstein e Leite, 2015) e indígenas (Maluf, 2010). Também é necessário questionar se os homens, por sua vez, não estão tendo as suas experiências de sofrimento mental silenciadas, sufocadas e negligenciadas. Tal qual afirma Bonino (2000: 2), a “ilusão de normalidade” dos homens contribui para deixá-los fora das estatísticas e dos dispositivos de saúde mental.

Além disso, como afirmam Lazarevich e Mora-Carrasco (2010), pedir ajuda é algo mais comum a uma conduta feminina. Homens não costumam verbalizar os seus problemas como mais facilmente fazem as mulheres e isto pode contribuir também para deixá-los fora das estatísticas. No Brasil, o documento que oficializa a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem informa que os homens praticamente não adentram os serviços de atenção à saúde primária porque apenas procuram tratamento (nos serviços de média e alta complexidade) quando as suas doenças já atingiram um nível grave. Além da dificuldade de os homens reconhecerem as suas necessidades, há ainda o fato de, no cenário brasileiro da saúde, os serviços e as estratégias de comunicação priorizarem ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso (Brasil, 2008).

Com isto, torna-se imperioso problematizar a alta representação feminina e a baixa representação masculina com relação à doença para além da “evidência” dos dados epidemiológicos psiquiátricos porque a realidade dos mesmos é perpassada por questões de gênero. Os dados acabam sendo produtos sociais e mostram que não é sólido afirmar que haja uma ligação particular entre doenças mentais e mulheres e, segundo Busfield (1996), principalmente quando se confronta isto com o episódio da “feminização da loucura”, que passou a ocorrer apenas a partir do século XIX. Em outras palavras, podemos afirmar que, em

termos históricos, é um fenômeno relativamente “novo”, contrariando a ideia de uma “natureza feminina” predisposta à enfermidade. Por outro lado, como orienta Bonino (2000), é preciso aprofundar cada vez mais a problematização e a desconstrução da ilusão de normalidade masculina, nomear o patológico silenciado e, ao contrário do que é mais comum ocorrer com as mulheres, “desnormalizar” os homens e a masculinidade, entregando-lhes a “parcela” de “anormalidade” e patologia humana que lhes corresponde. Certamente, assim, eles vão aparecer mais, não apenas nas pesquisas, mas, sobretudo, nos dispositivos práticos de saúde mental.

Por fim, é preciso ir além da “objetividade” dos dados epidemiológicos porque, como afirma Zanello (2010), eles são tratados como índices e os sujeitos (homens e mulheres), por sua vez, acabam sendo calados enquanto subjetividade que faz história e que produz sentidos que podem estar por trás dos adoecimentos. A leitura dos dados deve estar munida de um olhar mais apurado para a própria história e para a cultura.

2.3 Gênero na sintomatologia e na condução de categorias diagnósticas

A OMS (2001) reconhece a pluralidade de culturas e grupos ao redor do globo, que, por serem portadores de características de gênero, classe, raça/etnia precisam de políticas de saúde mental específicas. Quanto às diferenças de gênero, especificamente, a OMS revela que pesquisas realizadas tanto em países desenvolvidos, quanto em países em desenvolvimento mostram que, ao contrário do que ocorria em séculos passados, em que a presença feminina era maior que a masculina nas intuições para tratamento, a prevalência geral de doenças mentais é basicamente a mesma nos dois sexos atualmente. As variações recaem sobre o tipo de transtorno. Por exemplo, enquanto a depressão é mais comum para as mulheres, os transtornos devido ao uso de substâncias psicoativas ocorrem com mais frequência para os homens (idem).

Há, aqui, mais uma interface entre o gênero e o campo da saúde mental: a que pode ser observada a partir da sintomatologia e da atribuição de diagnósticos psiquiátricos para homens e mulheres. Por exemplo, podemos pensar no “choro”. Como informa Zanello (2014a), a presença/ausência do choro é um dos sintomas considerados no diagnóstico da depressão. Na nossa sociedade, é possível ver uma maior “facilidade” para chorar das mulheres em comparação aos homens, que “desaprendem” a chorar (idem; Zanello, 2016). Geralmente, mulheres também falam mais abertamente dos problemas que vivenciam, ao contrário dos homens, que, principalmente quanto ao foro psicológico, tendem a verbalizar menos. Logo, pode ocorrer, muito mais frequentemente, o diagnóstico da depressão para elas. Não é exagero dizer que isto pode acontecer, muitas vezes, de maneira quase automática.

A questão é que os homens também sentem tristeza embora não a expressem sempre através do choro. Podem fazê-lo de outras formas, por exemplo, através de posturas agressivas. Lazarevich e Mora-Carrasco (2010) sugerem que isto poderia ser explicado da seguinte forma: frequentemente, a depressão engloba sintomas como a perda de controle, de poder, da vulnerabilidade emocional, que também correspondem a características que se opõem à masculinidade hegemônica. O risco é que os sintomas depressivos nos homens possam não ser diagnosticados. Eis que processos de socialização diferenciais conforme o gênero é masculino ou feminino podem gerar diagnósticos diferentes (Tavares, 2016).

Mesmo que a medicina ocidental tenha trazido a lógica de universalizar sintomas e sinais, contabilizando-os em termos de sua frequência na população, é possível uma densa participação de estereótipos de gênero na formação dos mesmos. Enquanto normalmente se atribuiria as diferenças de diagnósticos/sintomatologia entre homens e mulheres à biologia, a cultura mostra que as próprias formas de medição têm valor limitado (Zanello, 2014a). Desta maneira, também é preciso pensar nos fatores sociais em ordem para entender a distribuição dos diagnósticos, incluindo as diferenças de gênero nos seus modos de expressão (Busfield, 1996).

Segundo Zanello (2014a), embora a psiquiatria afirme a sua neutralidade, é possível perceber que muitos diagnósticos fundamentados por pensamentos, atitudes, emoções, comportamentos (sintomas) são, na realidade, mais ou menos gendrados. A ordem de gênero está presente na maneira como se enfrenta e se nomeia as situações na leitura da doença, seja para homens ou mulheres. A leitura desses sintomas ou a análise das queixas, no interior da nossa sociedade, conduz a certos diagnósticos. Medo, ansiedade e tristeza são emoções mais comumente atribuídas ao feminino (idem). Categorias diagnósticas são construídas em torno dessas emoções, o que pode acabar diagnosticando mais mulheres que homens (Busfield, 1996; Chesler, 1972; Zanello, 2014a), pelo menos no que se refere a alguns diagnósticos. Não é por acaso, tal qual informam Kadri e Alami (2009: 37), que mulheres são, pelo menos, duas vezes mais propensas que homens a sofrer de ansiedade e depressão, incluindo a depressão unipolar, a distímia, o transtorno do pânico, o transtorno do stress pós-traumático, o transtorno generalizado de ansiedade, o transtorno de ansiedade social e fobias dos mais diversos tipos.

Pensemos, por exemplo, em certos sintomas emocionais da depressão (choro “imotivado”, tristeza) ou da ansiedade (medo extremo): eles coincidem com características mais associadas às mulheres que aos homens. Também não é à toa que mulheres jovens sejam as mais diagnosticadas com transtornos alimentares como a anorexia nervosa e a bulimia

nervosa. Novamente, pensemos em sintomas como sentir medo de engordar ou ficar acima do peso ideal, ter uma imagem corporal distorcida, não comer ou comer em demasia e, logo depois, ir ao banheiro: tudo isto pode ter vínculo com a pressão social pela eterna juventude e corpo magro exercida não apenas, mas, sobretudo, sobre as mulheres. Como afirma Bordo (1997), o corpo da pessoa com anorexia reflete uma caricatura do ideal contemporâneo de esbeltez exagerada para as mulheres, que ignora diferenças étnicas e raciais. Em suma: “parâmetros diferentes orientam a construção da ‘loucura’ – e, portanto, da ‘normalidade’ – para cada um dos sexos, remetidos a um desenho idealizado dos papéis sexuais e dos diferentes atributos de gênero” (Cunha, 1989: 126).

Enquanto as mulheres, por manifestarem sintomas que coincidem com traços socialmente atribuídos à feminilidade hegemônica e, por isso, podem ser diagnosticadas mais facilmente com certas doenças (Chesler, 1972; Ussher, 2013), muitas “anormalidades masculinas” que, por ventura, possam ser “diagnosticáveis”, frequentemente são validadas apenas no âmbito do judicial/penal. Por fazerem alusão à maldade, ao comportamento desviante ou ao comportamento antissocial, são mais castigadas e punidas do que tratadas (Bonino, 2000). Chesler já tinha falado sobre isto na década de 1970 para se referir ao contexto estadunidense em meados do século XX. De acordo com a autora, os homens, quando agem com “exagero” face à masculinidade, são usualmente rotulados de criminosos ou sociopatas, mais que como esquizofrênicos ou neuróticos. Assim, a masculinidade “exagerada” não tende a levar ao diagnóstico psiquiátrico. Mas a feminilidade exagerada sim, bem como o seu oposto (apresentação de características pouco “femininas” por mulheres). Há variações entre as próprias mulheres, o que demonstra mais uma vez o gênero enquanto *linking concept* (associado com classe, raça/etnia etc). Sobre isto, Cunha (1989: 138-139) informa que, nos internamentos de mulheres no hospital Juquery em São Paulo no começo do século XX, a atribuição de diagnósticos para mulheres negras era mais rígida que para outras categorias de mulheres. Bastava pensar nas suas características raciais “e agregar as rubricas de imbecibilidade ou da degeneração inferior, como se nelas a inferioridade do ‘espírito’ estivesse inscrita em suas peles escuras, em seus narizes achatados ou em seus cabelos duros”. As mulheres de classes marcadas pela “respeitabilidade”, por sua vez, recebiam outro tipo de classificações nosográficas: geralmente, eram descritas com adjetivos que simbolizavam o exagero na execução de algumas características “femininas” – ser sensível demais, imaginativa demais, possuir pouca reflexão intelectual, vaidade demais e assim por diante.

Ao contrário, os homens têm mais possibilidade de serem diagnosticados quando apresentam traços femininos. Se se portam como “dependentes”, “passivos”, “temerosos e/ou inativos sexualmente e/ou fisicamente”, podem ser vistos como “neuróticos” ou “psicóticos”. Se são hospitalizados, daí surge a chance de serem diagnosticados como “esquizofrênicos” ou mesmo “homossexuais³⁰” (Chesler, 1972: 56 -57). Foi o registrado por Engel (2008) no Brasil recém-republicano, entre a passagem do século XIX para o século XX: no âmbito da psiquiatria, vários homens foram considerados portadores de distúrbios sexuais quando exerciam práticas homossexuais, especialmente aqueles adeptos de uma “pederastia passiva”. Além destes homens com comportamentos “femininos”, conforme os discursos da época, eram fortes candidatos à loucura, à hipocondria, à mania, à histeria e ao suicídio aqueles que se privavam totalmente do contato com mulheres por opção (como os celibatários) ou por imposição (que queriam ficar com suas amadas, mas, por alguma razão, eram impedidos); ou aqueles que, mesmo tendo acesso ao prazer com as mulheres, rejeitavam o casamento.

Ainda assim, segundo Chesler (1972), homens são menos propensos a ser etiquetados como doentes mentais e encarcerados em instituições psiquiátricas mesmo que eles estejam sofrendo. Se forem homens brancos, ricos e mais velhos, a probabilidade é ainda menor (idem: 38). Em vez disso, como ressalta a autora, são os homens brancos³¹ e poderosos que detêm a maior possibilidade de etiquetar as pessoas, não apenas em função do gênero (como ocorre com as mulheres), mas também pela classe, raça/etnia, entre outros marcadores – algo que tem utilidade em termos de controle social desses grupos subordinados não apenas para médicos, mas para todos que os rodeiam.

Quanto a Chesler (1972), especificamente, embora a autora não utilize o conceito de gênero, mas o de “papel sexual”, as suas ideias foram de suma importância para compreender a intersecção entre gênero (também classe e raça/etnia, num segundo plano) e certas categorias

³⁰ Atualmente, a homossexualidade não é considerada uma doença mental. Mas, até à época do livro de Chesler (1972), ainda era classificada como tal por parte de várias entidades científicas da área da saúde. Em 1973, a Associação Americana de Psiquiatria (APA) retirou a “opção sexual” do seu Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. Apenas em 1990, a OMS retirou da sua CID (Classificação Internacional das Doenças). No Brasil, o Conselho Federal de Medicina, em 1985, deixou de considerar a homossexualidade enquanto patologia (Simões e Facchini, 2008).

³¹ Além das mulheres, que tão habitualmente eram designadas de “histéricas”, e de pessoas com orientações sexuais diferentes da normativa, outros grupos subordinados estavam mais propensos a ser etiquetados enquanto mentalmente doentes. Por exemplo, no século XIX, muitas pessoas de origem africana (muitas delas, escravas) foram diagnosticadas com “drapetomania” (tendência humana de querer escapar, fugir). Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/Drapetomania>
Também dissidentes políticos da extinta União Soviética foram bastante submetidos a diagnósticos psiquiátricos (Ingleby, 1982). Em todos os casos, devemos atentar para o peso da cultura, da história e dos discursos por trás de quem tem a autoridade para diagnosticar pois, não raro, estavam repletos de censura moral e/ou eugenia.

de doenças mentais. Com base nos aportes da antipsiquiatria e do funcionalismo parsoniano, Chesler postula que a loucura e as “doenças mentais” (*mental illness*) são etiquetas. O que existe, de fato, é um controle social baseado nos papéis sexuais (Busfield, 1996). A maneira como o comportamento é estabelecido e interpretado é fundamental para diferenciar e tratar homens e mulheres. Por exemplo, embora haja uma tolerância social maior com o comportamento feminino de “pedir ajuda” ou com as exhibições de estresse emocional, isto não garante que tal comportamento será valorizado ou tratado com gentileza. Pelo contrário: maridos e médicos (a maioria, homens) tendem a considerar tal comportamento como irritante, inconveniente, infantil (idem: 39). E com a parceria entre os poderes masculinos de maridos e médicos se criava um círculo vicioso de enfermidades ou pseudo enfermidades físico-psíquicas (Sáez Buenaventura, 1979). Pela perspectiva de Chesler, fica evidente que as mulheres são duplamente prejudicadas: primeiro, pelo fato de serem mais propensas a receber a etiqueta do diagnóstico psiquiátrico; depois, por usualmente não serem bem tratadas na situação de sofrimento mental, inclusive pelos próprios maridos.

Ainda, segundo Chesler (1972: 56), as mulheres estão em clara desvantagem face ao rótulo da doença mental porque a expressão do modo de ser feminino é regulada socialmente de maneira “extremista”, seja para “menos” ou para “mais”. Existe um modelo hegemônico de feminilidade que elas devem cumprir à risca. Num caso ou outro, se desviam para um extremo “abaixo” (quer dizer, se apresentam valores mais próximos do masculino) ou “acima” (se apresentam valores “exageradamente” femininos) de tal modelo, têm mais propensão a ser etiquetadas de doentes/loucas. Um exemplo: mulheres que não sentem desejo sexual por homens podem ser consideradas lésbicas (doentes) e mulheres que sentem bastante desejo sexual podem ser consideradas ninfomaníacas (também doentes). Os homens, como visto, têm mais liberdade para exacerbar a sua masculinidade, podem assumir uma maior variedade de comportamentos e são mais vistos como doentes quando externam valores mais próximos do feminino. Isto vai ao encontro de Mizrahi (1990), que defende que a sociedade autoriza uma menor margem de erro para as mulheres em comparação aos homens no que diz respeito aos papéis e obrigações. Quanto menor o espaço autorizado, mais grave são as infrações e, por sua vez, mais severas as sanções morais, sociais e psiquiátricas. Na mesma direção, Cunha (1989) informa que os psiquiatras leem os “sintomas” de loucura de maneira diferente para homens e mulheres: enquanto, para elas, a expressão de algumas características é tida como patológica, para eles, as mesmas características são tidas como qualidades positivas. Em suma: “parâmetros diferentes orientam a construção da ‘loucura’ – e, portanto, da ‘normalidade’ – para cada um

dos sexos, remetidos a um desenho idealizado dos papéis sexuais e dos diferentes atributos de gênero” e os limites entre o permitido/tolerado e o interdito possuem margens mais estreitas para as mulheres, inclusive as de classes populares (Cunha, 1989: 126). Sugere a autora a respeito de seu estudo sobre mulheres internadas no hospital Juquery, de São Paulo, no começo do século XX.

Assim, a crença em uma inferioridade “natural” marca todas as histórias de mulheres em situação de internamento. Essa inferioridade estaria inscrita diretamente em seus corpos, em sua natureza biológica que lhe definiria um papel social subordinado. Nesta medida, a loucura nas mulheres aparecerá como algo diverso e mais transgressivo que nos homens. Para estes últimos, ela estará geralmente associada, na fala psiquiátrica, à ausência de razão, ao mau uso da liberdade, à privação dos sentidos, aos comportamentos estranhos ou anti-sociais que se manifestam no plano de sua presença pública, como trabalhador ou cidadão. Para as mulheres, ao contrário, é geralmente na esfera da vida privada, dominada pelas questões do corpo e da família, que a loucura é perseguida [...] Para as mulheres, se há um espaço social menor a ser ocupado, há também menores oportunidades de transgressão – o que permite identificar as transgressoras como casos eminentemente psicológicos (Cunha, 1989: 128-129).

Para Chesler (1972), a psiquiatria ajuda a controlar socialmente homens e mulheres (principalmente estas), tendo como pano de fundo os papéis sexuais. A autora relata, inclusive, que, pelo século XIX, mulheres eram enviadas às instituições psiquiátricas, muitas vezes por seus pais e esposos, por desviarem da norma. É difícil certificar se as mulheres institucionalizadas nos manicômios passavam, realmente, por um sofrimento psíquico. Mas, na nossa perspectiva, a análise de Chesler é útil para visualizar com criticidade que a maioria dessas mulheres era internada ou recebia alta médica conforme a vontade de seus familiares do sexo masculino. Neste sentido, Busfield (1996: 101) sugere que Chesler concede um cariz feminista às ideias de controle social postuladas pela antipsiquiatria. Na sua concepção, as mulheres, simplesmente pelo fato de o serem, tendem a ser rotuladas de loucas/doentes em um nível bastante maior que os homens. No que se refere aos modos de ser femininos, uma regulação binária dos gêneros por vezes transformou mulheres que romperam com as normas (as “politicamente incorretas/masculinas” ou as que “sentiam demais/exageradamente femininas”) em loucas. Por sua vez, Cunha (1989) argumenta que, para os homens serem lidos como loucos, precisavam tornar-se muito incômodos, reincidentes, adquirir uma visibilidade incontestável de sua loucura, pela agressividade, discurso incoerente, delirantes, isto é, estados que deixam poucas dúvidas quanto ao estado psíquico, embora não deixem de suscitar questões sobre suas histórias de vida.

Quantas mulheres, ao longo da História, não foram psiquiatrizadas por não obedecerem aos preceitos de uma feminilidade hegemônica³²? Como dito anteriormente, apesar de a nossa perspectiva da doença ir além de um desvio das normas de conduta moral (associadas também ao gênero), os apontamentos de Chesler nos incitam a refletir se esta psiquiatrização continua a ocorrer, na atualidade, sob novas roupagens, por exemplo, através da medicalização/medicamentação. Ainda que Chesler (1972) tenha uma visão da doença mental enquanto desvio, use o termo “papéis de sexo”³³ para se referir ao sistema de gênero e avalie que estes papéis traspõem definições de doenças mentais na psiquiatria como um todo³⁴, seus argumentos mostram que o conceito de doença mental pode estar atravessado por representações misóginas e estereotipadas do que é ser um homem ou uma mulher “normal”. Os seus apontamentos nos ajudam a alcançar que, em vez de simplesmente normatizar o ato, o pensamento, o comportamento “insano”, é preciso questionar a própria ordem instituída, inclusive a de gênero (Busfield, 1996). Mulheres, no geral, são mais associadas com a “irracionalidade”, o “anormal”. De fato, em várias situações sociais elas são inferiorizadas, inclusive em termos de internamento (Cunha, 1989). Mas é justo neste ponto que começamos a manter certo distanciamento da análise de Chesler.

Como sugere Busfield (1996), embora, de uma maneira geral, as mulheres sejam as mais rejeitadas em várias esferas da vida social – aqui referimo-nos especificamente à esfera

³² Tal dado se repete no Brasil. Pelo estudo de Cunha (1989), conhecemos vários casos de mulheres que foram internadas em instituição psiquiátrica (Hospital Juquery, em São Paulo) no século XX por contrariarem certas normas sociais. Segundo a autora, que analisou diversos prontuários médicos sobre as pacientes, não era difícil perceber que o psiquiatra, muitas vezes, se colocava a favor dos parentes (normalmente, pais e esposos) que internavam suas mulheres. Inclusive, a teoria da degenerescência, que misturava elementos biológicos e sociais para explicar a degeneração mental – via hereditariedade – de pessoas ao longo das gerações, de Morel, já mencionada no capítulo 1, era amplamente aplicada pelo saber psiquiátrico enquanto instrumento de intervenção social: a mulher e sua sexualidade eram controladas através do reforço do padrão familiar higiênico tido como forma de profilaxia social.

³³ Em vez de papéis, optamos por expectativas, valores de gênero. Além disso, convém ressaltar que à época da publicação do livro da autora, o conceito de gênero ainda não era utilizado amplamente.

³⁴ Chesler (1972) considera que este viés de gênero atravessa a categoria doença mental, no geral. Não importa tanto se no caso de “neuroses” ou “psicoses”, um viés de gênero atravessa igualmente quaisquer categorias diagnósticas. Na nossa perspectiva, a verificação de um viés de gênero é mais perceptível em transtornos como a ansiedade, a depressão ou o uso de substâncias psicoativas em detrimento de transtornos como a esquizofrenia (Astbury, 1999; Busfield, 1996; Zanello, 2014). Mesmo assim, não deixamos de reconhecer que, até mesmo no caso de psicoses, as questões de gênero podem ser evidenciadas. A este respeito, Zanello (2016) destaca falas de pacientes psiquiátricos diagnosticados/as com esquizofrenia. Mesmo no delírio/alucinação, estas falas exprimem muito do que se passa na sociedade no que diz respeito às relações de gênero. Enquanto as falas das mulheres remetem para o dispositivo amoroso (empoderamento quando são amadas por homens considerados bem sucedidos, por exemplo, “meu namorado é o Brad Pitt!”), as dos homens referem o dispositivo da eficácia laborativa e sexual (“Eu sou milionário”).

da regulação de sua vida mental, altamente relacionada com valores de gênero – os homens também são regulados (mentalmente), e não apenas quando apresentam comportamentos, emoções, pensamentos “femininos”. Nossa perspectiva tem base na análise de Busfield (1996: 103). Para esta autora, igualmente a Chesler, tanto homens, quanto mulheres podem ser vistos como doentes se ultrapassam a marca face a alguns estados, em parte, gendrados (pensamentos, atitudes, emoções). Ser um pouco ansiosa, preocupada e medrosa é parte do “ser mulher”, ao menos nas sociedades ocidentais. Agora, se uma mulher é extremamente ansiosa, preocupada e medrosa, mesmo sendo mulher, ela pode ser considerada irracional e perturbada.

Por sua vez, beber socialmente e/ou em grande frequência, ser violento e agressivo é parte do “ser homem” nas sociedades ocidentais. Mas, para Busfield (1996), se o homem beber muito, for extremamente violento ou irrazoavelmente agressivo, ele também está passível de ser diagnosticado como doente mental - ao contrário de Chesler, para quem o exagero da masculinidade tem baixa chance de implicar em diagnóstico e um homem só é considerado doente se apresentar traços femininos. Mencionamos outro exemplo que demonstra a regulação também sobre os homens para além de traços femininos: estar sempre (ou quase sempre) “pronto” para o sexo também é tido como um forte traço masculino. Mas, como informa Engel (2008), vários homens foram diagnosticados com doença mental no Brasil, entre fins do século XIX e começo do XX, se praticassem demais³⁵ o onanismo (automasturbação). Segundo os psiquiatras da época, este era um “perigo” que atingia especialmente as crianças, os adolescentes e os adultos do sexo masculino.

Desta forma, os homens também eram/são regulados socialmente quando cometem atos “condenáveis”. Ou, como afirma Engel (2008), ao longo da História, também tiveram suas atitudes e comportamentos submetidos a normas rígidas e cerceadoras. O que ocorre é que os mecanismos de regulação diferem para eles e elas: em termos gerais, é dado um maior foco ao controle do comportamento masculino em termos de delinquência e do comportamento feminino em termos de regulação mental. Mas claro que isto não é absoluto. Portanto, também existe uma regulação da vida mental para os homens (Busfield, 1996).

Além disso, e diferentemente de autoras como Chesler (1972) e Showalter (1987), Busfield (1996) argumenta contra a ideia de loucura/doença mental concebida pela sociedade enquanto um “mal feminino”, como se apenas as mulheres fossem alvo de regulação mental e consideradas “loucas”. Como visto, a sociedade também chegou a estabelecer loucuras de

³⁵ Se praticado “demais” porque, até certo ponto, era tolerado pela sociedade, visto que o desejo sexual era considerado uma constante na “natureza” masculina.

“ordem masculina”. Um exemplo disso foi o já em desuso diagnóstico de “neurastenia” que, de acordo com Engel (2008), atingia mais os homens e estava amplamente relacionado com abalos e comoções morais oriundos da luta pela sobrevivência e do esgotamento vindo dos excessos da atividade intelectual e dos abusos da sexualidade.

Desta maneira, é possível perceber um vínculo entre a regulação de gênero (e não apenas das mulheres) e a doença mental. Mas, como afirma Engel (2008: 185), “as especificidades das experiências femininas em relação às masculinas não devem, portanto, levar à construção de uma história que simplifique as vivências dos gêneros ao captá-las numa perspectiva sempre dicotômica, eliminando a possibilidade de apreendê-las em suas dimensões plurais, complexas e contraditórias”.

Assim, para além da disfunção orgânica (como o fizeram algumas perspectivas biologicistas) e do desvio (Chesler) de normas relativas ao gênero, a nossa perspectiva da doença mental recai, como sugere Busfield (1996), com base em Foucault, em termos de regulação da razão e da racionalidade. Este raciocínio nos parece o mais apropriado para analisar a sua relação com o gênero. Sob esta lógica, as pessoas “mentalmente doentes” não perderam a saúde física ou se afastaram de normas de moralidade, simplesmente, mas, além disso, elas não atuaram segundo critérios de inteligibilidade estabelecidos (Ingleby, 1982: 94) – e a causa das suas ações pode ter origens das mais diversas – novamente, porque o fenômeno “doença mental” pode ser determinado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Como orienta Busfield (1996), é necessário distinguir a preocupação com a normalidade do conteúdo do pensamento, da ação ou da emoção (isto é, com o “politicamente incorreto”) da preocupação com a normalidade dos processos de funcionamento mental.

Deste modo, não basta considerar apenas o conteúdo *per se* das crenças ou do comportamento, mas, sobretudo, o raciocínio que os fundamenta. A doença mental pode até envolver comportamentos considerados desviantes, mas não está reduzida a isto. Não se reduz à quebra de normas sociais. É como se o comportamento, a crença, a emoção, o sentimento ou o pensamento “anormais” fossem apenas a ponta do *iceberg* porque o que está em jogo, na realidade, é a razão/racionalidade que está por trás destes estados. Qual o raciocínio que os fundamenta? É razoável? É inteligível? Faz sentido para outros membros da mesma comunidade cultural³⁶? Precisam, portanto, ser interpretados.

³⁶ Ingleby (1982) chama a atenção para o fato de que nem todo o comportamento que “não faz sentido” ser tratado como sintoma de doença mental. Por exemplo: apaixonar-se (pela pessoa certa), ser fanático pela pátria, trabalhar demais são irracionalidades que gozam de isenção. Portanto, os conceitos de doença mental são estabelecidos ideologicamente e ajustam não apenas o limite entre o que “faz sentido” e o “sem sentido”, mas também o limite entre o “sem sentido aceitável” e o “sem sentido inaceitável”.

Voltando ao cerne da questão: além de se pensar se o comportamento, a crença, o sentimento ou o pensamento faz sentido para os outros membros da comunidade cultural, é fundamental pensar por quem estes estados são realizados, sentidos e pensados. Ou seja, depende também da posição social que o agente que os realiza ocupa. Como indica Ingleby (1982: 107), a elaboração dos diagnósticos psiquiátricos engloba considerações “pragmáticas” que variam de caso para caso. Desta forma, convém ter em conta se os estados são realizados por homens ou mulheres, identificados enquanto tal por outrem, no interior do contexto que é comum a todos.

A semiologia (o estudo dos sintomas e sinais da doença) pode oferecer alguns exemplos. Pensemos novamente no “choro” ou no comportamento “depressivo” ou “melancólico” de uma mãe que perdeu um filho. Suas motivações para tal sintoma ou comportamento são inteligíveis, razoáveis, justificáveis para demais membros da comunidade cultural por ser mãe, por ser mulher e por ter perdido um ente querido. Mas um choro “imotivado” por uma mulher que não passou por uma perda do tipo ou qualquer outro evento “justificável”, ainda que seja uma mulher, portanto, mais “livre”, em termos de regulação social, para chorar, pode ser interpretado como sintoma de doença mental. Ingleby (1982: 108) menciona outro exemplo:

Consideremos, por exemplo, as mediações complexas que actuam no diagnóstico aparentemente directo de “depressão” numa dona de casa. Ao fazer este diagnóstico, o psiquiatra não está a utilizar mediações científicas nem está simplesmente a condenar a apatia da dona de casa. O seu ponto de partida é que o abatimento e a angústia verificados são despropositados na circunstância; e a própria dona de casa pode contribuir para tal, aceitando a definição ideológica do seu lugar no mundo e os limites convenientes em que é tolerada, sabendo ainda que a classe médica identificou uma coisa chamada “depressão” a que as mulheres como ela estariam particularmente sujeitas. Além disso, o diagnóstico exacto que for feito dependerá pragmaticamente dos meios de tratamento disponíveis: se se trata de uma mulher com estudos e dinheiro, a dona de casa poderá ser considerada uma neurótica interessante e um caso apropriado à psicoterapia; se for uma mulher das classes trabalhadoras, terá grandes probabilidades de receber a classificação de afectada por “distúrbios emocionais” e ser sujeita a uma terapia de antidepressivos e electrochoque (Ingleby, 1982:108).

Este exemplo das mulheres mostra que os diagnósticos não dependem apenas das categorias psiquiátricas ou de uma “condenação moral”, mas do papel social do “doente” em concomitância com o que ele faz, pensa e sente. Os diagnósticos são definidos a partir de uma semiologia que, habitualmente, “trata como signo natural algo que é da ordem do simbólico e dos valores” (Zanello, 2014a: 53). Isto quer dizer que as relações de gênero se expressam não mais somente no que o paciente/usuário enxerga como problemático, mas também nos valores e ideais do próprio médico (ou seja, o profissional autorizado a diagnosticar) quanto ao que este

entende sobre o que é ser um homem ou uma mulher (na sua intersecção com outros marcadores sociais como classe social, raça/etnia, etc.). A literatura médica costuma ser descritiva e, estando baseada nos manuais diagnósticos, não problematiza que a própria eleição dos sintomas que descreve já é atravessada pelo gendramento dos mesmos. Assim, orienta o médico para aquilo que vai reafirmar os valores “na base das próprias descrições que estudou, configurando-se em uma bola de neve...” (idem).

De modo similar, Tavares (2016) afirma que taxas de morbidade como as das doenças mentais, embora sejam operacionalizadas desde critérios aparentemente objetivos e baseadas no diagnóstico médico, dependem muito de um rol de fatores e de juízos de valor subjetivos. Pelo fato de não englobarem necessariamente uma lesão “palpável”, conduzem a um determinado grau de incerteza e indeterminação. E isto deixará um espaço bastante flexível para que a atribuição de seus diagnósticos não esteja isenta “de representações sociais e de ideologias que os influenciam decisivamente, além de dependerem da declaração ou não dos sintomas da doença por parte dos indivíduos, da forma como são expressos esses sintomas e da própria interpretação que os médicos fazem acerca da sua maior ou menor gravidade” (idem: 104).

Esta interface entre saúde mental e gênero a partir da formação de sintomas e atribuição de diagnósticos não é muito fácil de se perceber porque, segundo Zanello (2014a), as diferenças mais marcantes entre homens e mulheres quanto aos diagnósticos são constatadas em diversos países e culturas, portanto, elas sugerem mais facilmente uma base biológica, dando força para um modelo de racionalização biológica. Assim sendo, é necessário olhar com mais criticidade para a lógica pela qual se leem/estabelecem sinais, sintomas e diagnósticos. Médicos acabam por considerar mais ou menos e de forma diferenciada determinados sintomas falados pelos pacientes em função do seu sexo (“depressão é coisa de mulher” e, por isso, legitimada como “natural”) (idem). Como lembram Busfield (1996) e Ortega Ruiz (2011), o conhecimento psiquiátrico possui muitos traços sexistas decorrentes das expectativas de gênero.

A questão é que gênero tem grande importância na saúde mental também a partir da maneira como os sintomas se manifestam e como são construídos os diagnósticos. A ordem social, sexista, tem um peso considerável na maneira de lidar com sintomas e diagnósticos, que habitualmente reforçam a ideia de vulnerabilidade física ou mental para as mulheres. Assim, convém investigar até que ponto a atribuição de diagnósticos se dá conforme diferenças reais quanto ao estado de saúde ou devido a uma influência das representações sociais e estereótipos de gênero – dos médicos e dos/as próprios/as usuários/as nas suas diferentes formas de

expressão das emoções. Se gênero motiva a diferença na leitura da doença mental, também motivará a assistência oferecida às pessoas que dela padecem.

2.4 Gênero na formulação e execução de políticas públicas

Questões de gênero também se fazem presentes na formulação e execução de políticas públicas voltadas para a saúde mental. No campo da saúde como um todo, que engloba a saúde mental, verifica-se uma propensão ao biológico até mesmo nos discursos e práticas que promovem pautas tentando englobar o termo gênero. Nestes casos, há uma tendência a uma visão binária, valorizando características tradicionais atribuídas historicamente ao masculino e feminino.

No Brasil, por exemplo, Maluf (2010) constatou que pesquisas acadêmicas, políticas institucionais/governamentais e até movimentos sociais que atuam na área da saúde têm tentado levar em conta diferenças entre homens e mulheres. Porém, quando apreendem estas diferenças, concentram sua atenção em torno da saúde sexual e reprodutiva. A ênfase está na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, contracepção, aborto e saúde materna. A autora – com base na noção foucaultiana de biopoder (Foucault, 2003), que tem como uma de suas características a utilização, por Estados modernos, de práticas e técnicas que controlem a população principalmente através de seus corpos – avalia esta tendência como sendo parte da racionalização biomédica da vida subjetiva (Maluf, 2010). Ou seja, se por acaso diferenças são consideradas, isto ocorre guiado por uma perspectiva que prioriza os corpos (biologicamente falando) em detrimento de outros aspectos (como os socioculturais, por exemplo).

Um discurso fisicalista nas configurações em volta do gênero, da saúde e da aflição também é predominante quando surge no contexto mais amplo da saúde mental no Brasil. Um aspecto notável diz respeito à maneira pela qual o gênero é incorporado por práticas profissionais e políticas públicas. Maluf (2010) chama a atenção para o fato de como o gênero tem sido abordado tanto nos documentos públicos institucionais (planos nacional, estadual, municipal de saúde mental ou saúde da mulher) quanto no que profissionais e agentes de saúde fazem no cotidiano do seu trabalho junto a pacientes e usuários dos serviços. Quanto às políticas públicas governamentais de saúde mental no Brasil, as mulheres são mencionadas principalmente a partir do que seriam suas situações de “vulnerabilidade” relacionadas à noção de “ciclo de vida”, ou seja, à questão de saúde reprodutiva e prevenção – muito mais direcionadas ao seu ciclo biológico que às suas condições sociais de vida. Assim, uma perspectiva de gênero que especifique as diferenças socioculturais entre homens e mulheres

ainda não está substancialmente consolidada nas políticas públicas. Não é à toa que, no Brasil, existem inúmeros ambulatorios voltados à saúde mental da mulher que, por sua vez, está restrita às questões reprodutivas e da maternidade independente de outros aspectos (Zanello, 2010).

Quanto às práticas profissionais, pesquisas de campo revelam que a maioria das pessoas que procura os serviços públicos de saúde mental e recebe medicamentos benzodiazepínicos e antidepressivos é do sexo feminino (Maluf, 2010). A autora concluiu que, apesar de não haver uma política consolidada de gênero na saúde mental, é possível constatar que, nos cotidianos profissionais, existe a aplicação de uma política e um discurso da diferença de gênero. Em outras palavras, há uma política sendo reproduzida, mas “uma política que implica na medicalização³⁷ e medicamentação³⁸ de mulheres usuárias do serviço público” (Maluf, 2010: 35). Pode-se afirmar que, no Brasil, as questões de gênero e saúde mental são tratadas por uma política pública da diferença e da medicalização que aprofundam, mais que combatem, as assimetrias existentes entre homens e mulheres (idem).

Outro aspecto que merece destaque na execução dessas políticas públicas diz respeito às questões de gênero que surgem nas relações de trabalho no cotidiano dos serviços. Podem ser visualizados: o cruzamento das identidades de gênero entre os próprios profissionais e o cruzamento das identidades de gênero dos profissionais com as dos usuários. Ambos resvalam no tipo de intervenção voltada para os usuários. Em uma investigação em serviços públicos de saúde mental, um na região sudeste do Brasil e outro na região nordeste, Rosa (2015) observou que são as mulheres que predominam como trabalhadoras e integrantes das equipes. Grupos focais realizados com profissionais homens e mulheres dos referidos serviços apontaram para duas tendências majoritárias. Primeiramente, a de que há uma supervalorização da relação de convivência na equipe com pessoas do sexo masculino por estas serem consideradas mais “resolutivas”, “práticas”, “menos emocionais” enquanto as mulheres são consideradas muito “emocionais”, “subjetivistas”, mais “rivais” entre si. A segunda tendência destaca a riqueza das diferenças, da mistura entre homens e mulheres, inclusive do ponto de vista da pluralidade de vivências dentro de cada um dos segmentos de gênero. Apesar disso, nessa segunda tendência, masculino e feminino ainda são vistos especialmente a partir de uma lógica binária de gênero. Estes dados reforçam a necessidade de capacitação dos profissionais para uma prática sensível

³⁷ Tratar acontecimentos que poderiam ser considerados “normais” ou “comuns” na vida de uma pessoa enquanto problema de saúde e, por conseguinte, como algo da alçada médica.

³⁸ No interior do contexto da medicalização, consiste na prática de usar medicamentos enquanto a alternativa mais importante do processo de restabelecer a saúde. No próximo tópico, veremos com mais detalhes de que maneira se dá o processo de medicamentação.

ao gênero, seja na interação entre os próprios profissionais, seja para oferecer medidas mais resolutivas para os usuários.

Rosa (2015) ainda investigou como as questões de gênero atravessam as relações entre os profissionais e os usuários. Algumas situações merecem destaque. Uma delas refere-se à atuação dos profissionais face à identidade de gênero de usuários/as. Muitas trabalhadoras destacaram a sua preferência em atuar com as mulheres porque conseguiam sentir a intervenção fluindo melhor. As dificuldades de manejo com homens se reportaram ao perfil da equipe (majoritariamente feminina) e englobaram dificuldades em abordar temas considerados tabus como a sexualidade (inclusive no caso de desempenho sexual mediante o uso de psicotrópicos), problemas de identidade de gênero, intimidade. Evidenciou-se a necessidade de mais investimentos quanto ao processo de trabalho dos profissionais para lidar com o público masculino. Por fim, o assédio de usuários/as em relação aos profissionais foi outro aspecto que se destacou. De maneira geral, o assédio na dimensão verbal não causava maiores constrangimentos, mas, sim, o assédio que partia para o ato físico.

As situações observadas por Rosa (2015) ocorrem cotidianamente nos serviços. Ou seja, já há o reconhecimento de que as relações de gênero podem interferir no adoecimento psíquico, mas os tratamentos ainda são unilaterais, baseados quase que exclusivamente numa perspectiva médica que prima pela medicalização e somente ofusca ou reproduz as assimetrias sociais. Como aponta Zanello (2010), quase não existem tratamentos específicos voltados à leitura de gênero e as intervenções são habitualmente clássicas, normatizadoras e que buscam a supressão dos sintomas. O ponto-chave é atentar, mais uma vez, por parte da equipe multiprofissional, para a problematização das questões de gênero e de sexualidade existentes no cotidiano de seu processo de trabalho. Mas tais questões devem ser tratadas de maneira histórica e temporal. Considerar somente a diferença mais imediata entre os gêneros a partir da “natureza” não permite visualizar a complexidade dos adoecimentos.

É preciso reconhecer que condições sociais e materiais, como os valores e papéis de gênero e a pressão para desempenhá-los, podem estar por trás dos adoecimentos. Por isso, há necessidade de discussões e capacitações referentes às relações de gênero para os profissionais. Apenas assim pode-se salvaguardar a promoção da saúde mental para homens e mulheres e a adequação das políticas (na formulação e execução) de maneira a fornecer respostas conforme as suas necessidades específicas. É preciso atentar também para as múltiplas identidades e expressões de gênero, como, por exemplo, de pessoas trans e intersexo, no sentido de dar conta de suas necessidades.

Por fim, convém problematizar, a partir das vozes dos homens e mulheres usuários/as, as questões de gênero presentes no seu cotidiano para além dos serviços. Como sugere Burin (2012), é conveniente reconhecer a saúde mental também a partir da noção a qual os seus protagonistas (no caso, homens e mulheres com a experiência de sofrimento psíquico) vão construindo durante as suas vidas. Estes sujeitos, com o apoio das equipes multiprofissionais, devem coincidir em uma perspectiva centrada num projeto de conscientização e transformação. De quê? Das condições de vida, especialmente das vidas cotidianas e dos fatores opressivos que constituem modos de vida que enfermam. E isto só se torna possível a partir de uma problematização do adoecimento e do sofrimento desde uma perspectiva sociohistórica que os desnaturalize. As intervenções no âmbito da saúde mental podem constituir verdadeiras práticas políticas.

2.5 Gênero nas ações de indústrias farmacêuticas

Mais uma interface entre gênero e saúde mental pode ser verificada através das ações de indústrias farmacêuticas. Segundo Zanella (2014a: 53), a indústria farmacêutica, além de reafirmar valores hegemônicos de gênero, ainda tem um interesse mercadológico do uso da epidemiologia e elabora propagandas que consistem em verdadeiras tecnologias de gênero, mesmo que parta de um ponto de vista empresarial.

Por exemplo, no Brasil, Azize (2010) verificou como a indústria farmacêutica usa tais tecnologias em suas ações de *marketing* a partir de uma etnografia realizada em uma das edições do Congresso Brasileiro de Psiquiatria. O *marketing* em torno do medicamento Cymbalta³⁹, usado para tratar da depressão, estava direcionado para os sintomas físicos (principalmente) e emocionais e a personagem principal da propaganda era uma mulher. Nas paredes, alguns impressos mostravam uma mulher com as mãos na cabeça e destacavam a frase “estou me sentindo desanimada o tempo todo”. Da palavra “desanimada”, saíam traços indicando outros termos: perda de prazer, tristeza, ansiedade, queixas dolorosas, tensão muscular e alteração do apetite. Já o impresso central mostrava uma mulher sorrindo e destacava a frase “eu posso ter a minha vida de volta”. Da palavra “vida”, surgiam os termos tempo com a família, voltar a trabalhar, ter confiança, sorrir, reencontrar amigos e caminhar (idem: 376). Tais termos não deixam de simbolizar a ideia de que a “vida” consiste em fazer com que as mulheres continuem

³⁹ O evento do qual participou o autor foi o 25º Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em Porto Alegre, no ano de 2007. O objetivo da participação se deu a partir do interesse no *marketing* quanto aos psico/neuro fármacos. Azize (2010) fez uma etnografia do espaço físico do evento, o qual possuía uma parte dedicada a estandes de laboratórios farmacêuticos que expunham variados medicamentos.

ou retomem os papéis de gênero historicamente atribuídos a elas. Azize (2010) destaca o recorte de gênero do estande que expunha tal medicamento e, conseqüentemente, a ligação entre depressão e feminino. Todavia, como observa Zanello (2014a), mais que o medicamento, há uma exposição de todo um mecanismo simbólico demarcador das assimetrias entre os gêneros.

Conforme Burin (2012), os medicamentos psicofármacos enquanto “drogas legais” consistem atualmente na “forma feminina” de se drogar. Expostos e comercializados pelas indústrias farmacêuticas, vêm se desenvolvendo desde a segunda metade da década de 1950 como parte das novas tecnologias incidentes sobre a saúde mental, especialmente das mulheres. Isto tem relação direta com a ideia de que a doença mental é fruto de causas exclusiva ou predominantemente orgânicas. Como dito, o momento atual é de uma racionalização biomédica da vida subjetiva (Maluf, 2010) e a construção sobre a doença mental no início do século XXI é aquela que a afirma como doença “real”, com causas biológicas (Alves, 2011). Com a reorganização da psiquiatria biológica enquanto forma hegemônica de lidar com o sofrimento psíquico, emoções e sentimentos outrora considerados parte da vida (tristeza, raiva, culpa, etc.) cada vez mais têm sido objeto de intervenção com medicamentos criados pela indústria farmacêutica (Diehl *et al.*, 2010), o que se convém chamar de fenômeno da medicalização, o qual ocupa um lugar atravessado por jogos de interesse (Carvalho e Dimenstein, 2004) – podemos pensar na relação próxima entre a indústria da mídia, a indústria farmacêutica e a própria psiquiatria.

Como argumenta Rose (citado por Ordorika Sacristán, 2011: 117), a medicalização se caracteriza, dentre outros aspectos, “pela capacidade do discurso psiquiátrico de se implantar como regime de verdade hegemônico desde meados do século XX, utilizado para entender e explicar cada vez mais fenômenos cognitivos, emocionais e do comportamento, gerindo cada vez mais a vida”⁴⁰, através de um poder biopolítico (Foucault, 2003). Dentro do processo de medicalização, o consumo de ansiolíticos acabou se tornando um problema de saúde pública que atinge complexas dimensões e, na literatura nacional ou internacional, há unanimidade em afirmar que o consumo dessas substâncias psicotrópicas ocorre em maior escala pelas mulheres em todo o mundo (Carvalho e Dimenstein, 2004).

Ocorre que a forte ligação entre “depressão e feminino” ou, mais além, entre o consumo de certos medicamentos elaborados pela indústria farmacêutica e feminino sugere a análise dos distintos interesses e desejos envolvidos na prescrição dessas substâncias para públicos relativamente específicos. Sugere também a necessidade de se problematizar mais

⁴⁰ Tradução nossa.

sobre o modelo dominante de atenção à saúde mental oferecido em tantos países. Sobre isto, podemos mencionar a questão de como os medicamentos afetam a saúde das mulheres. Ortega Ruiz (2011) destaca, por exemplo, o fato de que, apesar de serem as mulheres as principais consumidoras das substâncias, há poucos estudos sobre as diferenças de gênero acerca dos seus efeitos, o que, claramente, não impede de o médico prescrever indiscriminadamente a homens e mulheres. Segundo a autora, as mulheres são as que sofrem mais os efeitos colaterais e isto está relacionado com a sua exclusão de testes clínicos que são realizados principalmente em homens (comentamos mais acima o caráter androcêntrico da pesquisa em saúde em várias especialidades). Neste sentido, não se leva em conta a fisiologia feminina relacionadas aos ciclos menstruais e outras ocasiões como gravidez, lactância, menopausa, uso de contraceptivos ou tratamentos hormonais.

Além disso, o fato de inúmeras mulheres consumirem tais medicamentos diariamente demonstra certo desconhecimento delas próprias a respeito dos efeitos que podem trazer à sua saúde a longo prazo. Segundo Ussher (2013), alguns dos efeitos colaterais graves incluem possibilidade de suicídio, agressão, espasmo muscular, disfunção sexual, agitação interior, problemas de estômago, etc.. A falta de informação por parte dos consumidores a respeito dos efeitos secundários de medicamentos foi um aspecto verificado por Carvalho e Dimenstein (2004) a partir de mulheres usuárias de serviços públicos de saúde em Natal, nordeste do Brasil: para as suas entrevistadas, o uso de medicamentos ansiolíticos, por um lado, tem um aspecto positivo porque indica a ausência de automedicação (a aquisição do medicamento geralmente é possível apenas a partir da prescrição médica); por outro lado, o medicamento reflete a relação médico-usuária através do poder que o profissional exerce, afinal, “ele sabe o que é bom” e a usuária tende a obedecer. A figura do médico é colocada como autoridade máxima no processo. Ainda, na relação mulher-serviço de saúde, é produzido um tipo de discurso naturalizado que acaba por subjugar as mulheres, já que não considera modos de existência particulares, singularidades e a diversidade sobre maneiras de pensar e agir de cada pessoa. Como afirma Zanello (2010), no fenômeno da medicalização, é habitual que o médico acabe por validar o lugar social que as mulheres ocupam na sociedade, bem como a violência de gênero sofrida por elas cotidianamente.

O consumo de ansiolíticos/antidepressivos funciona, para muitas mulheres, como um pré-requisito necessário para a produção de saúde. Muitos benzodiazepínicos ou antidepressivos, tão disseminados pela indústria farmacêutica, são tidos como “bons” porque a finalidade do uso está voltada para combater os sintomas da doença mental. São pensados como

“medicamentos” (Zanello, 2010), mas estas drogas funcionam, na realidade, como *phármakon*⁴¹ porque, se por um lado, são usados com o intuito de restaurar a saúde, por outro, podem ser altamente prejudiciais se pensarmos nos seus efeitos secundários.

Neste sentido, afirma Zanello (2010: 316), é necessário problematizar o consumo de certos medicamentos como droga - tal como o álcool funciona para os homens⁴²- no âmbito das fármaco-dependências, e visibilizando o alto índice de mulheres que são consumidoras dependentes dessas substâncias. A autora chama atenção para o fato de o consumo de benzodiazepínicos não ser levado em consideração dentro da epidemiologia mundial. Sobre isto, no processo de consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Reforma Psiquiátrica, foram criados os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), onde os usuários são, na sua maioria, homens. O mesmo SUS oferece nos seus ambulatórios a droga Diazepam, cujas principais consumidoras são as mulheres. Há questões de gênero envolvidas nestes dados: o alto consumo de álcool é tido como um problema a ser combatido porque põe em xeque os papéis sociais masculinos, isto é, a sua produtividade, que é medida e esperada em tantas esferas da vida. Por outro lado, o Diazepam atua como “remédio”, o que vai ajudar a recuperar a saúde e, conseqüentemente, continuar ou retomar o seu papel social de ser cuidadora dos filhos, do lar, de submeter-se social e sexualmente aos parceiros. Ou seja, como pontua Zanello (2010), há toda uma perversidade de gênero no sistema que pode reservar às mulheres uma “carreira” nesta droga ao consumirem por grandes quantidades e por tempos e tempos. Em suma, álcool é “droga” porque pode impedir o exercício de determinados papéis (especialmente os masculinos) e Diazepam é “cura” porque promove a continuidade ou restauração de outros papéis (especialmente os femininos).

Perspectivas de autoras feministas influenciadas pela antipsiquiatria nos ajudam a perceber como algumas práticas médicas aliadas com outros atores (a indústria farmacêutica ou documentos científicos pretensamente objetivos, como os DSM) podem conduzir a métodos curativos e à orientação adaptativa, especialmente para as mulheres. Embora alguns textos não sejam recentes, referem a possibilidade de um controle patriarcal a partir da instituição psiquiátrica (Chesler, 1972), que se refletia principalmente através da hospitalização e as inúmeras conseqüências de se estar num manicômio⁴³. Já argumentos mais recentes, porém

⁴¹ Diz respeito à ideia dos gregos, na qual uma substância pode ser, ao mesmo tempo, remédio e veneno.

⁴² Referimo-nos ao alto índice de consumo de álcool para os homens com relação às mulheres em escalas mundiais.

⁴³ Segundo informações do documentário “Psiquiatria: uma indústria da morte” (2006), tratamentos como a eletroconvulsoterapia eram aplicados, habitualmente, aos pacientes mais “vulneráveis”, entre estes, mulheres, que

influenciados por Chesler, como o de Ussher (2013), ressaltam que, embora não se tranque mais em asilos as mulheres com comportamentos não “femininos” (como usar linguagem “chula” ou ter sexo fora do casamento) ou com descontentamento conjugal, hoje, elas são submetidas a uma camisa de força química através do uso indiscriminado de medicamentos psicotrópicos. São estes que ajudarão a restaurar a saúde, tal como presente em histórias na imprensa, que retrataram, por exemplo, o Prozac como uma droga de grande poder que auxiliava as mulheres a se sentirem “normais”, “alicerçadas” ou “melhor que bem”, fornecendo a química que ajudava a ser uma “supermãe” (idem). Outro exemplo é da droga Valium (Diazepam), que, na década de 1950, foi tida como aliada das mulheres na luta pela melhoria de seu estado de saúde.

Dito isto, é possível perceber que o gênero influencia os conceitos de saúde e doença mental em diferentes épocas históricas e, mesmo que os conteúdos específicos deles mudem, noções estereotipadas sobre a “fraca” saúde mental das mulheres tendem a permanecer (Ordorika Sacristán, 2009). Dentro deste contexto, existe uma aliança entre sistema de saúde, discurso biomédico, indústria farmacêutica e mídia quanto ao alto consumo de medicamentos que tende, como informa Rabelo (2011), a reafirmar uma objetivação do corpo feminino, contribuindo para a medicalização das relações de gênero.

2.6 Estudos qualitativos sobre gênero e saúde mental: focalizando as experiências subjetivas com a doença mental

A tendência histórica de encarar problemas de saúde mental como essencial ou principalmente femininos virou objeto de estudo por vários autores/as nas ciências sociais. De acordo com Ordorika Sacristán (2009), a alta representação feminina nas taxas epidemiológicas psiquiátricas constituiu o ponto de partida para os primeiros trabalhos das ciências sociais que promoveram a investigação entre saúde mental e gênero. Foram estudiosas feministas britânicas e estadunidenses, pela década de 1970, as pioneiras em analisar porque mais mulheres que homens eram hospitalizadas com maior frequência, usavam mais os serviços ambulatoriais de saúde e consumiam mais medicamentos psicotrópicos. Suas críticas estavam dirigidas para o caráter patriarcal e para os traços sexistas da psiquiatria nos seus próprios países desde o século XIX até o presente. Desta maneira, estes trabalhos foram marcados por uma perspectiva ocidental que analisava as relações entre gênero e saúde mental em países anglo-saxônicos desenvolvidos (idem: 651). São úteis porque permitem desconstruir vários mitos,

receberam choques quando diagnosticadas como portadoras de “síndrome pré-menstrual”, “transtorno da menopausa” ou “depressão pós-parto”.

principalmente sobre a saúde mental das mulheres. Mas, por tratarem de sistemas pertencentes a culturas específicas, devem ser utilizados até certo ponto para auxiliar a análise de outros contextos.

No interior das ciências sociais brasileiras, e no caso particular da temática “saúde mental”, o gênero tem surgido em sua relevância etnográfica e fenomenológica, tanto quantitativa, quanto qualitativa (Maluf, 2010). Quantitativa devido ao alto índice de mulheres que sofrem com problemas de saúde mental e qualitativa devido à maneira como as representações e ideologias da diferença de gênero conformam as experiências sociais da doença e do sofrimento psicológico, físico-moral ou do “nervoso” (idem: 25).

Apesar das evidências pelas quais o gênero surge no território da saúde mental, estudos que abordam esta interface ainda são incipientes (Maluf, 2010; Rabelo, 2011; Zanello, 2014a). No Brasil, são poucas as publicações acadêmicas a respeito nas principais plataformas científicas dentro do período de pouco mais de uma década (Zanello, 2014a). Além disso, a maior parte dos estudos que cruza abordagens de gênero e saúde tem se voltado para questões de saúde sexual e reprodutiva e para questões de cidadania e de acesso ao atendimento e cumprimento das políticas públicas de saúde (Maluf, 2010). Dito isto, percebe-se a importância da questão, não apenas no âmbito da pesquisa, mas das políticas públicas, das práticas profissionais, dos movimentos sociais e, também, nos sistemas oficiais de classificação das doenças mentais. Os progressos, dada a inclusão desta categoria nestas inúmeras esferas, são constatáveis. Entretanto, é preciso mais. E, particularmente, face à produção científica, mais estudos sobre o gênero são imprescindíveis, não somente para reconhecer diferenças, mas para questionar as desigualdades que atravessam a saúde mental.

Ordorika Sacristán (2009) oferece um esquema útil para entendermos como pesquisadores e, principalmente, pesquisadoras contribuíram para a sociologia da saúde e da doença mental a partir de um enfoque de gênero e feminista. Antes, porém, informa a contribuição geral da sociologia para o campo do mental (Cockerham citado por Ordorika Sacristán, 2009). Primeiramente, a sociologia engloba estudos com o objetivo de analisar como as situações e os contextos culturais influenciam na construção dos conceitos de saúde/doença mental. Depois, analisa como se relacionam processos sociais e os estados mentais das pessoas. Um terceiro mérito da sociologia consiste em investigar a relação entre populações específicas (definidas por gênero, raça/etnia, classe social etc) e suas experiências particulares com a doença (idem). Nossa pesquisa está enquadrada mais especificamente neste último grupo, muito embora não seja possível desenvolvê-la sem levar em conta os contributos dos primeiros.

Dentro dos estudos das ciências sociais/sociologia sobre saúde/doença mental, há aqueles que incorporam um enfoque de gênero. Para isto, Ordorika Sacristán (2009) refere quatro linhas de análise fundamentais no interior do que chama de análise sociológica feminista da doença mental.

A primeira linha de análise é intitulada de “processos sociais e concepções de saúde e doença mental”. Investiga principalmente de que maneira processos sociais e políticos interferem na emergência e no desaparecimento de certas doenças mentais (como a histeria e a homossexualidade) e no conteúdo de categorias diagnósticas específicas construídas pela psiquiatria. Diferentemente de outros profissionais da saúde mental, nessa linha de análise, a sociologia não toma as categorias diagnósticas enquanto um “dado”. Ao contrário, parte-se da ideia de “construção social” da doença mental. Seus trabalhos elencam algumas convicções como, por exemplo: toda definição de saúde ou doença (física ou mental) é uma construção social e varia conforme o tempo e o espaço; existe um sexismo institucionalizado nas definições das doenças mentais (“x” é doença de mulher ou “y” de homem, super diagnosticando alguns e negligenciando um diagnóstico para outros - via de regra, mulheres são mais patologizadas que homens) (Ordorika Sacristán, 2009: 655-656).

Para esta linha, incorporar um enfoque de gênero põe em xeque a autoridade da ciência ao mostrar as cargas valorativas que acompanham as construções das categorias diagnósticas. Faz o questionamento da neutralidade e da objetividade da ciência e da psiquiatria (práticas eminentemente masculinas e, mais, que patologizam as experiências femininas). Nomear, classificar e criar categorias nosográficas implica em aspectos positivos e negativos. Positivamente falando, oferece-se reconhecimento público às experiências de sofrimento e dor para aqueles que delas sofrem. Do lado negativo, reforçam-se estereótipos, a patologização de certas experiências, o uso de medicação involuntária, a hospitalização forçada. O ideal, assim, é realizar críticas frequentes a respeito dos conteúdos sobre as concepções de saúde, doença mental e também das categorias diagnósticas para perceber como a ordem social (sexista) tem impacto sobre estas concepções (Ussher citada por Ordorika Sacristán, 2009: 659).

Os limites desta linha de investigação, segundo Ordorika Sacristán (2009: 659), consistem na ênfase que fazem sobre os discursos que patologizam o feminino e nos estudos sobre práticas coercitivas exercidas pelos médicos sobre as mulheres. Para uma ideia mais integral da saúde mental, é preciso olhar mais para as relações entre os gêneros no seu caráter relacional do que apenas para o “feminino” ou para o “masculino”.

Uma segunda linha de investigação é intitulada de “processos sociais e práticas médicas”. Tal como a primeira linha, parte da noção de construção social. Adaptando as teorias da antipsiquiatria (doença mental enquanto desvio, etiqueta, mito, etc.), descreve as instituições psiquiátricas como sendo uma engrenagem de um controle social mais amplo. Analisa a relação entre processos sociais de gênero e organização dos serviços de saúde mental com foco na psiquiatria e em como esta, especialmente através da noção construída de doença mental feminina, exerceu controle sobre os corpos femininos a partir de métodos curativos (hospitalização e prescrição de medicamentos) (Ordorika Sacristán, 2009: 660).

Sob esta perspectiva, a psiquiatria etiqueta muito mais facilmente as mulheres que os homens tendo como base comportamentos desviantes de uma feminilidade ideal (Chesler, 1972). O poder de rotular vem principalmente de homens brancos, de classe alta, heterossexuais. Em contrapartida, há o desempoderamento de outros grupos marginalizados (em termos de gênero, raça/etnia, classe, orientação sexual, etc.). Para Ordorika Sacristán (2009), as limitações desta linha de investigação estão na visão parcial que têm da psiquiatria em detrimento de estudos que mostram como ela pode ajudar as mulheres em sofrimento. Algumas autoras, inclusive Chesler, chegaram a romper totalmente com a psiquiatria. No nosso ponto de vista, e concordando com Ordorika Sacristán (2009) e Busfield (1996), romper não é a saída mais útil porque também renega conhecimentos e medicamentos que auxiliam a melhorar os estados de saúde das pessoas. As críticas às práticas psiquiátricas são necessárias, mas renegá-las totalmente significa renegar também o sofrimento real pelo qual passam homens e mulheres.

A terceira linha de investigação corresponde aos “processos sociais e a etiologia da doença mental”. Ao contrário das linhas anteriores, que utilizam o termo sociológico “construção social”, esta linha investe na “produção social” do adoecimento mental. Em outras palavras, reconhece a existência ontológica da doença, que não é apenas uma construção, um mito. Investiga a repercussão dos fatores sociais como o gênero na saúde mental das pessoas e informa que diferenças numéricas nas estatísticas mentais entre homens e mulheres são produto e reflexo das iniquidades e explorações de vida das segundas (Ordorika Sacristán, 2009: 663). Este enfoque explica como a ordem social gera determinados tipos de transtorno para mulheres e outros para homens, transtornos que são mesmo objetivos e não apenas construções da psiquiatria. Enfatiza como a situação de vulnerabilidade – não física ou psíquica, mas social – das mulheres afeta negativamente a sua saúde mental. Uma das limitações apontadas para estes trabalhos é que não basta investigar o que há de diferente e desigual entre homens e mulheres,

mas entre homens/homens e mulheres/mulheres. Neste emaranhado de relações, entram outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, etc.

Por fim, a última linha de investigação corresponde à “experiência subjetiva de saúde e doença mental” (idem: 664) – a que optamos por seguir nesta pesquisa. Socorremo-nos dos trabalhos das outras linhas por englobarmos tanto alguns aspectos da construção, quanto da produção social da saúde/doença, mas o nosso foco consiste em verificar como as pessoas experienciam a própria doença mental a partir de eventos, práticas e contextos variados das vidas. Este tipo de análise, conforme Ordorika Sacristán (2009), surgiu na década de 1980, quando o interesse em conhecer questões relacionadas à saúde passou a englobar não somente o discurso e as práticas médicas, mas também as perspectivas dos próprios pacientes, isto é, dos “leigos”. Influenciado por uma sociologia que questionava o poder absoluto das estruturas sobre os indivíduos, rompeu com o modelo de paciente até então hegemônico na sociologia, o de Parsons⁴⁴ (2005 [1951]), e chamou a atenção para a capacidade que o sujeito tem de refletir sobre conceitos e ações de forma distinta do médico e de elaborar sentidos e significados face à sua condição de pessoa com o sofrimento psíquico.

Estudos nesta linha geralmente são de cunho qualitativo e orientados pela *grounded theory*, pelo interacionismo simbólico, pela teoria da rotulagem, pela fenomenologia e, em vez de focarem em contextos macroestruturais, voltam as suas análises para os contextos microssociais. Embora o seu foco esteja nas experiências subjetivas que ocorrem nestes contextos micros, seus trabalhos mostram o quanto que elas estão impregnadas das condições objetivas de vida das pessoas. Dentro desta linha, foram realizados alguns estudos feministas com o objetivo de conhecer e explicar as diferenças de gênero em torno das experiências de saúde num sentido mais amplo. Um deles é o trabalho de Gillian Bendelow (1993), que explora as relações entre percepções leigas sobre dor e características sociais de indivíduos com foco nos papéis de gênero dentro deste processo.

Porém, a abordagem sociológica das experiências leigas com a saúde/doença em sentido mais amplo, e, no campo do mental, em particular, ainda tem sido pouco explorada. Menos ainda através da interface entre saúde/doença mental e gênero (Ordorika Sacristán, 2009). E poucos abordam a condição masculina. Foi possível constatar isto nas buscas por trabalhos do tipo em impressos e plataformas *on line* de base de dados. No Brasil, como dito, a

⁴⁴ Para Parsons (2005 [1951]), na descrição da doença (física, mas podemos prolongar para a doença mental) enquanto uma experiência subjetiva, há dois papéis sociais fundamentais em jogo: o papel do médico e o papel do doente. Enquanto ao médico cabe a função de ter conhecimentos e restabelecer a saúde, ao doente cabe receber – acriticamente, com base em expectativas institucionais – as orientações médicas, cuidar-se e desejar voltar a ser saudável.

incorporação da categoria gênero à saúde mental ainda ocorre de maneira incipiente e, menos ainda, são os trabalhos que abarcam aquela categoria no seu caráter relacional. Dos estudos que encontramos, grande parte elegeu as mulheres enquanto sujeitos da pesquisa e, possivelmente, isto constitui um contraponto à histórica abordagem biológica das mulheres pela medicina. São estudos não restritos à sociologia, mas pertencentes a diversas áreas, como a antropologia, a psicologia, a enfermagem, a história, entre outras. Nem todos abordam diretamente o conceito de gênero, mas ao focalizarem nas experiências específicas de mulheres e/ou homens, revelam o quanto a doença mental, além de ser um fenômeno polissêmico, é vivido de maneira distinta por homens e mulheres. Os seus resultados trazem importantes subsídios para se perceber o quanto estas experiências são enformadas socioculturalmente. Vejamos abaixo alguns destes estudos que têm como objeto empírico homens e/ou mulheres com sofrimento psíquico/doença mental.

Um dos trabalhos é o de Tsu e Tofolo (1990). Os autores analisaram as concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental. Considerando que a assistência psiquiátrica pública brasileira direciona suas práticas institucionais fundamentadas em um discurso de cunho predominantemente organicista, investigaram de que maneira esta ideologia penetrava na sua clientela através de entrevistas individuais com 60 mulheres internadas no Hospital Psiquiátrico de Vila Mariana, São Paulo. Concluíram que, tanto entre as entrevistadas que consideravam ter algum problema psiquiátrico quanto aquelas que não – mulheres, em sua maioria, de baixa renda e escolaridade –, predominavam explicações de cunho psicossocial. Questionadas sobre as causas que atribuíam à própria loucura, as respostas da maioria remeteram para dificuldade de relacionamento interpessoal. Foram mencionadas situações de pobreza (o que gerava brigas entre os familiares), separação de um marido violento que bebe álcool, vivência de estupro cometido pelo próprio pai, abandono por parte da família, sobrecarga no cuidado com familiares. Também houve casos em que as mulheres associaram a origem de seu problema ao consumo de bebida e à ação de entidades espirituais, mas, mesmo nesses casos, o estímulo (para o consumo do álcool e o surgimento das entidades) tinha relação com relacionamentos interpessoais.

Garcia (1995), no fim da década de 1980, conversou com 68 mulheres na faixa etária entre 16 e 67 anos internadas em hospitais psiquiátricos de São Paulo. Tentou entender as causas de suas internações e as suas experiências nos hospitais. Foram encontrados casos em que as mulheres tiveram problemas no âmbito da esfera amorosa, sobrecarga no cuidado com a casa e os filhos, vivências de violência. Por outro lado, as histórias das mulheres também refletiram

situações nas quais elas não corresponderam à imagem “ideal” e não conseguiram encontrar outro modo de se exprimir que não fosse visto como antinatural. Algumas dessas mulheres não quiseram ter filhos, outras optaram por viver sozinhas (e gostavam disso), outras eram consideradas “solteironas”, outras tinham nível social superior ao de seus maridos, recusaram ter relações sexuais contra a sua vontade ou, ainda, passaram a beber demais. Algumas, por sua vez, sofriam por não conseguir ter filhos ou por ter perdido um filho.

Pereira (1997) analisou as representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre sua situação de vida depois do convívio com a loucura, a internação e o sofrer psíquico. Entrevistou 4 mulheres internadas em um hospital psiquiátrico de Ribeirão Preto, São Paulo. Destacamos o capítulo no qual a autora focaliza as representações sociais do sofrer psíquico construídas pelas lembranças do passado e pelas vivências do presente. Uma das histórias tem a culpa como ponto presente em toda a narrativa: culpa por ter mantido com o pai uma relação incestuosa, por ter tido relações sexuais com outros homens, por ter sido passiva diante das situações de assédio sexual. Houve relatos também sobre a tristeza com o esfacelamento do núcleo familiar, relacionamentos abusivos por parte dos companheiros, a pobreza, o cuidado com os filhos. Concluiu que a constituição da carreira psiquiátrica das mulheres foi construída a partir de suas vivências concretas e é representada pela expressão “a triste passagem, a triste paisagem”.

Hita (1998), em um estudo sobre a identidade feminina e o nervoso, discutiu experiências potencialmente fragilizadoras da saúde mental na trajetória de vida de mulheres pobres em uma comunidade urbana de Salvador, Bahia. Realizou entrevistas de história de vida com 14 mulheres que se auto-referiram como nervosas. Todas mencionaram sofrer privações econômicas e carências de ordem afetiva na primeira infância e uma inserção no mundo do trabalho ainda crianças, sendo também responsáveis pelo sustento da sua família de origem. Na infância, houve relatos de sofrimento devido a violência física, sexual e psíquica, bem como devido a uma adoção mal sucedida. Na vida adulta, houve relatos de estupro sofridos por elas próprias ou por algum ente da família. Também foram mencionadas a gravidez adolescente associada à reação de parentes, a vida afetiva a dois marcada por violência doméstica, maus tratos, infidelidades por parte do companheiro. Ainda, houve relatos de sofrimento por conta da doença crônica e morte de parentes. Mulheres mais velhas tiveram a tendência de deslocar as preocupações sofridas na relação conjugal para filhos e netos. Também foram mencionados conflitos com a vizinhança, potencializados pela fofoca. O tema da sexualidade surgiu seja para as mulheres que relataram a ausência de relações sexuais ou para aquelas que tinham dificuldades na vida sexual com os companheiros. Apesar desses eventos estressores, algumas

mulheres encontraram alternativas e/ou soluções para eles através do divórcio, separação, mudança de casa, alívio dos papéis de cuidadora, aquisição de um novo trabalho, novas relações, entre outros.

Silveira (2000) realizou uma abordagem antropológica do “caso dos nervos” com mulheres na localidade de Campeche, em Florianópolis, sul do Brasil. A sua investigação demonstrou como as dimensões físicas, psicológicas e sociais das experiências não são desagregadas. Partiu da noção de “nervos” enquanto fenômeno polissêmico, uma explicação tanto quanto uma forma de expressão para se referir ao cansaço, à fraqueza, à irritabilidade, aos tremores, aos conflitos conjugais e sociais, cefaleias, iras, ressentimentos, privações afetivas ou materiais, entre outros aspectos. A etiologia dos “nervos” está nos fatores sócio-relacionais, mas a experiência do paciente é física. A autora, médica e antropóloga, argumentou que, na biomedicina, as consultas médicas despojam esta noção dos seus significados e conteúdos sociais e, em geral, desmerecem o sofrimento do paciente ao olhar para este apenas como um “nervoso”. Através da entrevista com 13 mulheres, de idades e histórias diversas, que tinham em comum o rótulo de “nervosas”, Silveira concluiu que: nervos é um problema das mulheres; constitui para elas uma linguagem social; e pode representar para elas uma forma dissimulada de exercer violência sobre outros atores nos seus cotidianos.

Oliveira (2000) realizou um estudo sobre o consumo de Diazepam por mulheres usuárias do sistema público de saúde na cidade de Sobral, Ceará. A autora verificou que não havia acompanhamento sistemático nem registro da prescrição de medicamentos no prontuário das usuárias, o que poderia significar que o tempo de consumo não era monitorado pelos médicos prescritores. Também percebeu que as mulheres viam no medicamento uma forma de alívio para as suas preocupações cotidianas que, por sua vez, estavam relacionadas com a classe social desprivilegiada da qual faziam parte: faltava-lhes emprego, comida, roupa, moradia adequada, educação. Os relacionamentos dessas mulheres também se enquadraram nas preocupações. Houve predomínio dos relacionamentos conjugais, que englobavam uma relação de dominação e violência contra as mulheres. A autora concluiu que a mulher é o alvo mais fácil do complexo médico-hospitalar, que oferece uma assistência que privilegia o biológico e é baseada numa área curativa, fragmentada e restrita.

Rabelo e Souza (2000) desenvolveram uma reflexão sobre a experiência do nervoso na trajetória de 3 mulheres das classes trabalhadoras em Salvador, Bahia. O nervoso apareceu sob a forma de alguns temas nas trajetórias de vida das mulheres. A primeira sob a forma de enfraquecimento associado às tentativas fracassadas de ocupar uma posição de mulher e mãe

segundo o modelo das classes trabalhadoras. Nenhuma delas via preenchido o papel de marido, pai e provedor por parte de seus companheiros. Enfrentavam traições, violências, abandonos. O nervoso também apareceu sob a forma de enfraquecimento do corpo: as mulheres passavam por uma perda de sua vitalidade que não ocorria apenas devido ao processo de envelhecimento natural, mas, sobretudo, ao desenrolar de eventos sofridos que deixavam marcas no corpo. O enfraquecimento também surgiu como perda autodeterminação e o nervoso atingia profundamente a sustentação da imagem de si que ora era de uma mulher forte e ousada, ora era de uma mulher consumida pela fraqueza.

Sandri (2001) estudou as relações de gênero e a constituição da saúde mental feminina a partir dos sentidos e significados atribuídos ao sofrimento psíquico por mulheres usuárias e psicólogas de um serviço de saúde mental de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Os sentidos atribuídos pelas mulheres usuárias estiveram relacionados com a vida cotidiana, destacando-se as responsabilidades e obrigações face ao cuidado com os filhos e familiares próximos. Também os relacionamentos amorosos e as formas de amar estiveram presentes nos relatos. O trabalho também surgiu e esteve relacionado com a dupla jornada de trabalho e o desemprego.

Alves (2002) realizou um estudo sobre as narrativas de mulheres idosas quanto ao nervoso e às experiências de fragilização. O autor destacou a categoria velhice ao entrevistar algumas idosas residentes em um dos mais populosos bairros de classe trabalhadora de Salvador, Bahia. Houve destaque para o sofrimento relacionado com a vivência no bairro, marcada pela importância das relações sociais. Se a rua é um local de sociabilidade, também pode ser um local marcado pela fofoca, que transforma dramas particulares em dramas públicos (a violência de maridos que provam a sua virilidade, a força usada por pais na educação dos filhos, o desrespeito dos mais jovens para com os mais velhos). As entrevistadas referiram sensações de perda e fraqueza relacionadas principalmente com o corpo. Todo este processo era fruto da velhice e “a história do nervoso é também a história da perda gradativa da beleza e vitalidade” (idem: 167) que vem com o avançar da idade. Também diz respeito à impossibilidade de sustentar uma certa identidade pessoal ou a um projeto de vida de acordo com um modelo ideal de mulher (boa mãe, esposa, responsável pela casa) porque as histórias das idosas refletiam traições, violências e abandonos pelos seus companheiros. Apesar dessas dificuldades, podiam forjar para si a identidade de mulheres fortes e corajosas.

Bastos e Dantas (2003) analisaram o discurso de uma paciente psiquiátrica com diagnóstico de transtorno bipolar do humor e atendida no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O objetivo foi compreender como a narradora se

comportava discursivamente em relação à sua identidade de gênero. As narrativas enunciadas pela mulher focaram na sua busca por cura e por independência financeira através do trabalho. As autoras consideraram que a paciente entrevistada construía a sua identidade a partir de práticas discursivas femininas e masculinas. No caso das masculinas, houve ênfase na capacidade de produção e autonomia, rompendo com a imagem do paciente psiquiátrico descrito pela literatura e pelo próprio senso comum. Por outro lado, as práticas discursivas femininas revelaram sentimentos como tristeza, oscilação entre agitação e calma e solidão.

Traverso-Yépez e Medeiros (2004) realizaram um estudo de caso com uma mulher casada de 38 anos, mãe de dois filhos adolescentes, dona de casa e usuária de uma unidade de saúde da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Ficou evidenciado que, ao falar de seu problema, a participante estava também se referindo as limitações socioestruturais do seu contexto. A princípio, a sua “doença dos nervos” foi percebida por ela como algo hereditário e quase exclusivamente como problema do cérebro, mas posteriormente demonstrou as preocupações com as dificuldades do dia-a-dia. As suas preocupações giraram principalmente em torno de problemas do tipo econômico e a insegurança com sua situação financeira e do marido, que não chegava a ganhar dois salários mínimos.

Couto-Oliveira (2007) investigou as interfaces entre gênero, pobreza, saúde mental e resiliência por mulheres. A autora realizou estudos de casos múltiplos com 5 mulheres heterossexuais, moradoras da Vila Estrutural, no Distrito Federal. A marca registrada entre as participantes foi a capacidade de “não desanimar, levantar, sacudir a poeira – literal e metaforicamente – e de dar a volta por cima” (idem: 255) diante das demandas sociais às quais estavam sujeitas. As principais fontes geradoras de estresse foram a condição de pobreza aliada à sobrecarga de trabalho. Entretanto, todas demonstraram resiliência face a esses processos de risco. Esta característica, segundo a autora, pode ter sido potencializada pela infância, percebida como saudável pelas entrevistadas. A espiritualidade também exerceu papel protetivo e de estratégia no enfrentamento da vida para as mulheres. O estudo concluiu que na interação entre gênero, pobreza, saúde mental e resiliência houve uma tendência para a saúde e não para a doença, mesmo em contextos amplamente desfavoráveis.

Pegoraro (2007) realizou uma pesquisa que objetivou compreender, através de um estudo de caso identificado num setor de curta permanência de um hospital psiquiátrico, no sudeste brasileiro, a situação de uma mulher em sofrimento mental quanto à prestação de cuidados no lar e quanto aos cuidados requeridos por ela mesma em função de seu quadro. Ficou claro o papel da mulher enquanto cuidadora informal como central na vida da usuária, a

sobrecarga do cuidador, a perda de autonomia da usuária promovida pelo cuidado formal e informal recebidos, e a necessidade de articulação entre serviços formais de assistência em saúde mental e as famílias. Houve diferença nos tipos de cuidado que a usuária recebeu em função do gênero: do marido recebia um cuidado mais “pontual” (necessidades como a compra de alimento, ser levada de carro ao médico, levar os filhos do casal à escola, “dialogar” com a usuária); da mãe recebia cuidado quanto à higiene pessoal, alimentação e medicamentos; da sogra e das cunhadas recebia um cuidado relativo à gerência do lar (fazer a comida quando a usuária não estava bem, olhar os seus filhos, oferecer suporte quando o marido não podia acompanhá-la ao médico).

Oliveira (2007) estudou o significado da violência física para a mulher com vínculo afetivo, sexual e erótico com o agressor, e seus impactos na saúde mental em Sobral, Ceará. Através do discurso do sujeito coletivo enquanto estratégia metodológica para identificar uma dada representação social, entrevistou mulheres vítimas de violência atendidas na rede básica de saúde e na delegacia especializada no atendimento à mulher. Na descrição das experiências, as mulheres relataram sentimentos e comportamentos como: indignação, traição, perseguição, exploração, humilhação, agressão, difamação, incompreensão, inquietação, agitação, hospitalização, ingratidão, subordinação, servidão, retaliação. O cotidiano das mulheres estava marcado por sofrimento, lesões, marcas, sequelas, medo, dor, alcoolismo, suicídio, denúncia, injustiça, danos físicos, psicológicos, morais. A violência física gerou uma possibilidade real de adoecimento psíquico.

Saraiva (2008) levou a cabo um estudo sobre as percepções e o modo de lidar com o sofrimento mental por mulheres. Fazendo uso de uma pesquisa qualitativa exploratória, entrevistou 13 mulheres atendidas em serviços de saúde mental ou saúde da mulher (gineco-obstétrico) na cidade de Fortaleza, Ceará. A autora identificou fatores favoráveis ao adoecimento mental feminino: multiplicidade de papéis, separações e perdas; excessos de responsabilidades; gravidez, alterações do ciclo vital; relacionamentos violentos; maus tratos; dependência; isolamento social; maior fragilidade; condições reprodutivas; relações de gênero; maiores preocupações com a família. Também foram identificados os efeitos do adoecimento: alteração da dinâmica familiar; maior exposição à violência, drogas e gravidez; perda da vaidade e da libido. Concluiu que este ser feminino, muitas vezes, a princípio, não é consciente de ser vítima de um sistema tão bem estruturado de relações desiguais e injustas. Mas, com estímulo, passa a descrever as desigualdades que percebe entre a sua condição e a dos homens.

Concluiu, ainda, que não existe intercambialidade entre os serviços escolhidos como campo de pesquisa no sentido de discutirem as situações das mulheres usuárias.

Em sua pesquisa de doutorado, Silva (2008) focalizou a situação de moradoras de um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) no município de São José, Santa Catarina, na região sul brasileira. O objetivo da pesquisa qualitativa foi compreender como se relacionam saúde mental, gênero, cidadania, subjetividade e serviços residenciais terapêuticos a partir dos pontos de vista de 6 mulheres residentes do SRT. Segundo a autora, o SRT atuava tanto como um novo espaço social para as residentes, quanto um dispositivo de controle e de poder. Mesmo que este serviço pudesse ser considerado um progresso face à situação anterior de internamento em hospital psiquiátrico das mulheres, o seu funcionamento ainda reproduzia os papéis femininos tradicionais. Por fim, as desigualdades de gênero marcaram as trajetórias de vida das entrevistas e também a organização dos SRTs femininos e masculinos.

Em outra pesquisa de doutorado, Soares (2008) descreveu como se apresenta o fenômeno da maternidade para mulheres usuárias de um ambulatório de saúde mental na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. A autora especificou a falta de esclarecimento das participantes sobre a doença, o vínculo com os serviços e os profissionais de saúde, a percepção do apoio familiar e o tipo de ajuda oferecida pelo marido. Quanto ao enfrentamento da doença, viviam entre a adesão e a desistência do tratamento, em um processo de idas e vindas. A doença refletia nos filhos, mas, mesmo assim, as mulheres tentavam “ir levando a vida”. Em geral, viviam a maternidade como uma realização normalizadora para a sua vivência adulta e em igualdade com as demais mães.

Nogueira (2009) desenvolveu um estudo qualitativo no Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu, São Paulo. O objetivo foi compreender a manifestação e a expressão do sofrimento psíquico, conhecer o trajeto da busca de cuidados e identificar a percepção que mulheres usuárias do serviço tinham sobre as alternativas de tratamento para o sofrimento. Através da técnica de grupo focal de discussão, os dados revelaram que os desencadeantes do sofrimento atribuídos pelas mulheres giravam em torno de situações de estresse, sobrecarga emocional, dificuldades financeiras, desentendimentos na família, dependência química ou de álcool de familiares, morte de familiares. A busca por cuidado por pelas mulheres iniciou quando elas sentiram sintomas corporais (principalmente alteração no sono, dor), “nervoso”, “depressão”, aflição, perda de interesse, retraimento social etc. Procuraram médicos com os quais tinham vínculo, clínicos gerais, especialistas na área na qual sentiam dor (por exemplo, cardiologista, se a dor fosse no peito) – depois eram encaminhadas

para tratamento especializado. Muitas apresentaram resistência para começar o tratamento especializado em saúde mental, o que tinha a ver com suas crenças sobre as pessoas tidas “loucas”. Como alternativa ao tratamento convencional, buscaram apoio especialmente em práticas religiosas e espirituais e apoio familiar.

Em uma coletânea produzida por vários autores sobre gênero, saúde e aflição, foram reunidas investigações de cunho antropológico em torno das “experiências sociais” de mulheres com o sofrimento mental. O trabalho de Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) buscou compreender como (e se) a disseminação de diagnóstico de depressão, acompanhado de tratamento e medicalização, se fazia presente entre os grupos sociais mais pobres e considerados vulneráveis na cidade de Florianópolis, Santa Catarina. As mulheres, que constituíam a maioria das pacientes nos serviços públicos de saúde e na atenção básica, foram as principais interlocutoras. As narrativas obtidas em campo enfocaram não somente as histórias de vida pessoais, mas os contextos em que tais histórias se desenrolaram. Os itinerários terapêuticos percorridos por essas mulheres giravam em torno das várias idas ao médico, do consumo de medicamentos e da busca por religiões diferentes. A família podia ser acolhedora na situação de adoecimento, mas também a “causadora” de algumas doenças quando refletia a sobrecarga de cuidados com a casa e os filhos ou problemas com o marido. Outra “causa” de aflição foi a entrada das mulheres no universo “masculino” – se, por um lado, recebiam o trabalho remunerado, por outro, corriam o risco de negligenciar os afazeres ligados à maternidade. Também surgiram narrativas em torno das experiências com a violência no bairro de residência.

Argenta (2010) abordou os itinerários terapêuticos e os modelos de sofrimento revelados nas narrativas de 4 voluntárias da Pastoral da Saúde diagnosticadas com depressão em um bairro de Florianópolis, Santa Catarina. As narrativas apontaram para a identificação de uma “crise” como desencadeadora e reveladora do sofrimento que, por sua vez, teve a ver com o espaço doméstico, a “casa”; a valorização do diagnóstico e tratamentos médicos; a influência da dimensão espiritual no processo de tratamento e cura; a importância concedida ao trabalho na Pastoral da Saúde enquanto uma atividade com sentido terapêutico que, ao ajudar outras pessoas, contribuía para a própria recuperação.

Brown (2010) investigou a “obrigação de cuidar” entre mulheres idosas de uma comunidade de Florianópolis. A autora refletiu, a partir de mulheres de terceira idade e cuidadoras de outras pessoas da família também idosas, que o cuidado era tido como uma prática principalmente feminina, algo reforçado pela “fofoca” intensa na comunidade. A fofoca entre os membros da comunidade envolvia assuntos como a saúde e a doença: fala-se sobre

quem está doente nas famílias e na comunidade e aquele membro (ou aquela mulher, mais exatamente) que tem um parente enfermo tem a obrigação de cuidar perante a comunidade. O cuidado, entretanto, gerava aflição às cuidadoras idosas, que referiram ansiedade, cansaço, esgotamento, preocupação, estresse, insônia, nervos, depressão.

Yuasa (2012) realizou uma pesquisa sobre a depressão no discurso de mulheres usuárias de um serviço de saúde de Curitiba, Paraná, sul do Brasil. Revelou-se a multidimensionalidade e a interligação dos sintomas da depressão. Os motivos atribuídos à doença variaram: luto pela perda de familiares, doenças graves, sobrecarga de responsabilidades, interferência espiritual, conflitos familiares e violência doméstica. As principais estratégias utilizadas no enfrentamento da doença foram o uso de medicação e práticas e crenças religiosas.

Costa, Dimenstein e Leite (2014) analisaram a relação entre condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais residentes de um assentamento rural do Rio Grande do Norte, nordeste do Brasil. A partir de uma pesquisa quantiquantitativa, utilizaram as estratégias metodológicas do questionário e da entrevista semiestruturada com as participantes. As entrevistadas associaram a fraqueza no “sistema nervoso” a diversos acontecimentos: a pobreza, o casamento, a sobrecarga de trabalho e a violência. O casamento, fonte de profunda angústia, sugere um aumento de responsabilidade e também da carga de trabalho para as mulheres. Muitas desempenhavam uma tripla jornada: o trabalho agrícola, o trabalho doméstico e, ainda, outras atividades, como venda, trabalho como diarista, entre outros. O casamento e a união estável surgiram na fala das entrevistadas estando relacionados à vivência de episódios de violência.

Dantas (2016) investigou sobre a vivência da depressão entre mulheres, bem como o gênero participa na sua formação. A partir de entrevistas semiestruturadas com 9 mulheres com diagnóstico de depressão em um serviço de saúde público e outro serviço particular no Distrito Federal, construiu 4 categorias: vivências do círculo feminino, vivências do círculo extra-íntimo, vivências de perspectivas de futuro e vivências de depressão. Predominaram vivências desfavoráveis relativas a um dispositivo materno e a um dispositivo amoroso. Por outro lado, foi pouca a referência por parte das mulheres entrevistadas ao seu círculo extra-íntimo, o que aponta para a limitação de suas vidas ao espaço privado.

Campos e Zanello (2017) investigaram a relação entre sofrimento psíquico, gênero e violência através das narrativas de mulheres usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial de uma capital brasileira. Nas narrativas das 7 entrevistadas, emergiram as dimensões subjetivas:

trabalho como vulnerabilidade atravessada pelo gênero (trabalho infantil, trabalho doméstico e punição por não “atuar” como uma mulher no mercado de trabalho) e relações familiares interpeladas pela violência (relações conjugais, maternagem, ascendentes, relação com os pais).

Outros trabalhos mostram a associação entre gênero, doença mental, sofrimento psíquico e experiência subjetiva a partir dos relatos não apenas de mulheres, mas também de homens. Alves (2008) realizou um estudo com homens internados em um hospital psiquiátrico de Teresina, Piauí. O objetivo foi compreender o processo de construção identitário desses homens face à experiência de ser diagnosticado com um transtorno mental a partir das suas próprias perspectivas. Os resultados apontaram para os “desencadeantes” do transtorno: situações nas quais foram vítimas de violência, separações e perdas de entes queridos, uso de álcool e outras drogas, orientação sexual, fatos de ordem sobrenatural, estresse no trabalho e mudanças desagradáveis (como mudança de moradia). Os impactos do transtorno mental na vida desses homens englobaram mudanças nos papéis exercidos no âmbito da família (diminuição da autoridade enquanto pai e marido, impossibilidade de constituir uma família), das amizades (diminuição da rede de sociabilidade, especialmente a “masculina”) e do trabalho (rompimento com o papel de provedor).

Tinoco (2009) investigou a construção de masculinidades de homens usuários de um serviço de saúde mental no município de Alvorada, Rio Grande do Sul. Por meio de entrevistas com 5 homens informantes, a autora concluiu que o diagnóstico do transtorno mental interferia na construção de suas masculinidades face a quatro aspectos: trabalho, conjugalidades e laços familiares, confrarias masculinas (organização/agrupamento de homens que reforçam o pertencimento ao “mundo masculino”) e projetos de vida. O trabalho apareceu como fator de adoecimento, mas também como algo que não podia ser realizado quando se está doente (mesmo que não tenha sido o “causador”), portanto, central na identidade masculina. Com o adoecimento, houve, na esfera da família, uma masculinização das mulheres e uma feminilização dos homens devido à sua condição de alijamento do trabalho e impotência. Quanto às confrarias, os relatos foram sobre distanciamento dos antigos grupos de sociabilidade e pertencimento. Por fim, quanto aos projetos de vida, o adoecimento provocou uma certa perda de autonomia e até mesmo a desistência ou impossibilidade de desejar, sonhar e fazer planos.

Moura (2011) realizou uma pesquisa sobre homens jovens e a internação psiquiátrica a partir das relações de cuidado pela família. Foram feitos 3 estudos de casos localizados em um hospital psiquiátrico do município de Ribeirão Preto, São Paulo. A autora realizou entrevistas tanto com homens que foram internados quanto com seus familiares. Concluiu que

os homens vivenciam o sofrimento mental na sua relação com o trabalho e a virilidade, a provisão financeira e o cuidado para com a família. Também o uso de drogas foi apontado como possível disparador para a doença. Ficar internado interferiu nos projetos de vida especialmente quanto ao estudo, à profissão e à constituição da própria família. Também interferiu nos projetos de vida de seus cuidadores (a maioria mulheres) principalmente quanto à vida social e ao trabalho.

Bezerra (2017), em uma pesquisa quantiquantitativa, analisou os aspectos de vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns em homens do estado da Paraíba, nordeste do Brasil, comparando os contextos urbano e rural. Na parte qualitativa do estudo, entrevistou individualmente 7 homens do contexto rural e 15 do contexto urbano. As vivências de sofrimento psíquico masculino remeteram para aspectos sociais e intersubjetivos do sofrimento. De uma maneira geral, homens dos meios urbanos demonstraram mais preocupação com a saúde que homens dos meios rurais, especialmente quanto à adoção de um estilo de vida mais saudável. Para ambos os grupos, o sofrimento psíquico podia ser produto dos problemas familiares e do cuidado para com a família e teve a ver não apenas com o homem enquanto principal provedor da família, mas também enquanto figura ativa no cuidado com os membros familiares (este último aspecto mais presente no contexto urbano). Também foram mencionados enquanto causa de adoecimento: crise econômica/dificuldades financeiras, a violência urbana (meios urbanos), a perda da vitalidade física (meios rurais), problemas conjugais, sobrecarga no trabalho (pressões para atingir metas no ambiente de trabalho, medo da demissão para urbanos; trabalho sazonal, trabalho braçal, elevada carga de trabalho agrícola, uso inadequado de agrotóxicos para rurais).

Há, ainda, os trabalhos que incluíram tanto as mulheres, quanto os homens enquanto sujeitos de pesquisa. Zanello e Bukowitz (2011) analisaram como valores e estereótipos de gênero, típicos da nossa cultura, apareceram nas experiências dos ditos “loucos” e “loucas”. As informações foram obtidas a partir de uma análise quanti-qualitativa das falas de pacientes psiquiatrizados em um hospital psiquiátrico público de Brasília, centro-oeste do Brasil. Os resultados apontaram para a prevalência de queixas relacionais (sobre a família e a vida amorosa) para as mulheres e, em contrapartida, de valorização da virilidade (sexualidade ativa, dinheiro e trabalho) para os homens. Por sua vez, em outro estudo realizado com usuários/as de um Centro de Atenção Psicossocial, em Brasília, por Zanello, Fiuza e Costa (2015), as informações analisadas a partir de entrevistadas semiestruturadas revelaram que: enquanto a fala das mulheres referiu principalmente o sofrimento por não conseguir maternar e realizar os

afazeres domésticos, a fala dos homens referiu o sofrimento por não conseguir trabalhar e prover a família, além da valorização e da dificuldade em se manter uma sexualidade masculina hegemônica de “comedor”. Ainda, em outro estudo realizado numa instituição geriátrica particular de Brasília, Zanello, Silva e Henderson (2015) apontaram, com base em entrevistas realizadas com idosos e idosas, para um sofrimento psíquico gerado da velhice. As idosas privilegiaram em suas narrativas as relações amorosas fiéis e monogâmicas. Também, para elas, a sexualidade tinha como pré-requisito o amor e a família tornava-se objeto de maior ressentimento para elas, devido ao abandono promovido pela internação institucional. Aos homens, por seu turno, a atividade produtiva (trabalho) apareceu como peça fundamental em seu funcionamento identitário de “ser homem”, colocado em xeque pela velhice. Ademais, o sentido de envelhecer também evidenciou a forma pela qual o corpo é percebido distintamente por idosos e idosas. Ambos relacionaram a vivência corporal na velhice com perdas e regenerações, mas, para elas, a imagem e o cuidado corporal estiveram mais associados com um modelo de juventude e beleza, enquanto que, para eles, o corpo se vinculou a motivações triviais de cuidados básicos.

Santos (2008) analisou a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico a partir de relatos de homens e mulheres usuários de um serviço público de saúde do município de Araraquara, São Paulo, sudeste do Brasil. Através de entrevistas semiestruturadas feitas com homens e mulheres portadores de transtorno mental severo, a autora indicou o efeito de uma clivagem entre gênero, geração e escolaridade sobre o sofrimento psíquico. As mulheres, no geral, sinalizaram para o campo da afetividade e os impactos do sofrimento psíquico não as impediu de realizar algumas tarefas domésticas. Entretanto, mulheres mais jovens e pertencentes às camadas médias intelectualizadas, referiram a importância da carreira profissional. Para as mulheres mais velhas e com baixa escolaridade, foi verificado que o sofrimento psíquico ocorre após o casamento e a maternidade e, nas suas narrativas, a violência de gênero foi um tema em destaque. Para os homens, o adoecimento significou uma brusca ruptura em suas trajetórias de vida, que se traduziu pela sua exclusão do espaço público. Ser homem e estar doente resultou em fracasso social, pouco tolerado pela família e pela sociedade. Os relatos masculinos enfatizaram o estigma decorrente do adoecimento psíquico, bem como a privação do exercício de suas sexualidades e do papel tradicional de provedor da família.

Por fim, em um estudo quantitativo, os autores Leite, Dimenstein, Dantas, Silva, Macedo e Sousa (2017) objetivaram investigar a incidência de transtornos mentais comuns em

assentamentos rurais dos estados do Rio Grande do Norte e do Piauí, bem como as implicações das condicionalidades de gênero na produção de sofrimento junto a homens e mulheres acima de 18 anos. Na parte qualitativa do estudo, a análise de entrevistas semiestruturadas demonstrou que, para as mulheres, o sofrimento esteve relacionado com a sobrecarga de trabalho doméstico e no roçado, a violência de gênero no interior da família e com estressores do cotidiano (morte de parentes próximos, migração de filhos e esposos para grandes centros urbanos ou outras áreas rurais, problemas de saúde, gravidez e nascimento dos filhos, criminalidade, dificuldades financeiras etc). Para os homens, o sofrimento esteve relacionado com a sobrecarga do trabalho na agricultura, o aparecimento de doenças e a perda da vitalidade física.

Todos estes trabalhos têm em comum o fato de se distanciarem de uma abordagem voltada essencialmente para questões biológicas ao realizarem a escuta das pessoas em situação de sofrimento psíquico. Suas análises focam nos processos a partir de quem os vivencia. Também se diferenciam teórica e metodologicamente de aportes como o da “produção social da doença mental”, que podem utilizar abordagens epidemiológicas que somente identificam os fatores sociais estressores da saúde mental. Isto porque, segundo Hita (1998: 179), o debate entre cultura e sociedade, por um lado, e saúde mental, por outro, envolve mais que identificar fatores de risco no meio social, “requer a compreensão de uma interação complexa de experiências que se desenvolvem ao longo de uma trajetória de vida”. Requer englobar quais sentidos dão e como se situam e respondem os indivíduos às condições externas do meio social.

Nossa pesquisa segue este rumo e também visa diminuir a lacuna referente ao campo que conecta gênero e saúde mental através das experiências subjetivas. Procuramos identificar e analisar tanto elementos estruturais, quanto os significados que as experiências com a doença mental têm para os sujeitos. Nosso foco incide sobre o cotidiano, a vida diária, que, segundo Connell (2003), é um dos âmbitos das políticas de gênero. Esperamos contribuir para entender melhor sobre situações problemáticas que atingem cada gênero, bem como a forma distinta pela qual vivenciam estas situações. Além do processo mais geral que envolve o gênero, podemos perceber como as situações problemáticas afetam cada homem e cada mulher em si dependendo de sua história de vida particular. Isto é, mais que perceber as diferenças entre homens e mulheres, perceber de maneira mais pormenorizada o que diferencia as próprias mulheres e os próprios homens entre si.

CAPÍTULO 3. A REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: história e desdobramentos políticos

“Foucault, historiando a loucura na idade clássica, discorre sobre a barca de recolher os loucos nas cidades da Europa de então. O recolhimento dos loucos na barca louca não os levava a lugar nenhum de desembarque, deixando-os prisioneiros da passagem. O hospício reproduz a barca. E o recolhimento dos insensatos ao manicômio é feito em nome da cura. Seria uma passagem para o retorno ao mundo dos sãos, depois da cura. Os que não conseguem essa passagem de volta ficam prisioneiros da passagem. Aprisionados, pelo resto de sua vida, na nau dos insensatos.” (Oliveira, 2009: 121)

“Quando o médico pretende que seu doente fique na cama, é evidente o caráter opressivo da medicina. Quando o médico aceita a contestação, quando ele aceita ser um dos polos da dialética, aí a medicina e a psiquiatria se tornam libertadoras.” (Basaglia, 1980: 15)

Neste capítulo, trazemos informações sobre o cenário da saúde mental no Brasil. Não fizemos o resgate dos primórdios da trajetória da assistência psiquiátrica às doenças mentais e da institucionalização no Brasil, mas informamos que esta se iniciou pelo século XIX, bastante influenciada pelo contexto europeu, e foi marcada pela inauguração do primeiro hospital psiquiátrico, o Hospício de Pedro II, em 1852, na cidade do Rio de Janeiro. Conforme Resende (1987), a sua tendência esteve centrada na exclusão num sentido de segregar o elemento perturbador, o doente mental, até um período significativo do século XX.

Aqui, priorizamos o contexto histórico, social e político a partir da segunda metade da década de 1970. Portanto, nossas considerações estão especificamente em torno da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira, processo em fluxo no país há aproximadamente quarenta anos, coincidente com o período de redemocratização. A reforma, que está para além de mudanças nas leis, políticas, serviços de saúde, enfatiza a chamada “desinstitucionalização”.

Conforme Venturini (2010), desinstitucionalizar significa mais que, simplesmente, retirar as pessoas doentes dos manicômios, superar as chamadas instituições totais. Consiste numa nova maneira de compreender a saúde e a doença, refutando a ideia de cronicidade e irreversibilidade do paciente, e sugerindo uma nova relação entre cuidadores e cuidados. Mais que um tratamento ou uma adaptação, “a desinstitucionalização consiste em um *crescimento* da pessoa” (idem: 143, grifo do autor). Tem como escopo resgatar a cidadania das pessoas que sofrem com problemas de saúde mental. Objetiva a promoção da autonomia destas pessoas.

Com o intuito de promover uma mudança na relação entre sociedade e loucura, mais que criticar a conjuntura do subsistema nacional de saúde mental, a reforma psiquiátrica interpela as instituições e práticas psiquiátricas vigentes, bem como os conceitos e saberes que dão fundamento e legitimidade às mesmas (Amarante, 1995, 2013). Além disso, é um campo extremamente heterogêneo que engloba a clínica, a política, o social, o cultural, as relações com o jurídico – em suma, é produto de atores muito diferentes entre si (Tenório, 2002: 28). O nosso objetivo é informar como a reforma psiquiátrica surgiu e atua para promover uma ruptura com o paradigma manicomial/psiquiátrico/biomédico considerando estes diferentes atores. Só após uma ruptura concreta é possível tecer um novo paradigma, o da desinstitucionalização (Heidrich, 2007) ou da atenção psicossocial (Yasui, 2006).

Selecionamos alguns aspectos considerados fundamentais para a apreensão de como o processo vem se desenvolvendo no país. Um primeiro aspecto engloba os atores, eventos e experiências internacionais que influenciaram a largada da reforma brasileira. O segundo corresponde ao contexto histórico e político no qual ocorreram as primeiras experiências de estratégias e serviços reformistas no Brasil até o começo do século XX. Logo após, com a reforma já tendo conquistado certa hegemonia política, destacamos um evento marcante, que trouxe renovações institucionais e impulsionou mudanças socioculturais: a promulgação da lei federal 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica ou Lei Antimanicomial) com a consequente ampliação da agenda política de saúde mental. De seguida, exploramos os desafios postos ao processo.

3.1 Experiências internacionais: reformas e rompimentos

A reforma psiquiátrica brasileira consiste num processo social e político complexo, que engloba atores, instituições e forças das mais variadas fontes e incide em diversos territórios: nos governos federal, estadual e municipal; nas universidades; nos mercados dos serviços de saúde; nos conselhos profissionais; nas associações de pessoas com a doença mental e seus familiares; nos movimentos sociais; nos territórios do imaginário e da opinião pública (Brasil, 2005). Para compreender como isto se deu e se dá no Brasil, é necessário levar em conta certos aspectos históricos que envolvem este processo. Entre eles, pode-se dizer que a experiência de reforma brasileira foi/é amplamente influenciada pelo contexto internacional e, nomeadamente, por iniciativas alavancadas em outros países como Inglaterra, Estados Unidos, França e, principalmente, Itália, especialmente depois do pós-guerra.

Antes, entretanto, convém destacar, segundo Tenório (2002: 27), que embora se considere que os termos “reforma” e “psiquiatria” tenham sido associados apenas a partir do século XX, ambos caminham juntos desde o nascimento da psiquiatria com Pinel⁴⁵. Assim, a própria ciência psiquiátrica nasceu enquanto elemento de libertação (Basaglia, 1980) ou associada à ideia de reforma e avançou pelo século XIX, imprimindo uma orientação científica em torno de suas práticas, especialmente no interior das instituições que recebiam as pessoas “alienadas”. Outro exemplo de “reforma” são as colônias de alienados que existiram no século XIX como crítica ao modelo asilar principalmente na França, na Alemanha, na Inglaterra, na Itália e, entre fins do século XIX e começo do século XX, no Brasil.

A diferença entre as iniciativas supracitadas e as reformas posteriores (já no período pós-guerra) consiste no fato de que as últimas passaram a questionar não apenas o funcionamento institucional, mas os pressupostos da própria psiquiatria. Como informa Amarante (1996: 13), é neste momento específico que as iniciativas se intensificam, originando projetos mais delimitados, que englobam conjuntos de enunciados, propostas e arranjos de natureza técnica e administrativa sobre o campo disciplinar e a intervenção da psiquiatria. Daí estas experiências que são comumente mais reconhecidas como “reformas psiquiátricas” num sentido mais restrito.

O período pós-guerra foi de elementar importância para que se formasse uma conjuntura favorável aos críticos da psiquiatria e das instituições asilares. Grandes transformações emergiram e, entre elas, a da estrutura da sociedade burguesa e do modo capitalista de produção. Como aponta Rosa (2003: 54), economicamente, tal período significou, especialmente para países desenvolvidos, a “secundarização” do mercado frente ao favorecimento de políticas de pleno emprego e de direitos sociais, fundamentadas nas ideias de justiça social, solidariedade e universalismo. Foi o período de surgimento do *Welfare State*, que, politicamente, integrou os projetos de reconstrução nacional postulando a democracia liberal contra o fascismo e o bolchevismo. Para países como o Brasil, isto significou a consolidação do Estado de colaboração nacional (idem), que organizou o capitalismo e instaurou serviços sociais através da chamada cidadania regulada⁴⁶ – apenas para aqueles indivíduos que possuíssem uma carteira profissional, isto é, a certidão de nascimento cívico

⁴⁵ Ainda que, para autores como Basaglia (1980) e Amarante (2013), se Pinel libertou os loucos das prisões “convencionais”, colocou-os posteriormente em outro tipo de prisão: o manicômio.

⁴⁶ A cidadania no Brasil, nesta época, não estava associada a códigos de valores políticos que reconhecessem os indivíduos enquanto membros de uma comunidade, detentores de direitos sociais, mas à estratificação ocupacional. Em outras palavras, apenas possuíam o *status* de cidadão (e usufruíam de certos serviços sociais) aqueles indivíduos que exercessem determinadas profissões regulamentadas por lei pelo Estado (Santos, 1987).

(Santos, 1987) – como aconteceu no governo de Getúlio Vargas. Claramente, para aqueles considerados doentes mentais, esta forma de cidadania se configurava enquanto impossibilidade, visto que nem mesmo tinham acesso ao trabalho.

O pós-guerra contribuiu também para que a sociedade refletisse em torno da natureza humana, tanto sobre a crueldade quanto a solidariedade entre as pessoas (Amarante, 1995, 2013; Silva Filho, 1987; Vasconcelos, 2009, 2010a). No âmbito da saúde mental, isto contribuiu bastante para que fossem percebidas as limitações das estruturas hospitalares. Olhares se voltaram para os hospícios, constatando que as condições de vida oferecidas aos pacientes psiquiátricos pouco se diferenciavam daquelas dos campos de concentração (Amarante, 2013: 40). Também os setores mais “arejados” da psiquiatria passaram a reconhecer o caráter anacrônico e iatrogênico (ou seja, que gera novos problemas de saúde) de suas práticas, sendo pressionados a dar resposta àquela demanda urgente por tratamentos mais eficazes em termos clínicos (Vasconcelos, 2009: 71). Além disso, a própria “loucura” tornou-se pauta de discussão. O seu estatuto foi questionado. Como informa Bisneto (2007: 173), perguntas do tipo foram realizadas a respeito do fenômeno: “é uma doença? É uma alienação mental, social e corporal? É um ato inconsciente de revolta contra a sociedade injusta? É apenas uma diferença? É um tipo de sofrimento mental de causas múltiplas? É um problema genérico? É uma disfunção cerebral?”. Foi daí que surgiram as primeiras experiências de reforma.

Algumas destas experiências mais marcantes ainda influenciam as práticas de saúde mental até hoje, incluso no Brasil. Sem desde a criação do seu primeiro dispositivo (o Hospital de Pedro II, em 1852), a assistência brasileira às doenças mentais era de cariz proeminente higienista, com o pós-guerra e as tendências reformistas surgidas, o cenário se altera. Tanto as políticas quanto as práticas profissionais passam a ser orientadas por teores higienistas e reformistas.

Quanto às iniciativas reformistas, Amarante (2013: 41), com objetivos didáticos, as divide em “dois grupos mais um”. O primeiro grupo, composto pela Comunidade Terapêutica e pela Psicoterapia Institucional, argumentava que as falhas do sistema psiquiátrico estavam na gestão do próprio hospital e a solução para isso consistia em operar mudanças na instituição. O segundo grupo, da Psiquiatria de Setor e Psiquiatria Preventiva, problematizava o esgotamento do modelo hospitalar, que deveria, aos poucos, ter suas necessidades e importância diminuídas, ao passo que deveriam ser criados serviços assistenciais que qualificassem o cuidado terapêutico, tais como os hospitais-dia, as oficinas terapêuticas e os centros de saúde mental. Já no “outro” grupo, que Amarante (2013) não considera ser um “terceiro” porque não era

exatamente reformista, estão a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática. Estes últimos não pretendiam exatamente uma reforma, mas questionar ou até romper com todo o modelo científico psiquiátrico e as suas instituições assistenciais.

O primeiro grupo, da Comunidade Terapêutica (inglesa) e da Psicoterapia Institucional (francesa), prezava pela qualificação da psiquiatria através de mudanças no hospital contra a violência institucional. A ênfase ainda estava na estrutura hospitalar como dispositivo central de assistência, apesar de que as suas funções sociais precisavam ser reformuladas e, sobretudo, humanizadas, ainda mais depois da Segunda Guerra, que proporcionou circunstâncias lamentáveis de confinamento em instituições totais de todo o tipo (o exemplo mais claro está nos campos de concentração). O objetivo era o de que o hospital fosse efetivamente terapêutico, tal como havia projetado Esquirol. No interior do delicado período pós-guerra, duas situações estavam em contraste: primeiramente, a imensa quantidade de pessoas que precisava de cuidados (principalmente aquelas afetadas pela guerra, fossem soldados ou civis); depois, a escassa oferta de profissionais. Era preciso uma resposta ágil para recuperar os tantos jovens soldados que deveriam passar da condição de doentes para a de trabalhadores num momento em que os países preparavam o seu projeto de reconstrução nacional (Amarante, 1995, 2013; Rosa, 2003; Silva Filho, 1987).

Na Inglaterra, pela década de 1940, a solução encontrada por Main e Bion Reichman, do Monthfield Hospital, em Birmingham, foi usar as potencialidades dos próprios enfermos no tratamento – trabalho que foi denominado de Comunidade Terapêutica (Amarante, 1995, 2013). A partir de 1959, a experiência foi aprimorada e difundida por Maxwell Jones, para quem o tratamento seria eficaz se envolvesse não apenas os problemas individuais (isto é, a enfermidade em si), mas outros decorrentes da situação de o paciente estar num hospital. Neste sentido, a intervenção terapêutica viria não apenas da instituição psiquiátrica, mas dos próprios pacientes, dos seus familiares e do seu meio social. Para isso, foram organizadas, no espaço do hospital, reuniões e assembleias que discutiam várias questões em torno do funcionamento da própria instituição e, principalmente, sobre a performance da equipe técnica. O objetivo foi impedir situações de abandono, descuido e violência. Ademais, esta iniciativa representou uma evidente analogia pedagógica na medida em que o rendimento da terapêutica dependia da incorporação, por parte da equipe institucional, das regras de relações sociais mais amplas (por incluir as perspectivas de pacientes, famílias e meio social), que seriam reinterpretadas e ensinadas aos pacientes. Estes, por seu turno, deveriam internalizá-las, refazendo seus hábitos sociais (Amarante, 1995, 2013; Birman e Costa, 1994; Rosa, 2003; Silva Filho, 1987).

Ainda quanto ao primeiro grupo, outra transformação do hospital psiquiátrico decorreu da Psicoterapia Institucional. A experiência mais significativa ocorreu no Hospital de Saint-Alban, na França. O seu maior representante foi o psiquiatra catalão François Tosquelles, que via a danificação dos hospitais psiquiátricos como um produto da situação social e econômica instável vivenciada pela França, aprofundada pela ocupação e destruição pelos exércitos nazistas (Amarante, 2013: 44). A ideia desenvolvida por Tosquelles foi a de cuidar do hospital para que ele se tornasse, de fato, uma instituição terapêutica. O objetivo foi acabar com a cronificação de todos os confinados, não somente dos pacientes, mas também do pessoal cuidador (Ruiz, Athayde, Nogueira Filho, Zambroni de Souza e Athayde, 2013). O referido hospital transformou-se num local de encontro entre marxistas, surrealistas, freudianos, etc.. Isto contribuiu bastante para a sua ousadia em termos da renovação psiquiátrica, que não limitava as suas práticas a uma ou outra corrente conceitual. Uma das maiores intervenções foi a promoção do Clube Terapêutico, organização autônoma administrada por pacientes e técnicos que realizava encontros, festas, passeios, feiras, etc. (Amarante, 1995; Ruiz *et al.*, 2013). No período da ocupação e da guerra nazi-fascista, recebeu refugiados vindos de inúmeros campos, desde intelectuais a artistas, bem como judeus e militantes da Resistência. Os acolhidos e voluntários que por lá passavam contribuíam para as práticas postas em curso – um deles, inclusive, foi Georges Canguilhem, filósofo e médico, autor do livro *O normal e o patológico* (Ruiz *et al.*, 2013). A experiência em Saint-Alban girou em torno da noção de hospital enquanto “escola de liberdade”. Ao contrário de outras iniciativas – como, por exemplo, a tradição basagliana da Itália (Psiquiatria Democrática), que veremos à frente –, a Psicoterapia Institucional não visava fechar os hospitais psiquiátricos porque acreditava que estes poderiam vir a ser verdadeiros espaços de acolhimento e convívio (Amarante, 2013).

Além das Comunidades Terapêuticas e da Psicoterapia Institucional, outro grupo de iniciativas reformistas pretendeu, paulatinamente, tornar os hospitais obsoletos até que pudessem ser substituídos por outros tipos de serviços de assistência psicossocial. Uma delas foi a chamada Psiquiatria de Setor, na França, pela década de 1960. Os psiquiatras que aderiram a tal questionavam a qualidade do hospital no trato das pessoas doentes. Para melhorar a situação, foi necessário criar serviços que funcionassem como medidas de continuidade terapêutica após a alta hospitalar como os centros de saúde mental. Tais centros foram estabelecidos conforme a distribuição populacional das regiões (setores) francesas, o que ficou conhecido como “regionalização” (Amarante, 2013: 45). O personagem mais marcante desta iniciativa foi Lucien Bonnafé. Cada setor passou a ter a sua própria enfermaria, bem como seria

cuidado pela mesma equipe no hospital. Os pacientes oriundos de um mesmo setor ficavam internados juntos e, após a alta hospitalar, eram encaminhados ao centro de saúde mental localizado correspondente ao seu setor. A maior inovação da Psiquiatria de Setor foi proporcionar o acompanhamento terapêutico dos pacientes por uma mesma equipe profissional, tanto no hospital, quanto no setor de residência. Além disso, o trabalho não era mais exclusivo aos médicos psiquiatras, sendo realizado também por psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais (Amarante, 1995, 2013; Passos, 2000). Apesar de reconhecer a necessidade de criar serviços extra-hospitalares e rebater o protagonismo do hospital, a Psiquiatria de Setor não chegou a fazer esforços para acabar com as grandes estruturas hospitalares.

Além da Psiquiatria de Setor, houve a Psiquiatria Preventiva, ou Saúde Mental Comunitária, incrementada nos Estados Unidos, também pela década de 1960. Em 1963, o então presidente estadunidense John Kennedy proclamou um decreto que redirecionou a política de assistência psiquiátrica no país de maneira a diminuir as doenças e, mais que isso, a promover o estado de saúde mental das pessoas (Amarante, 2013). Ribeiro (2004) informa que a política de saúde mental, agora de cunho preventivo, buscava combater tudo aquilo que interferisse no bem-estar dos cidadãos com base principalmente nas ideias de Gerald Caplan. Este acreditava que as doenças mentais podiam ser prevenidas caso fossem detectadas antecipadamente. As doenças eram sinônimo de desordens, desvio, marginalidade e, assim, o objetivo era erradicar os males da sociedade através da prevenção. Passou-se a identificar pessoas potencialmente doentes, isto é, aquelas que tinham um estilo de vida ou hábitos “propícios” ao desenvolvimento de doenças mentais (idem: 93). Como afirma Amarante (2013: 49), “criou-se uma verdadeira caça a todo o tipo de suspeito de desordens mentais”. A adoção do conceito de “crise” foi bastante estratégica: construído especialmente a partir das noções sociológicas de “adaptação e desadaptação” e de “desvio”, a psiquiatria pôde ampliar a sua ação para além de uma noção mais restrita de doença mental – fato que, para alguns autores, foi visto como um tipo de projeto de medicalização da ordem social (idem).

Conforme Amarante (2013), foi também a partir das práticas da Psiquiatria Preventiva que o termo “desinstitucionalização” surgiu enquanto uma das principais diretrizes da política de saúde mental nos Estados Unidos. Mas, até então, era sinônimo de “desospitalização”, ou seja: a redução do ingresso de pacientes em hospitais psiquiátricos, a redução do tempo médio dos internamentos ou, ainda, a promoção de altas hospitalares. Face a este processo, foram criados vários centros de saúde mental, oficinas protegidas, lares abrigados, hospitais-dia, hospitais-noite, enfermarias e leitos em hospitais gerais. A finalidade da criação destes serviços

era tornar o hospital psiquiátrico um recurso obsoleto (idem: 51). Segundo Ribeiro (2004), esta tendência não ficou restrita aos Estados Unidos e passou a ser uma referência para a América Latina, por intermédio da Organização dos Estados Americanos (OEA) e da Organização Mundial de Saúde (OMS) nas décadas de 1970 e 1980.

Por fim, o “outro grupo” de iniciativas críticas à psiquiatria abrange a Antipsiquiatria e a Psiquiatria Democrática Italiana. Como mencionado anteriormente, e, segundo Amarante (2013), este grupo não se enquadra estritamente nas experiências de reforma porque o que fez, de fato, foi dar início a uma série de rompimentos com o paradigma psiquiátrico tradicional. Mais que reformar as práticas asilares, promoveu severas críticas aos pressupostos da própria psiquiatria.

A Antipsiquiatria, como visto em capítulo anterior, surge a partir da reunião de psiquiatras britânicos nos anos 1950, mas o seu ponto alto ocorreu na década de 1960 (na Inglaterra, com Ronald Laing, David Cooper e, nos primórdios, com Aaron Esterson; nos Estados Unidos, com Thomas Szasz). Combatia não apenas práticas como o eletrochoque, o uso de psicofármacos e outras restrições de liberdades direcionadas aos internos em instituições asilares. Contestava também os princípios da chamada “medicina mental”, como, por exemplo, o da distinção entre “normal” e “louco” (Delacampagne, 2004). Seus principais representantes, os psiquiatras britânicos Ronald Laing e David Cooper, implantaram experiências de Comunidade Terapêutica e de Psicoterapia Institucional nos hospitais onde trabalhavam. Entretanto, pouco tempo depois, chegaram à conclusão de que estas práticas não eram tão eficientes e que as pessoas ditas doentes eram oprimidas e violentadas não apenas no âmbito do hospital, mas também no da família e da sociedade. Neste sentido, passaram a considerar que o discurso dos “loucos” transparecia as tramas, os conflitos, as contradições existentes na família e na sociedade (Amarante, 2013). Assim que a antipsiquiatria contrariou a existência da doença mental, tal qual era concebida naturalmente por grande parte da psiquiatria até então, e visava uma atenção à comunidade sem internamentos, punições, opressões e paternalismos.

Segundo Delampagne (2004), a antipsiquiatria esteve relacionada, por exemplo, com a onda de protestos contra os “muros manicomiais”, que atingiu o pico na década de 1960, principalmente por parte de movimentos estudantis, ecologistas e esquerdistas. Também o movimento feminista nesta altura contribuiu bastante para questionar o saber-fazer da psiquiatria (Shorter, 2001). A luta contra a repressão manicomial se associou com outras lutas por um mundo melhor e mais livre. A este respeito, Delacampagne (2004) refere que a antipsiquiatria, tal como o movimento *hippie*, tinha um cariz utópico, mas, exatamente por isso,

conseguiu força para se expandir. A origem antipsiquiatria também foi marcada pela própria formação intelectual dos seus membros. Altamente influenciados por Sartre, por exemplo, os antipsiquiatras Laing e Cooper revelavam o vínculo entre aquele autor e o protesto libertário, cujo exemplo mais ilustrativo é o Maio de 1968. Como Basaglia (1980) comenta, este foi o momento da revolta dos estudantes, das grandes greves dos operários que abraçaram as lutas dos estudantes, das lutas nas instituições psiquiátricas, da luta dos movimentos comunistas. E muitos técnicos da psiquiatria, em vários países, tiveram eco nesta rebelião.

Como esclarecemos em capítulo anterior, embora não concordemos com alguns preceitos da antipsiquiatria, esta iniciativa chamou bastante atenção para os abusos e coerções exercidos pela prática psiquiátrica. Além disso, passou a ter em consideração e até a valorizar as experiências dos sujeitos ditos loucos/doentes. Em vez de enxergar apenas diagnósticos ou rótulos, propôs-se enxergar as pessoas. Pelo fato de não defender a materialidade da doença mental, mas, sim, uma sociogênese da loucura, contribuiu também para que os fatores relacionados com o ambiente social fossem mais investigados. Ainda, de acordo com Rosa (2003), alguns antipsiquiatras (principalmente os ingleses), influenciados pela corrente existencial e fenomenológica, e pela Comunidade Terapêutica de Jones, inovaram tanto no plano teórico, quanto assistencial promovendo uma outra relação entre médico e paciente. Sob esta perspectiva, a experiência com a loucura, naquele momento tão rechaçada, foi positivada. Aos experientes (os “loucos”) era favorável que expressassem toda a intensidade daquela vivência. Isto implicaria na possibilidade de um “renascimento”, numa vivência semelhante à religiosa. E, claro, isto não consistia numa terapêutica *grosso modo*. Se não havia, de fato, doença, também não havia nada para “curar”.

A antipsiquiatria questionou fortemente os modos terapêuticos da psiquiatria tradicional, tanto a hospitalização, quanto a farmacoterapia. Esta última passou a ser utilizada de maneira ampla a partir da década de 1950. Tais questionamentos influenciados por obras de autores como Erving Goffman e Michel Foucault, proporcionaram o alargamento do termo “desinstitucionalização” para além de mera desospitalização como era adotado pela Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos. A ideia de desinstitucionalização para além da superação do manicômio foi desenvolvida ainda a partir dos aportes teóricos e práticos de uma outra iniciativa face à assistência psicossocial: a da Psiquiatria Democrática, que influenciou e, até hoje influencia amplamente, a experiência de reforma psiquiátrica brasileira.

A Psiquiatria Democrática começou na Itália, mais especificamente na cidade de Gorizia, na década de 1960. Franco Basaglia, médico psiquiatra, junto com Antonio Slavich e

outros colegas de profissão decidiram realizar algumas transformações no hospital psiquiátrico de Gorizia. Antes de Basaglia, tal hospital era um recinto que funcionava de maneira tradicional, inclusive tendo comuns as práticas do eletrochoque e do uso de insulina. Aliás, a situação geral da Itália face à assistência psiquiátrica, desde o século XIX até o pós-guerra, não se diferenciava de outros contextos europeus no sentido de promover a disseminação de manicômios nos estilos pinelianos e esquiroleanos (Barros citada por Passos, 2000). Até então a maior influência teórica na Itália – diferente da França, por exemplo, onde havia predominância da psicanálise – era de base kraepiliana (positivismo organicista alemão) e, reforçada pela ideologia fascista, possuía um interesse voltado para as causas (biológicas) da doença mental. Não questionava a noção de periculosidade dos “loucos” e nem problematizava a lógica manicomial (Passos, 2000).

Os movimentos de questionamento do paradigma psiquiátrico, se comparado com outros países europeus, começaram relativamente “tarde” na Itália. Porém, entre fins da década de 1960 e começo da de 1970, passaram a ocorrer de forma maciça “como se os italianos quisessem recuperar o tempo perdido, superando diversos obstáculos” (Delacampagne, 2004: 30). Quando se fixaram no cenário nacional, tais movimentos vieram acompanhados de uma atividade política associada com o Partido Comunista. Conforme Basaglia (1980: 17) refere, ao assumir a direção do hospital de Gorizia, ele e sua equipe resolveram dizer um “não, não à psiquiatria, mas sobretudo à miséria”. Ficou exposto que um doente não é apenas um doente, mas uma pessoa com todas as suas necessidades que não se resumem ao corpo visto enquanto locus da doença. Cada pessoa doente tem como primeira necessidade não apenas a cura da doença, mas outras várias coisas: relacionamento humano com quem a trata; respostas para o seu ser; dinheiro; família; tempo livre; liberdade. Enfim, precisa de tudo aquilo que os próprios médicos também precisam. Mais que uma reforma em termos de aspectos clínicos, o que a Psiquiatria Democrática Italiana propôs foram mudanças políticas e culturais. O que ocorre aqui não é mais o reconhecimento e a interpretação da palavra dos ditos loucos apenas em termos diagnósticos – tal qual ocorreu quando Pinel os levou do asilo ao hospital por admitir o seu “direito” de serem doentes. A ideia fundamental da psiquiatria democrática, que se revela um novo paradigma, é ouvir a palavra das pessoas doentes na sua atividade, na sua subjetividade e no seu protagonismo, enquanto cidadãos de direitos. Isto tudo sem desconsiderar a materialidade da doença. E, para isso, contou com as ações não somente dos médicos psiquiatras e de outros profissionais ligados à instituição, mas com os próprios pacientes, familiares e voluntários (jovens, militantes, professores, etc.).

Este modelo teve ampla relação com as lutas operárias. Basta lembrar o contexto italiano na altura. No Pós-Segunda Guerra, vivia-se ainda uma situação de realidade cultural e econômica camponesa, que, pouco tempo depois, começou a mudar. Deu-se início a uma sociedade industrial e, por conseguinte, ao nascimento de uma classe operária cada vez mais fortificada (Basaglia, 1980: 17). A terapêutica de Basaglia e seus companheiros ocorreu, portanto, levando em conta as contradições do próprio sistema capitalista de produção, que se manifestavam dentro do manicômio. Ao olhar para a situação do hospital de Gorizia, Basaglia confirmou que, de forma geral, era a classe oprimida que era a internada ou, em suas palavras, “a classe operária estava destinada a entrar num manicômio caso adoecesse” (idem: 18). Algumas famílias com o mínimo de condições econômicas e preocupadas com o bem-estar de seus membros enfermos enviavam estes para clínicas privadas ou cuidavam dos mesmos em suas residências. Aos enfermos que não alcançassem estas condições, restava-lhes, enquanto possibilidade, o internamento nos hospitais psiquiátricos. O hospital, por sua vez, fazia-se meio de controle social do poder. E o poder estava concentrado nas mãos do médico que, não raramente, com o pessoal na instituição hospitalar exerciam uma “violência técnica” (Basaglia, 1972: 102) sobre os internos.

Como informa Amarante (2013), os primeiros anos de experiência no hospital de Gorizia tiveram inspiração na Comunidade Terapêutica e na Psicoterapia Institucional. A finalidade era transformar a instituição num espaço efetivo de tratamento e reabilitação. Todavia, com o passar do tempo, Basaglia percebeu que isto não poderia ser alcançado apenas a partir de medidas administrativas ou de humanização. Assim que, indo além das experiências anteriores, propôs a superação do aparato manicomial, “entendido não apenas como a estrutura física do hospício, mas como o conjunto de saberes e práticas, científicas, sociais, legislativas e jurídicas, que fundamentam a existência de um lugar de isolamento e segregação e patologização da experiência humana” (Amarante, 2013: 56). Desta forma, para Basaglia (1972), não bastava desatar os enfermos apenas no sentido literal. Mais que atados às árvores, aos bancos ou às camisas-de-força estavam atados ainda a uma realidade social que os considerava indivíduos sem direitos. A busca pelos direitos das pessoas com a doença mental foi um dos pontos-chave no movimento da Psiquiatria Democrática Italiana. No começo da desinstitucionalização em Gorizia, as assembleias e discussões entre técnicos, pacientes e familiares estava em torno de três eixos principais, que permanecem até hoje, segundo Passos (2000: 128): o elo de dependência entre psiquiatria, justiça e ordem pública; a característica de classe social das pessoas internadas; e a não neutralidade da ciência.

Em 1971, quando Basaglia assumiu o Hospital Psiquiátrico de Trieste, o movimento se intensificou. A partir daí, a experiência italiana, que começou com Basaglia implementando os moldes da Comunidade Terapêutica em Gorizia, cresceu ao ponto de abrir uma fissura política no interior da psiquiatria, rompendo com a sua organicidade histórica e mostrando a miserabilidade da psiquiatria pública praticada no país (Passos, 2000: 126). E é neste ponto que a proposição basagliana se diferencia das outras experiências reformistas (Amarante, 1995, 2013; Passos, 2000). De maneira distinta destas, que acabaram conservando a tônica no hospital e a soberania do poder e saber psiquiátricos, a psiquiatria democrática ousou reivindicar uma revisão jurídico-normativa em prol da cidadania das pessoas com a doença mental.

A tradição basagliana inspirou a aprovação da lei 180 (Legge 13 de maggio 1978, n° 180 Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori, 1978), que prevê, entre outros aspectos inovadores em termos de legislação internacional: o caráter de periculosidade da doença mental, que perde sentido quando esta passa a ser considerada uma doença como outra qualquer (a lei é, antes de tudo, sanitária); a regulamentação do tratamento obrigatório contra o internamento ou hospitalização compulsória; o dever de o paciente ser atendido, preferencialmente, em serviços abertos; a desativação progressiva de todos os hospitais psiquiátricos, a interdição da construção de novos hospitais e a substituição por serviços territoriais; a proibição de transformar antigos hospitais em repartições de hospitais gerais; a criação de divisões psiquiátricas nestes últimos; a restituição às pessoas com doenças mentais do direito constitucional de voto (Passos, 2000).

Esta lei influenciou fortemente o processo brasileiro de reforma, incluindo a criação da lei nacional 10.216/2001 – a chamada lei Paulo Delgado ou lei da reforma psiquiátrica, conforme veremos a seguir. A partir deste momento, tornou-se mais evidente a possibilidade de uma sociedade sem manicômios e, inclusive, a Itália foi a única entre as sociedades industriais que conseguiu suprimir as internações do tipo. Mas o fim dos manicômios não significa, simplesmente, uma desospitalização enquanto objetivo primeiro e, sim, como consequência (Venturini, 2010). Finalmente, por retirar de cena os aparatos manicomial, a experiência italiana ficou identificada não exatamente como uma reforma em si porque lutou não para reparar e, sim, para excluir o “velho” modelo assistencial. Mas, se ainda for tida enquanto uma reforma, vale pensar na mesma enquanto reforma num sentido “forte”, como um “processo civilizador” (Amarante, 1995; Venturini, 2010; Yasui, 2006).

3.2 Contexto histórico e político nos princípios da reforma psiquiátrica brasileira: dos anos 1970 até o ano 2000

O modelo psiquiátrico sempre foi alvo de críticas mesmo estando no topo da hierarquia quanto à atenção ofertada às pessoas com problemas de saúde mental. São muitos os exemplos, desde a literatura, de personalidades importantes, experiências em sítios de tratamento, promulgação de leis, até o intercâmbio com críticos de outros países, que podem ser considerados as “raízes” reformistas no Brasil ao terem refletido e atuado contra aspectos das suas práticas psiquiátricas e asilares hegemônicas. Na literatura, um dos exemplos mais conhecidos é o livro de Machado de Assis (1999 [1882]), *O Alienista*. Como informa Yasui (2006), a produção pode ser considerada uma das primeiras críticas, mesmo que tenha sido publicada pela primeira vez antes mesmo de a disciplina médica adentrar o Asilo de Alienados. Simão Bacamarte, personagem principal do livro de Assis, era um alienista obcecado pelo trabalho que, com o tempo, promoveu internações em massa no manicômio Casa Verde. Descobre que suas teorias estão erradas e conclui que, na realidade, o louco era ele (Assis, 1999 [1882]).

Quanto a algumas personalidades importantes ao tratamento ofertado, destacam-se: o psiquiatra Juliano Moreira, considerado o fundador da disciplina psiquiátrica no Brasil, o médico autor da primeira lei de assistência aos loucos, em 1903, que não aceitava camisas de força nos serviços que dirigia, especialmente no Hospital Nacional de Alienados, no Rio de Janeiro; o psiquiatra Ulysses Pernambucano e a execução de algo inovador nos primórdios do século XX, a psiquiatria social, vivenciando experiências com populações mais necessitadas em hospitais das regiões sul, sudeste e nordeste; o psiquiatra Osório César, que usou a arte como recurso terapêutico no Hospital de Juqueri, em São Paulo, a partir dos anos 1920; a psiquiatra Nise da Silveira e o trabalho desenvolvido por ela, também recorrendo à arte, na Casa das Palmeiras, Rio de Janeiro, entre os anos 1940 e 1950; o psiquiatra Luiz Cerqueira, pela década de 1960, pioneiro da desospitalização psiquiátrica e das denúncias à mercantilização da saúde mental, que denominou de indústria da loucura (Delgado, 2011; Oliveira, 2009; Yasui, 2006). Como informa Tenório (2002), a referida indústria foi promovida principalmente pelos governos militares, que articularam internamento asilar e privatização da assistência através da contratação de leitos em clínicas e hospitais conveniados.

Também no século XX, no Brasil, outros exemplos de iniciativas contra-hegemônicas foram a construção das colônias agrícolas, a consolidação da estrutura manicomial no Estado da era Vargas e o movimento da psiquiatria comunitária entre os anos 1960 e 1970 (Amarante,

1995, 2013; Delgado citado por Tenório, 2002). Ainda, merecem destaque as experiências de comunidade terapêutica, também entre os anos 1960 e 1970, principalmente nos estados de São Paulo e do Rio Grande do Sul. Além destas iniciativas mais marcantes, ao longo do século XX, segundo Yasui (2006: 27), houve centenas de experiências efêmeras, localizadas, que procuraram minimizar os efeitos ou contrapor o modelo hegemônico e, mesmo que não tenham conseguido alterar o cenário significativamente, foram úteis para “lançar sementes e produzir pequenos brotos”.

O nosso foco, entretanto, está no momento a partir do qual estas experiências conseguem saltar de um plano mais localizado, do patamar de estratégias específicas ou “isoladas” adotadas por certos atores, para um cenário mais abrangente onde outras experiências passam a atuar em sintonia com o propósito de substancializar um novo paradigma. Neste sentido, a reforma psiquiátrica constitui uma transição que tem por objetivo mais amplo uma mudança paradigmática na forma de tratar as pessoas com problemas de saúde mental. Embora, oficialmente, seja referenciada principalmente a partir promulgação da lei 10.216, em 2001, tal processo está em curso desde os fins da década de 1970, fruto de um trabalho árduo que mobilizou aspectos científicos, políticos, sociais e culturais. Como afirma Delgado (2011), a lei não é a fundadora da reforma, mas o movimento nacional da luta antimanicomial é que é o fundador da lei a partir dos seus fundamentos de humanismo, ciência, técnica, comunidade, afeto e história. É preciso retomar alguns aspectos desta história.

O contexto do Brasil da década de 1970 era nebuloso. Sofria com uma crise econômica e a violação de direitos humanos típica de ordens ditatoriais. Por outro lado, a resistência ao regime militar crescia por parte de movimentos sociais e políticos. A partir de 1974, com a entrada do general Ernesto Geisel no poder, iniciou-se um processo de abertura lenta, gradual e segura marcado tanto por medidas de afrouxamento, quanto de exacerbação do regime militar. Foi exatamente a partir deste período que a sociedade civil passou a romper mais diretamente com o regime, assumindo riscos e propondo uma série de medidas políticas novas, inclusive sobre questões relacionadas com o território da saúde e da saúde mental. E foi neste âmbito de redemocratização que a reforma psiquiátrica brasileira teve seu início, primeiramente, enquanto movimento social não apenas em prol da sua causa específica, mas indo contra a própria ditadura até se constituir enquanto política pública oficial do Ministério da Saúde (MS) anos mais tarde.

A reforma psiquiátrica recebeu influência de outro movimento mais amplo naquele contexto: a Reforma Sanitária, que prezava por melhorias nas condições gerais de saúde da

população. Também criticou a ineficiência da assistência pública em saúde e o caráter privatista da saúde, além de denunciar fraudes no sistema de financiamento dos serviços (Tenório, 2002). Reivindicou mudanças nos modelos de atenção e gestão das práticas de saúde, a defesa da saúde coletiva, a equidade na oferta dos serviços, o protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (Brasil, 2005). Com o fim da ditadura é que estas exigências poderiam ser alcançadas, pois apenas assim seria possível edificar um sistema de saúde realmente eficaz e democrático.

A origem da reforma sanitária esteve atrelada à criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), em 1976, e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), em 1979. Segundo Paiva e Teixeira (2014), essas instituições foram protagonistas na construção da identidade da área do conhecimento intitulada no Brasil de saúde coletiva – um campo de produção de saber e um território em práticas democráticas de saúde. Depois, juntaram-se a elas sindicatos, partidos e associações e outros atores da sociedade civil. Um dos resultados positivos mais marcantes da reforma sanitária foi a afirmação da saúde como um direito social de todos e dever do Estado na Constituição Federal de 1988. Também foi no seu interior que se constituíram as primeiras bases da formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), que viria a ser implementado alguns anos depois através da Lei Orgânica de Saúde (Lei 8.080) de 1990 (Brasil, 2003). Eis que, na década de 1980, ambas as reformas – sanitária e psiquiátrica – uniram esforços servindo-se dos espaços públicos e das tomadas de decisão, criticando a relação até então pautada entre Estado e sociedade, tendo como objetivos não apenas as transformações no sistema de saúde, mas a garantia de acesso à cidadania em vários aspectos. Inclusive, os princípios que guiam a reforma psiquiátrica até hoje são os do SUS⁴⁷, principalmente quanto à universalidade e à integralidade no cuidado (Delgado, 2011). A reforma psiquiátrica, entretanto, trilhou o seu próprio caminho dentro deste processo de reforma sanitária e ambos duram até os dias de hoje. Para compreender como se deu este processo, façamos uma breve respectiva.

Como visto, tal qual a reforma sanitária, a reforma psiquiátrica brasileira surgiu a partir da mobilização de trabalhadores da saúde mental no cotidiano de suas práticas institucionais e das universidades. Teve como principais cenários os estados do sudeste⁴⁸ brasileiro Rio de

⁴⁷ Princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade, preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade moral e física, igualdade de assistência à saúde, direito de receber informação sobre a própria saúde, regionalização/hierarquização, resolutividade, descentralização (com a municipalização da saúde), participação dos cidadãos, complementaridade do setor privado, entre outros (Lei 8080/1990) (Brasil, 2003).

⁴⁸ É necessário informar que a reforma não ocorreu de maneira coesa entre os vários estados brasileiros. Mais à frente, veremos como o estado do Piauí e o município de Parnaíba, lócus desta pesquisa, têm consolidado a política nacional de saúde mental na realidade local.

Janeiro, São Paulo e Minas Gerais. O ano de 1978 é considerado o marco do início das atividades do movimento social pelos direitos das pessoas com problemas de saúde mental. Neste período, foi criado o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), grupo que começou a pensar em alternativas para a visão hospitalocêntrica (Oliveira, 2009), combinou reivindicações trabalhistas com um discurso humanitário e foi o protagonista face aos vários acontecimentos que definiriam o seu caráter antimanicomial nos anos seguintes, já que, a princípio, não questionava os pressupostos da psiquiatria ou do asilo, mas, apenas, os seus desvios ou excessos (Tenório, 2002). Vale ressaltar que, primeiramente, este movimento não tinha qualquer relação com o aparelho estatal embora alguns de seus membros pertencessem ao serviço público (Vasconcelos, 2010a; Yasui, 2006). Além disso, foi amplamente influenciado por autores como Foucault, Guattari, Goffman, Basaglia, entre outros que, inclusive, estiveram no Brasil através de congressos e eventos e ofereceram bases para que fossem revistas as noções epistemológicas, filosóficas, teóricas e práticas nas ciências humanas e no campo *psi*. Entretanto, a maior influência foi de Franco Basaglia, especialmente depois da aprovação da lei 180 na Itália.

O primeiro período da história dos avanços da reforma psiquiátrica brasileira costuma ser localizado entre os anos de 1978 e 1980 (Amarante, 1995, 2013; Oliveira, 2009; Vasconcelos, 2010a; Yasui, 2006). Neste momento, destacado pela “mobilização da sociedade civil contra o asilamento genocida e a mercantilização da loucura” (Vasconcelos, 2010a: 23), alguns episódios foram de grande importância. Um deles, que reflete os anseios trabalhistas e humanitários dos envolvidos e que, segundo Amarante (1995), foi o pivô da origem do MTSM, consiste na greve dos médicos da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), órgão ligado ao Ministério da Saúde, ocasião em que denunciaram a debilidade das condições às quais eram submetidos os pacientes psiquiátricos. Outro episódio foi a realização do V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, em 1978, em Camboriú (Santa Catarina), que abriu espaço para os movimentos de saúde mental participarem do encontro de um dos setores mais conservadores, organizados em torno da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) (*idem*). A nova geração de trabalhadores de saúde mental adentrou a década de 1980 contagiada pelas possibilidades de mudanças na esfera específica da saúde mental e na esfera política mais ampla com o fim da ditadura. As palavras de ordem do período giraram em torno das denúncias e mobilização pela humanização de hospitais psiquiátricos públicos e privados; a denúncia da indústria da loucura nos hospitais privados conveniados do então Instituto Nacional de Assistência Médica da

Previdência Social (INAMPS)⁴⁹; denúncia por melhores condições de trabalho nos hospitais psiquiátricos, especialmente no Rio de Janeiro; primeiras exigências pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental (Vasconcelos, 2010a: 23).

O segundo período englobou a expansão e formalização do modelo sanitário e, especificamente quanto à saúde mental, proporcionou a montagem de equipes multiprofissionais ambulatoriais. Ocorreu entre 1980 (Rio de Janeiro) e 1982 (São Paulo, Minas Gerais) até 1987. A plataforma do MTSM tinha como principais objetivos naquela conjuntura: a não criação de novos leitos em hospitais psiquiátricos especializados e a redução onde possível e/ou necessário; a regionalização das ações em saúde mental através de setores internos dos hospitais psiquiátricos ou hospitais específicos com serviços ambulatoriais em áreas geográficas de referência; o controle dos internamentos na rede de hospitais psiquiátricos privados; a expansão da rede ambulatorial em saúde com equipes multiprofissionais (psiquiatras, psicólogos e assistente sociais e, às vezes, enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogos); humanização e processos de reinserção social dentro dos asilos estatais com equipes multiprofissionais (Vasconcelos, 2010a: 24-25). Vale ressaltar que, nesse período, as ações do MTSM se voltaram amplamente para o interior do aparelho estatal. Isto se deu porque houve entrada de lideranças do MTSM na administração de hospitais públicos (como no caso do Rio de Janeiro), bem como nas secretarias estaduais de saúde (São Paulo e Minas).

Um terceiro período, de 1987 a 1992, corresponde à emergência da luta antimanicomial e transição da estratégia política em direção ao modelo de desinstitucionalização psiquiátrica. Neste momento, houve um fechamento do espaço político para questões democráticas e populares devido ao governo em nível federal e alguns em nível estadual. Por outro lado, é neste período que se consolida a Constituição de 1988 e aprova a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, que serviram à construção do SUS (Vasconcelos, 2010a). Também é nessa época que, na ocasião de uma plenária de trabalhadores da saúde mental realizada em São Paulo, em 1989, críticas e reflexões vêm à tona: contratemporal na implantação de serviços em áreas onde não havia nenhum tipo de atenção; inquietações teóricas e técnicas para atender as demandas da diversidade de usuários; lentidões de respostas institucionais ocasionadas pela inércia da burocracia⁵⁰ estatal; críticas ao modelo psiquiátrico-preventivo da

⁴⁹ O INAMPS foi criado em 1977 e tinha como finalidade prestar atendimento médico para quem contribuía com a previdência social. Foi extinto em 1993, após a implantação do SUS. Fonte: <http://www.fgv.br/cpdoc/acervo/dicionarios/verbete-tematico/instituto-nacional-de-assistencia-medica-da-previdencia-social-inamps>

⁵⁰ Inclusive, Vasconcelos (2010a) afirma que, nesse período, uma parte do MTSM criticou a burocratização do conjunto do próprio movimento, visto que no período anterior (entre 1980 e 1987) as suas atividades ficaram

política de saúde mental; exigência de participação dos trabalhadores para discutir as diretrizes da dita política. Todas essas questões estiveram articuladas em torno de um eixo maior, a necessidade de alterar a assistência psiquiátrica tendo como perspectiva transformar a saúde no contexto de transformação da própria sociedade (Yasui, 2006: 36). Aqui entra em jogo a ideia de desinstitucionalização como paradigma que envolve mudanças de ordem ético-política e sociocultural e não apenas num nível clínico, estratégico (como no caso da “desospitalização”), tal qual assentado pelo movimento de psiquiatria democrática italiana, prezando por uma “sociedade sem manicômios”.

Ainda nesse período, algumas iniciativas oficiais foram de fundamental importância. Uma delas, o lançamento do Projeto de Lei nº 3.657 (1989), do deputado Paulo Delgado, que veremos logo à frente, mas que, em suma, propunha a extinção e a substituição gradual de serviços de cunho manicomial e foi bastante influenciado pela lei italiana 180; as I e II Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM), em 1987 e 1992, respectivamente. A I CNSM, no Rio de Janeiro, tematizou a questão da saúde mental na perspectiva da luta entre os interesses de classe. Também marcou o “fim” da trajetória sanitária, por ter avançado no debate sobre a desinstitucionalização para além de apenas transformar o sistema de saúde. Nela foi lançado o lema “Por uma sociedade sem manicômios”. A II CNSM, em Brasília, investiu na discussão do processo saúde/doença como algo contextualizado, indo além do mero diagnóstico e vinculado ao exercício da cidadania. Também contou com a participação de usuários dos serviços de saúde mental (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2001; Oliveira, 2009; Yasui, 2006).

Além disso, houve a Declaração em Caracas, em 1990, documento divulgado pela OMS e pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) que gerou um consenso entre governos latino-americanos com relação ao reconhecimento de que a atenção psiquiátrica naquela época não era compatível com uma atenção comunitária, descentralizada, participativa, integral, contínua e preventiva (Brasil, 2004a). Também estimulou o surgimento de mais associações de usuários e familiares⁵¹, que, conforme Amarante (1995), ao expandir a reforma para além do campo dos técnicos, proporcionou estratégias de ação culturais (festas, eventos,

restritas ao aparelho do Estado. Assim, foi discutida a necessidade de se aliar novamente o movimento com outros movimentos populares e com a opinião pública em geral.

⁵¹ A associação pioneira foi a Sociedade de Serviços Gerais para Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA), fundada em 1978, no Rio de Janeiro. Fonte: <https://sosintrarj.wordpress.com/about/>

oficinas), sociais e políticas para o seio da comunidade. A Declaração de Caracas passou a ser o principal documento orientador das políticas adotadas pelo governo brasileiro desde então.

Outros eventos, ainda nesse período entre o fim da década de 1980 e começo de 1990, merecem ser recordados com elementar atenção. O momento carregava uma esperança de democracia com o fim da ditadura, tendo alavancado conquistas vitais como as eleições diretas e a Constituição “cidadã” de 1998. No campo da saúde, o principal passo era a luta pela lei que iria permitir a implementação do SUS. Neste âmbito, a partir do novo modelo de atenção psicossocial, foram implementadas as primeiras experiências municipais de rede de cuidados em saúde mental. Uma delas foi a inauguração do primeiro Centro de Atenção Psicossocial⁵² (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1986. Foi nomeado CAPS Luiz Cerqueira (conhecido como CAPS da Rua Itapeva), funcionava ainda como instância de intermédio entre o Hospital Psiquiátrico e o Ambulatório de Saúde Mental, teve uma trajetória influenciada por várias experiências internacionais. Outro importante exemplo ocorreu em Santos (São Paulo), a partir de 1989, governada pelo Partido dos Trabalhadores (PT): a criação dos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), com base na experiência triestina (com Basaglia, na Itália) – serviço comunitário aberto 24 horas por dia, sete dias por semana, capaz de atender a quase todo tipo de demanda de cuidado em saúde mental (Vasconcelos, 2010a: 26). Ainda outra experiência em Santos, em 1989, foi o desenvolvimento de uma estratégia de redução de danos⁵³ (num primeiro plano de articulação, pois, anos depois, viria a se tornar uma política pública de estado) através do dispositivo de distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis nos seus territórios de consumo (Boiteux, 2006; Passos e Souza, 2011). Yasui (2006) refere, ainda, a importância dos Centros de Convivência, da organização do movimento num nível nacional (o Movimento da Luta Antimanicomial), a ampliação da organização de usuários e familiares e o início da mudança legislativa nas esferas federal, estadual e municipal – este último marcou a institucionalização da Reforma Psiquiátrica.

Posteriormente, o período entre 1992 e 1995, ficou marcado, segundo Vasconcelos (2010a: 27), pela reocupação do espaço político pelo movimento em torno da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde, que tornou-se o principal agente de iniciativas políticas

⁵² Para o qual destinaremos mais atenção à frente, visto que é o serviço onde encontramos os nossos sujeitos da pesquisa.

⁵³ É informação consensual registrar a primeira estratégia de redução de danos uma experiência ocorrida em 1989, na cidade de Santos-SP: a distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis com o objetivo de conter a epidemia da AIDS. A iniciativa não passou imune à contestação por parte de setores mais conservadores da sociedade e também de órgãos da segurança pública, o que impediu, até certo ponto, a continuidade de suas ações (Boiteux, 2006; Passos e Souza, 2011).

formais da reforma psiquiátrica, apesar do conservadorismo do governo de Collor de Melo naquela altura. Neste período, também houve um processo de “desospitalização saneadora” (idem: 27), que significou uma redução importante do número de leitos em hospitais privados e, especialmente, públicos sem condições adequadas de assistência e hotelaria. Paralelamente a isso, houve aumento de leitos psiquiátricos em hospitais-gerais e abertura de serviços de atenção psicossocial (hospitais-dia, CAPS, NAPS), tendo incorporado aos seus quadros outros profissionais das áreas social e da saúde. Além disso, embora não tenha havido a aprovação do projeto de lei Paulo Delgado (que tramitou doze anos no congresso até ser aprovada, em 2001), estados e municípios aprovaram leis baseadas nos princípios da reforma psiquiátrica. Isto tudo representa a chamada “institucionalização” da reforma no sentido de que houve uma conquista dos espaços institucionais porque entraram em vigor normas federais para a implementação de serviços extra-hospitalares, bem como para a fiscalização dos hospitais psiquiátricos. Conforme Fonte (2012), estas macromudanças legislativas, jurídicas e administrativas foram necessárias para garantir a operacionalização das novas práticas terapêuticas.

Também houve um avanço com relação aos núcleos conectados com o movimento: congressos, encontros pelo país, o aumento de associações de usuários e familiares que, de acordo com Vasconcelos (2010a), saem da condição de “objetos de escuta” ou “interpretação terapêutica” para a de cidadãos com voz efetiva e capacidade de participar no planejamento, na execução e na avaliação de serviços e políticas de saúde e, nalguns casos, com potenciais até de atuarem na capacitação de profissionais da área.

A partir de 1995, alguns desafios de desdobramentos econômicos, sociais e políticos se apresentam à reforma. Influenciado pelo Consenso de Washington, no qual os propósitos do neoliberalismo foram propostos pela líder do Reino Unido, Margaret Thatcher, e pelo presidente estadunidense Ronald Reagan, o governo no Brasil adotou estas medidas durante os seus dois mandatos (até 1º de janeiro de 2003). Na ocasião, com o presidente Fernando Henrique Cardoso, do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), houve uma adesão direta à política neoliberal e, quanto à reforma psiquiátrica, isto significou, conforme Vasconcelos (2010a: 29), um bloqueio ao seu avanço frente a novas portarias de serviços e programas e um esvaziamento do papel de liderança política da Coordenação de Saúde Mental no Ministério da Saúde. Nessa época, uma conjuntura marcada, principalmente nas cidades grandes, pela subida das taxas de desemprego, desfiliação social, miséria, baixa da qualidade de vida e violência social, proporcionou um aumento nos níveis de estresse, ansiedades, fobias sociais, consumo nocivo de drogas, questões colocadas enquanto demandas e desafios para os

programas de saúde mental. A partir dos anos 1990, inclusive, uma maior visibilidade passou a se dar aos problemas de saúde relacionados com o consumo de drogas (idem).

Mas também podem ser delimitados alguns avanços nesta década. Várias portarias foram lançadas pelo Ministério da Saúde como a 189/1991 e a 224/1992 (Brasil, 2004a), que normatizaram os novos serviços de saúde mental. Outra iniciativa promissora dessa época foi a criação do Programa Saúde da Família (PSF), hoje Estratégia Saúde da Família (ESF), pelo Ministério da Saúde. Oferece atenção primária em saúde e prioriza a família, representando, conforme Amarante (2013), a possibilidade de reverter a tendência de um modelo biomédico em lidar apenas com a cura das doenças, esquecendo-se da arte de prevenir e também de lidar com a saúde. Sob esta ótica, a ESF tem por objetivo promover a saúde e educar a comunidade a respeito de práticas para lidar com a saúde. Quanto à saúde mental, considera-se que muitos casos podem ser tratados pelas equipes da ESF no nível da atenção básica, dentro do território e da comunidade, em vez de irem diretamente para outros dispositivos mais complexos como os ambulatórios, serviços especializados, hospitais, etc..

Ainda, com base na psiquiatria democrática italiana, que ajudou a instituir as chamadas cooperativas ou empresas sociais, foi aprovada a Lei nº 9.867/1999, no Brasil, que buscou inserir as pessoas em desvantagens sociais – que incluem aquelas com necessidade de acompanhamento psiquiátrico permanente – no mercado econômico por meio do trabalho (Brasil, 2004a). O objetivo foi promover a pessoa humana e a integração social dos cidadãos. Como afirma Amarante (2013: 94), a ideia é que o trabalho deixe de ser uma atividade terapêutica prescrita, orientada ou protegida, ou, uma forma de submissão e controle institucional, para se converter numa estratégia de cidadania, autonomia e emancipação. Um exemplo desta iniciativa é a rede Economia Solidária (Ecosol). Este movimento nasceu na esfera do movimento social da saúde mental e da reforma psiquiátrica, mas passou a abranger outros beneficiários como, por exemplo: pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas (que hoje são enquadradas como usuárias de saúde mental); pessoas privadas de liberdade, em cumprimento de penas e medidas alternativas ou egressas do sistema prisional; pessoas com deficiência; jovens em situação de vulnerabilidade; população em situação de rua; pessoas que vivem da coleta, seleção e processamento de materiais recicláveis e provêm de famílias em situação de extrema pobreza.

Já em 2000, através da portaria GM nº 106/2000, foram criados os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), casas localizadas no espaço urbano, para responder às necessidades de moradia de pessoas com doenças mentais, institucionalizadas ou não (Brasil,

2004a). O número de moradores pode variar de 1 até 8 pessoas que recebem suporte profissional conforme as demandas e necessidades de cada um. Amarante (2013: 92) critica a nomeação dessas residências enquanto “serviços terapêuticos” não por conta de um simples rigor conceitual, mas pelo risco de “indução aos aspectos indesejáveis de casas que deveriam ser menos institucionalizadas e de instituições que se pretendam terapêuticas em si”. Convém mesmo questionar: por que chamar “serviço” se o próprio Ministério da Saúde esclarece que é preciso considerar que a questão central é a moradia, o morar, o viver na cidade? Assim, tais espaços não são precisamente “serviços de saúde”, mas devem ser casas, espaços de morar, de viver, articulados à rede de atenção psicossocial de cada município (Brasil, 2004a). O outro problema é com o termo “terapêutico”. Como afirma Amarante (2013), a função terapêutica deve ser dos técnicos e dos tratamentos nos locais realmente apropriados para este fim. Assim, “nunca é demais advertir para o risco de institucionalização das residências” (idem: 92).

Por fim, paralelamente aos avanços referentes a uma atenção psicossocial, é importante registrar que os anos 1990 foram marcados por um “retorno ao biológico”, especialmente no campo médico-industrial, da ciência, da corporação e das entidades profissionais em psiquiatria (Vasconcelos, 2010a). Legitimou-se a psiquiatria do cérebro e a volta da polaridade mente-corpo com grande investimento nos fenômenos neuroquímicos e genéticos, técnicas de mapeamento cerebral, novos medicamentos, o que levou, inevitavelmente, a uma “verdadeira onda de conservadorismo e corporativismo profissional” (idem: 30).

E foi assim que a Reforma Psiquiátrica adentrou o século XXI: por um lado, representada, institucionalmente, pelas medidas de cunho burocrático-administrativo; por outro, pelo Movimento da Luta Antimanicomial, que, segundo Yasui (2006: 56), manteve os “pés na origem” da reforma enquanto movimento social. Além disso, crescia mais e mais a diversidade de participantes no Movimento da Luta Antimanicomial. Usuários, familiares, profissionais de várias áreas, estudantes, etc. a cada ano se reuniam em eventos de várias dimensões (nos níveis local, estadual, regional e nacional), batalhando pelos direitos humanos das pessoas com problemas de saúde mental.

Mas, como será visto, nos anos posteriores, o movimento passou a exacerbar a necessidade política de se ir além do aparelho estatal (das universidades e dos lugares onde se exerciam as práticas profissionais também) e partir para uma atitude mais “radical” de transformação da sociedade. Mais que salvaguardar direitos e humanizar a assistência – medidas mais pragmáticas que podem ser asseguradas por aparatos jurídicos, legislativos e

administrativos –, reafirma o seu compromisso com a consolidação de um novo paradigma face ao trato com a loucura e a doença mental, que transforme radicalmente o imaginário social sobre as pessoas com doenças mentais, incluindo nisso, o fortalecimento de seu lema, inspirado na tradição basagliana, “por uma sociedade sem manicômios” (Amarante, 1995, 2013; Basaglia, 1972; Yasui, 2006; Vasconcelos, 2010a).

3.3 Da Lei 10.216, de 2001, ao panorama atual

O começo do século XXI foi marcado por um dos acontecimentos mais decisivos no processo de reforma psiquiátrica. Depois de longos doze anos tramitando no Congresso Nacional, desde o lançamento do projeto de lei Paulo Delgado⁵⁴, foi decretada a Lei 10.216 – a Lei da Reforma Psiquiátrica –, em 2001, e sancionada ainda pelo governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso. Se até aqui havia uma consonância política em torno da expansão do modelo de atenção de base comunitária, isto ainda não se expressava de maneira firme no conjunto de atenção em saúde mental no âmbito do SUS. Com a promulgação da lei, a reforma se tornou o aspecto imperioso na política oficial de saúde mental. A lei dispõe “sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (Brasil, 2004a:16). Desta forma, apontou para a substituição progressiva do modelo hospitalocêntrico, até então hegemônico, para o modelo comunitário com serviços descentralizados e multiprofissionais.

A lei prevê que os direitos e a proteção das pessoas acometidas com transtornos mentais sejam assegurados sem discriminação face à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos, grau de gravidade, tempo de evolução do transtorno ou qualquer outra condição. Também prevê que, na situação de ser atendida em qualquer serviço de saúde mental, a pessoa e seus familiares serão sempre informados dos seus direitos, que contemplam: ter acesso ao melhor tratamento; ser tratada com humanidade e respeito; ser protegida de qualquer abuso ou exploração; ter garantia de sigilo das informações prestadas; ter direito à presença médica para esclarecer a necessidade ou não de hospitalização involuntária; ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis; receber

⁵⁴ Informa-se que o documento aprovado, entretanto, foi um substitutivo do projeto de lei original Paulo Delgado, de 1989. A lei federal sancionada em 2001 possui um texto diferente do projeto que lhe deu origem, por exemplo, no que diz respeito ao modelo de atenção oferecida às pessoas com doença mental. Enquanto o projeto de lei (1989) priorizava substituir totalmente o aparato hospitalar, a lei de 2001 o mantém e apenas sugere mudanças no modelo de assistência.

o máximo de informação sobre sua doença e o tratamento; ser tratada em ambiente terapêutico e, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (Brasil, 2004a).

A lei antecipa que o Estado é o responsável pela política de saúde mental. Esta, por sua vez, envolve a assistência e ações de promoção da saúde e conta com a participação da família e da sociedade. Outros artigos tratam das pesquisas científicas e da criação de uma comissão para acompanhar a implementação da lei. A maioria dos artigos se refere aos casos de internação⁵⁵, que deve ocorrer apenas em situações em que os equipamentos extra-hospitalares sejam considerados insuficientes e mediante laudo médico que ateste os motivos. O objetivo do tratamento em regime de internação é sempre o de reinserir socialmente o paciente em seu meio e deve ser ofertado a partir de uma assistência integral que inclua serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, entre outros. A internação em instituições de caráter asilar é vedada. Àqueles pacientes que passaram por longas hospitalizações (pelo estado clínico ou por falta de suporte social) serão destinadas políticas específicas.

No tópico seguinte, faremos uma apreciação crítica sobre o texto da referida lei referente ao projeto de lei original. Mas, por ora, vejamos os adiantamentos trazidos por ela, porque, segundo Tenório (2002: 52), apesar de não ter o mesmo impulso que o texto original significaria, ainda assim pode ser considerada uma vitória importante e tida como progressista. Um dos avanços foi a revogação da arcaica lei de 1934, em vigor até 2001, tendo sido promulgada numa época em que não existia, nas Nações Unidas, nem na sua Organização Mundial da Saúde, um entendimento sobre outros tratamentos e sobre os direitos das pessoas em sofrimento, como lembra Delgado (2011). Neste sentido, a lei da reforma psiquiátrica de 2001 constituiu um avanço importante no que se refere ao modelo assistencial. Se até 2001, a lei dos psicóticos, promulgada na década de 1930, visava proteger a sociedade dos “loucos”, apenas no século XXI é que passa a existir, de fato, uma medida mais integral no sentido de proteger e assegurar os direitos das pessoas com a doença mental. Outro adiantamento foi a inclusão do Ministério Público Estadual no processo social de reforma. Tal instituição deve ser comunicada, no prazo de 72 horas, de todas as internações involuntárias (Amarante, 2013), vide o constante no Artigo 8.º (Brasil, 2004a). As várias conquistas alcançadas desde então, em matéria de reforma psiquiátrica, andam em consonância com esta lei e transformam o modelo de assistência e a condição dos usuários de saúde mental no Brasil.

⁵⁵ Há três tipos de internação: voluntária, involuntária e compulsória (Brasil, 2004a).

Além da lei, também ocorreu, em 2001, a III Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília. Antes, entretanto, foram realizadas etapas preparatórias em vários municípios e conferências municipais e estaduais em todas as unidades federativas. Com o lema “Cuidar sim, excluir não”, o relatório da III CNSM expressa o apoio ao reordenamento da atenção em saúde mental no contexto do SUS. Esta conferência teve impacto na publicação de uma nova portaria (336/02), que deixa de utilizar o termo NAPS para adotar a nomenclatura CAPS. Tal portaria regulamenta o funcionamento dos CAPS. Com base no disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/2002) e na atualização das normas constantes da portaria SNAS/MS n.º 224/1992, a portaria estabeleceu a ampliação da modalidade dos CAPS. Quaisquer deles devem cumprir a mesma função no atendimento público em saúde mental, mas diferem quanto ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais, diversidade nas atividades terapêuticas e, ainda, quanto à especificidade da demanda (se adultos ou crianças e adolescentes, se usuários de drogas ou para transtornos psicóticos e neuróticos graves) (Brasil, 2004a). A partir da portaria GM/MS n.º 336/2002⁵⁶, os CAPS passaram a ser definidos da seguinte forma: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSiII (destinado a crianças e adolescentes) E CAPSadII (destinado a pessoas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas).

Em 2004, o então ministro da saúde, Humberto Costa, definiu os CAPS como:

instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (Brasil, 2004b: 9).

A noção de território é de supra importância nas atividades dos CAPS. Entretanto, para além do espaço geográfico, território abrange as pessoas que nele vivem, com seus conflitos, interesses, amigos, vizinhos, famílias, instituições, cenários (igrejas, escolas, cultos, trabalho, botequins etc). É a partir daí que se busca organizar uma rede de atenção às pessoas em sofrimento e aos seus familiares, amigos e interessados (Figura 1).

⁵⁶ Mas, no ano de 2010, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (Brasília – Distrito Federal) propôs o seguinte ponto: alterar a normatização proposta na portaria n.º 336/GM/2002 de forma a ampliar as possibilidades para implantação de CAPS conforme as especificidades e necessidades regionais e/ou populacionais, considerando como critério os fatores epidemiológicos e sociais em saúde mental, e não apenas o índice populacional; revendo a proposta para composição das equipes mínimas; priorizando e definindo critérios para a atuação no território (SUS, 2010: 24). É o que veremos em 2011, quando a portaria n.º 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e, em 2012, a Portaria do Ministério da Saúde n.º 130/2012, que redefine o CAPSadIII.

Figura 1: Exemplo de rede de atenção à saúde mental no território.



Fonte: Brasil (2004b).

A rede é formada por recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos, etc.), sanitários (serviços de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esporte, etc.), econômicos (dinheiro, previdência), culturais, religiosos e de lazer. A ideia é que todos estes recursos se unam para potencializar as equipes de saúde para o cuidado e reabilitação psicossocial. Os CAPS, embora sejam os dispositivos estratégicos na organização da rede comunitária de cuidados, precisam do apoio das outras redes, de outros setores, para atuar diante da complexidade das demandas de inclusão por parte das pessoas que estão excluídas da sociedade devido aos problemas de saúde mental. Quanto à atuação estratégica dos CAPS, estes que devem fazer o direcionamento local das políticas e programas de saúde mental desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, distribuindo medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando as equipes de saúde e família e agentes comunitários de saúde no cuidado domiciliar (Brasil, 2004b).

Atualmente, conforme o que consta na portaria nº 3.088/2011, os CAPS, dispositivos representantes da atenção psicossocial estratégica, estão classificados em diferentes tipos. O CAPS I atende pessoas com sofrimento e/ou transtorno mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes (Brasil, 2011). Vejamos abaixo (Tabela 1).

Tabela 1: Modalidades de Centros de Atenção Psicossocial com base na portaria n.º 3.088/2011 (Brasil, 2011).

CAPS I	Atende pessoas de todas as faixas etárias com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas . É indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.
CAPS II	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo atender também pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população de acima de 70.000 habitantes.
CAPS III	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS AD. Indicado para municípios ou regiões com a população acima de 200.000 habitantes
CAPS AD	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas. O serviço de saúde mental é aberto e de caráter comunitário, indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes
CAPS AD III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, com necessidades decorrentes do uso de <i>crack</i> , álcool e outras drogas, com necessidades de cuidados clínicos contínuos. Serviço com, no máximo, 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, incluindo finais de semana e feriados. É indicado para municípios e regiões com população acima de 200.000 habitantes
CAPS i	Atende crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. O serviço de saúde mental é aberto e de caráter comunitário, sendo indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes

Os CAPS substituem o hospital psiquiátrico e seus métodos através de práticas que incluem: a elaboração de projetos individuais terapêuticos, que foca nos interesses e necessidades de cada usuário e seu contexto; a participação do usuário em oficinas culturais, de geração de renda e alfabetizadoras; o incentivo à participação de familiares; a atenção contínua

por parte de uma equipe multiprofissional, que conta com psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas entre outros profissionais e dentro do território dos usuários.

Em termos políticos, estas práticas representam uma atenção mais humanizada, sem amarras, o mais perto possível do convívio familiar e comunitário do usuário, enxergando-o em sua totalidade para além dos sintomas da doença, considerando-o como agente importante no próprio tratamento e buscando a sua autonomia, liberdade (inclusive enquanto recurso terapêutico) e cidadania. Simbolicamente, isto significa o reconhecimento das variadas interações sociais em diversos contextos da vida cotidiana, dos significados oriundos das experiências e das capacidades reflexivas dos usuários, que não têm as suas identidades reduzidas a um único atributo, a saber, o diagnóstico psiquiátrico. Significa um processo de contra-ação ao estigma, sustentado inclusive pelos próprios usuários porque são tidos enquanto seres ativos, capazes de manipular símbolos e relacionar-se com o mundo.

Neste sentido, os CAPS se inserem num modelo de atenção distanciado de um modelo biomédico. Este, que concebe a doença mental quase estritamente em termos biológicos, negligencia fatores sociohistóricos e culturais na gênese e desenvolvimento das enfermidades e tem como centro do processo os princípios da psiquiatria. Ao contrário, a ideia é que os trabalhadores dos CAPS, tal como de outros serviços de saúde, desenvolvam a prática da chamada clínica ampliada, que, sendo uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (Brasil, 2004c), sugere: uma maior autonomia de usuários, familiares e comunidade; levar em conta a história de quem está sendo cuidado; e considerar cada caso um caso.

Além dos CAPS enquanto dispositivo estratégico para a política de saúde mental, outros marcos ocorridos no começo do novo milênio alavancaram o processo de reforma psiquiátrica. Por exemplo, em 2003, foi lançado, pelo Ministério da Saúde e atendendo ao disposto na lei 10.216/2001, o Programa “De Volta Para Casa”. A iniciativa, instituída pela lei 10.708/2003, realiza a regulamentação do auxílio-reabilitação psicossocial para assistência, acompanhamento e integração social, fora da unidade hospitalar, de pessoas acometidas com transtornos mentais com história de longa internação psiquiátrica (dois anos ou mais) (Brasil, 2004a). Convém mencionar também a criação dos Centros de Convivência em Cultura, pela portaria n.º 386/2005, dispositivos da rede de atenção à saúde mental que oferecem às pessoas com transtornos mentais espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cidade (Brasil, 2005).

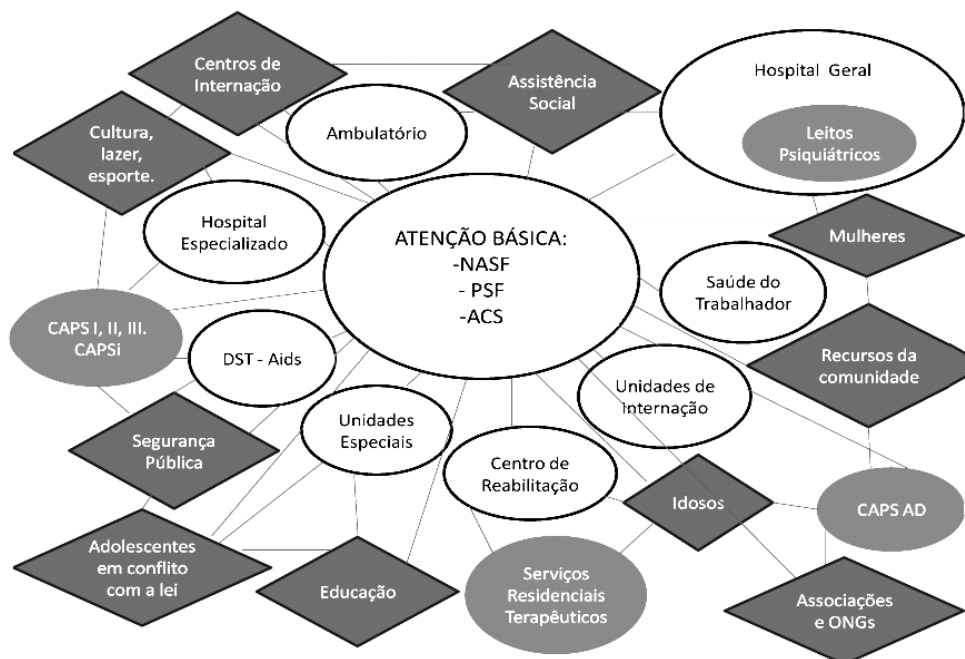
Outro fator significativo está na inclusão dos consumos de droga no âmbito do SUS e na agenda da política de saúde, haja vista que, historicamente, a saúde pública brasileira deixou esta questão sob a responsabilidade de instituições como a justiça, a segurança pública, a pedagogia, a benemerência, as associações religiosas, entre outras (Brasil, 2005). Em 2003, foi lançada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, passando a se orientar pela Redução de Danos (RD), que coloca o acesso ao cuidado e a compreensão integral e dinâmica do problema, fundada na promoção de direitos e na cidadania. Esta ampliação e redefinição da RD fez com que a mesma fosse não mais somente uma “estratégia” (em nível local, como ocorreu na cidade de Santos/SP, na década de 80, com a prevenção e troca de seringas), mas “um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde de álcool e outras drogas” (Passos e Souza, 2011: 154) alternativo à política global de “guerra às drogas”.

Em 2010, houve a IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM), em Brasília. Estabeleceu três eixos prioritários: as políticas sociais e de Estado pensando em pactuar caminhos intersetoriais; os direitos humanos e a cidadania como desafio ético e intersetorial; a consolidação da rede de atenção psicossocial e o fortalecimento dos movimentos sociais. Quanto a este último eixo, é válido destacar que a IV CNSM reforçou que, para a garantia do acesso universal em saúde mental, é preciso enfrentar a desigualdade e iniquidades em relação à raça/etnia/gênero, orientação sexual, identidade de gênero, grupos geracionais, populações em situação de rua, em privação de liberdade, indígenas, indígenas desaldeados, pessoas com deficiência, mulheres e crianças em situação de violência doméstica e sexual, pessoas vivendo com HIV/AIDS, e outras em situação de vulnerabilidade social (Brasil, 2010).

Outra providência considerável foi a instituição, pelo Ministério da Saúde, da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Figura 2), através da portaria n.º 3.088/2011 (Brasil, 2011). A RAPS gira em torno das demandas das pessoas com sofrimento ou transtornos mentais, bem como daquelas com necessidades oriundas do uso do *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com a rede, institui-se a criação, a ampliação e a articulação entre os pontos de atenção a estas pessoas, entre eles: a atenção básica em saúde (Unidade de Saúde da Família/USF, Unidade Básica de Saúde/UBS, Núcleo de Atenção à Saúde da Família/NASF, Consultório na Rua, Apoio aos serviços de atenção residencial de caráter transitório, Centros de convivência e cultura/CECCO); a atenção psicossocial especializada (os CAPS nas suas diversas modalidades e ambulatórios de saúde mental); a atenção de urgência e emergência (Serviço de Atendimento Móvel e Urgência/SAMU, Sala de Estabilização, Unidade de Pronto Atendimento/UPA 24

horas, portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, UBS); a atenção de caráter transitório (Unidade de Acolhimento, Serviço de Atenção em Regime Residencial); a atenção hospitalar (Enfermaria especializada em hospital geral, Serviço hospitalar de referência para pessoas em sofrimento/transtorno mental ou com necessidades decorrentes do uso de drogas); estratégias de desinstitucionalização (Serviços Residenciais Terapêuticos, Programa de Volta para Casa); reabilitação psicossocial (Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda, Empreendimentos Solidários, Cooperativas sociais) (Brasil, 2017).

Figura 2: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).



Fonte: (Conselho Federal de Psicologia, 2011).

As diretrizes da RAPS incluem o respeito aos direitos humanos garantindo a autonomia, a liberdade e o exercício de cidadania; a promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais de saúde; o combate a estigmas e preconceitos; a garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica da interdisciplinaridade; a ênfase em serviços de base territorial diversificando as estratégias de cuidado com participação social e controle social dos usuários e de seus familiares; a organização dos serviços em rede de atenção regionalizada com o estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado; e o desenvolvimento da lógica do cuidado centrado nas necessidades das pessoas, isto é, os serviços devem ter plasticidade para,

na medida do possível, se adequarem às demandas dos usuários (e não o contrário); o desenvolvimento de estratégias de RD, entre outros (Brasil, 2017).

É possível visualizar uma série de avanços consignados pela reforma psiquiátrica. O seu modelo de atenção postula que os problemas deixem de ser apenas orgânicos para serem também humanos e os seus cuidados terapêuticos vão além da farmacologia passando a incidir sobre os sujeitos das experiências (Amarante, 1995). Isto não implica excluir o tratamento clínico, mas extinguir o internamento enquanto forma de exclusão social das pessoas com doenças mentais. Mais que dar conta da relação entre diagnóstico e cura, procura cuidar das pessoas num sentido integral. Para a reforma, não interessa apenas a doença, mas a pessoa e o seu meio social. E para isso é preciso pensar em prevenção, reabilitação, continuidade, participação social.

Medidas legislativas, executivas e judiciárias, novas exigências direcionadas à sociedade civil (como os movimentos de usuários, familiares e trabalhadores de saúde mental), bem como uma mudança, paulatina, mas observável, na maneira pela qual a sociedade mais vasta têm construído um novo estatuto para a loucura e a doença mental. Conseqüentemente (e de maneira positiva), há uma barreira ao estigma. Como afirma Pitta (2011: 4580), podemos contabilizar décadas de crescimento de um movimento social distinto, constante e nunca visto no Brasil e no mundo buscando concretizar os direitos humanos para os “loucos de todo gênero”. A criação dos CAPS, das residências terapêuticas, de programas como o “De Volta para Casa” têm possibilitado, especialmente do começo dos anos 2000 para cá, uma possibilidade de desinstitucionalização responsável na medida em que têm diminuídos os leitos nos hospitais psiquiátricos, especialmente nas regiões sudeste e nordeste.

A partir da noção de descentralização do SUS, a atenção à saúde mental, segundo Delgado (2013), veio para perto da população, alcançou municípios do interior, virou uma demanda para a maioria das prefeituras, ganhou valor político. Se antes, a solução estava praticamente restrita aos manicômios, comumente nas capitais e situados nem sempre no território da comunidade, com a implantação dos CAPS e outros serviços (como os da atenção básica à saúde, cujos profissionais devem receber treinamento para lidar com demandas de saúde mental), regiões passaram a ser atendidas através de uma perspectiva comunitária e de liberdade. Pitta (2011) acrescenta que as últimas Conferências de Saúde Mental municipais, estaduais e nacionais foram populosas, participativas e trouxeram quase que de forma unânime as vozes de usuários e trabalhadores pedindo pela condenação dos manicômios e pela liberdade terapêutica.

3.4 Rumos da reforma psiquiátrica brasileira

Não obstante os avanços consignados, muitos deles após a promulgação da lei 10.216 (2001), há quase vinte anos, é preciso reconhecer os desafios postos à reforma. É preciso enxergar toda esta movimentação com criticidade, atentando para as conquistas, mas também para as contradições e retrocessos. Algumas questões são apropriadas para ser possível refletir sobre os limites do processo. Se a lei existe e o cuidado é o seu sentido mais profundo (Delgado, 2011), por que é que há, ano após ano, a reunião entre médicos, psicólogos, assistentes sociais, outros profissionais, estudantes, usuários, familiares, para reafirmar o compromisso com a política de saúde mental, especialmente no dia nacional voltado para a luta antimanicomial (18 de maio)? Em que sentido a realidade mudou? Por que algumas pessoas que deveriam receber atendimento nos CAPS ainda são encaminhadas diretamente para instituições manicomiais, que, aliás, pela lei, deveriam ser progressivamente extintas? Ainda, acrescentamos com Pitta (2011: 4580), “Por que então ainda não alcançamos um consenso de como agir se já temos uma unanimidade discursiva onde ninguém mais ousa defender explicitamente os manicômios como estratégia preferencial de cuidados em psiquiatria e saúde mental?”.

Um primeiro desafio diz respeito a um panorama mais global, com consequências na esfera político-econômica e nas políticas sociais. Como informa Vasconcelos (2010b), o processo de universalização das políticas sociais em contextos periféricos ou semiperiféricos, como o caso do Brasil, ocorre simultaneamente com a crise das políticas de bem-estar social no plano mundial, isto é, de um ciclo de políticas neoliberais, com desemprego estrutural, precarização das políticas públicas e indução da desassistência. Reformas psiquiátricas e seus variados serviços substitutivos recebem os impactos da conjuntura neoliberal em vários países, inclusive como se passa com a Itália. Por exemplo, na saúde mental brasileira, há um descompasso quanto à qualidade e efetividade dos novos serviços que, conforme Delgado (2013), sofrem com as fragilidades estruturais e conjunturais do SUS, o que acaba proporcionando uma insatisfação e insegurança dos usuários e familiares e uma instabilidade entre os profissionais, que ficam em situação precária devido à política de privatização do SUS. Atualmente, este sistema tem sido caracterizado, para além das dificuldades de financiamento, pelo difícil acesso, pela precária resolutividade⁵⁷, pela baixa capacidade de absorver novos desafios.

⁵⁷ Resolutividade é um dos princípios do SUS e consiste na capacidade que o sistema tem em resolver situações relacionadas com a saúde e a doença dos usuários em todos os níveis de assistência (Lei 8080/1990) (Brasil, 2003).

Continuamos numa transição na qual o modelo antigo (do paradigma psiquiátrico) não domina, mas o novo (da reforma) ainda não predomina (Delgado, 2011: 4702). E esta transição gera alguns equívocos por parte da sociedade. A lei 10.216/2001 proporcionou um novo estatuto jurídico ao abolir tantas medidas desumanizadas que antes eram aplicadas às pessoas com doenças mentais. Acontece que a reforma psiquiátrica, mais que a mudança no estatuto jurídico ou mais que as questões referentes à atenção concreta, aos medicamentos ou ao aparato científico (que, por sinal, evoluiu bastante), requer uma mudança mais ampla, num nível cultural. A lei sugere uma revolução nesse sentido, mas a sociedade, de maneira geral, não acompanha no mesmo ritmo o reconhecimento de se pensar num novo estatuto para estas pessoas. O preconceito e o estigma ainda rondam o imaginário social sobre elas das mais variadas formas, seja dos próprios profissionais que atuam sobre a questão, seja na sociedade de uma maneira geral. Outro aspecto importante é levar em conta que variados setores da sociedade não recebem a proposta reformista da mesma maneira e isto está bastante relacionado com interesses econômicos, técnicos, culturais e políticos.

Algo que reflete este jogo de interesses é o próprio conteúdo da lei 10.216/2001, bem como o decurso que levou à sua aprovação. Já destacamos a importância dessa medida legislativa enquanto alavanca fundamental do processo reformista, mas é preciso mencionar que ela não se firmou sem passar por uma série de contradições. Não foi por acaso que demorou doze anos até ser aprovada, e com um texto substancialmente distinto, “muito distante do saudável radicalismo do projeto original aprovado em 1989” (Yasui, 2006: 56). Enquanto no projeto de lei, muito similar ao da lei italiana 180, constava a proposta de substituição do modelo assistencial, na lei aprovada, fala-se de proteção, de direitos e de redirecionamento. Uma mudança não apenas semântica, mas de essência, que pode ser observada principalmente a partir de sete (dos seus treze) artigos, que referem justo a regulação do internamento psiquiátrico (idem). Reflete também as ambiguidades em torno do conceito de desinstitucionalização.

Como informado por Pitta (2011), ninguém, por questões de bom senso, defende o modelo asilar que predominou durante séculos. Todavia, grupos menos afinados com a reforma psiquiátrica argumentam que a desinstitucionalização promovida pelos “antimanicomiais” não passa de uma desassistência, isto é, significa que os internos seriam simplesmente abandonados à própria sorte, “seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com essas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que está em jogo” (Amarante, 2010: 19).

Quanto à primeira hipótese, concordamos com o risco de a desresponsabilização estatal se verificar, ainda mais em tempos de ideário neoliberal. Ocorre que a verdadeira desinstitucionalização, no seu sentido correto e defendida pela luta antimanicomial, falava, e ainda fala, na extinção progressiva dos manicômios na medida em que fossem criados outros serviços substitutivos. Mais ainda, fala na mudança de visão que a sociedade deve ter sobre as pessoas com problemas de saúde mental.

A incongruência no processo de definição do texto final que deu origem à lei da reforma psiquiátrica teve ampla relação também com os interesses de determinados grupos e empresas. Segundo Amarante (2010: 19), alguns destes constituem: segmentos conservadores, que resistem a qualquer ideia que signifique a ampliação de direitos e igualdade aos setores considerados minoritários seja por credo, raça, cor, doença ou condição social; segmentos que têm interesses específicos na organização atual da psiquiatria e suas extensões. Assim, para além de questões relacionadas com o saber psiquiátrico, sua cientificidade ou funcionalidade, que veremos logo mais, há a organização de interesses muito específicos de empresas e grupos que sobrevivem da dependência do sucesso desses mesmos interesses. Podemos pensar na indústria farmacêutica⁵⁸, na corporação psiquiátrica ou nos empresários de hospitais psiquiátricos: “Estes, muitas vezes, não sabem ou não pretendem saber o que significa a desinstitucionalização; contudo, opõem-se a ela pelo risco que pode representar aos seus interesses constituídos, e tão-somente sobre estes seus argumentos são construídos” (idem: 19). Por isso, por fim, mesmo a lei 10.216/2001 deve ser analisada com criticidade. Se o projeto de lei Paulo Delgado (1989) contemplava as duas variáveis interdependentes –, a criação de serviços alternativos consistentes e a desconstrução do circuito manicômio-dependente – a lei 10.216 não é firme em relação a nenhuma delas (Tenório, 2002). Dessa perspectiva, a lei manifesta de maneira acanhada a sua contrariedade ao modelo asilar, visto que ainda assente na sustentação da estrutura hospitalar. E, de certa maneira, acaba refletindo interesses que são mais explícitos nas práticas e discursos de certos grupos.

Mais que esclarecer que não equivale à desassistência ou tão somente à desospitalização, é preciso significar a desinstitucionalização como “desconstrução” (Amarante, 2010: 20). É neste sentido que a reforma psiquiátrica brasileira procura trabalhar. Pretende mais que superar os manicômios e/ou apenas renovar/reestruturar/humanizar o

⁵⁸ Quanto à indústria farmacêutica, entretanto, Amarante (2010) assinala que este grupo pode até oferecer apoio à desinstitucionalização quando esta é entendida como mera desospitalização. Neste caso, o território da psiquiatria se expande e, na medida em que isto pode significar o aumento de situações consideradas patológicas, e, logo, do aumento do consumo de medicamentos. Para nós, isto é claro quando verificamos a desenfreada “medicalização da vida” e sua consequente “medicamentização”.

hospital – estes não devem ser os objetivos em si, mas consequências de certos princípios e estratégias (Amarante, 2013). Preza pela descentralização de tais instituições em direção ao cuidado nos serviços comunitários e pela diversificação da rede de saúde mental através da intersectorialidade. Sobre este último aspecto, torna-se essencial ter em conta as distintas facetas da questão social frequentemente relacionadas com a própria condição de pessoa com a doença mental: a pobreza, o desemprego, a violência, o analfabetismo. A busca pela concretização desses eixos se dá no interior de um quadro amplo e até mesmo contraditório. Isto porque, segundo Amarante (2013: 63), a reforma constitui um processo: é movimento e se transforma permanentemente. E por ser processo, novos elementos, novas situações trazem à tona novos atores sociais com novos (e, muito provavelmente, conflitantes) interesses, ideologias, visões de mundo, concepções teóricas, religiosas, étnicas, de pertencimento de classe social, etc.. E é um processo constituído por dimensões simultâneas que se entrelaçam e que “ora se alimentam, ora são conflitantes; que produzem pulsações, paradoxos, contradições, consensos, tensões” (idem: 63). São elas que elencam os desafios e expressam os rumos da reforma no país. É a partir da reflexão sobre as dimensões da reforma que torna-se possível estabelecer os princípios e estratégias.

A primeira dimensão é a chamada “teórico-conceitual ou epistêmica” (Amarante, 2009, 2013). Diz respeito à produção de conhecimentos que dá fundamento e autoridade ao saber-fazer médico-psiquiátrico. As ciências naturais que embasaram este saber-fazer sobre a loucura estão em transição. Isto engloba a revisão do conceito de ciência como produção de verdades absolutas/inquestionáveis, bem como do seu estatuto de neutralidade. Especificamente quanto à psiquiatria, isto implica na revisão de noções como alienação/doença mental, isolamento terapêutico, degeneração, normalidade/anormalidade, terapêutica e cura, etc. (Amarante, 2009: 1). Atualmente, uma iniciativa política ou social em saúde mental – como uma intervenção ou programa de saúde para uma comunidade – não deve levar em conta apenas princípios e pressupostos científicos, mas contemplar um rol de fatores, apesar de muitas vezes alheios à ciência, que interfere na formulação de suas estratégias. Tais fatores são de ordem ideológica, política, ética e entrecortados por questões religiosas, culturais (incluindo questões de gênero), morais. É nesse sentido que o processo de reforma psiquiátrica está relacionado com a transformação da própria ciência (Amarante, 2013).

Se a atitude epistemológica da psiquiatria tradicional é salientar a doença enquanto objeto das ciências naturais, o desafio da reforma é desempenhar uma atitude epistemológica

distinta, embora não deixe de ser complementar⁵⁹ à primeira: a de pôr entre parênteses o conceito de doença – e, mais uma vez, isto não é negar a sua existência – para poder ter contato com as experiências vividas pelos sujeitos. Assim, “aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (Amarante, 2013: 67). Na prática, entra em cena a tentativa de materializar a desinstitucionalização conforme a tradição de Basaglia, que é a ideia de oferecer diversas formas de tratar os sujeitos em suas existências e a partir de suas situações concretas de vida, ou seja, com suas peculiaridades e aleatoriedades, sua família, suas angústias, seus problemas, suas redes sociais. Ter em conta estes aspectos da vida cotidiana favorece a noção de integralidade. A forma como os conceitos (seja de doença, de alienação, de desrazão, de desinstitucionalização, etc.) são empregados a partir de determinados pressupostos epistemológicos tem claro entrelaçamento com a chamada “dimensão técnico-assistencial”, isto é, as diretrizes do modelo de assistência a ser ofertado pelos profissionais (idem). No caso da reforma, que preza por uma atitude epistêmica diferente da do paradigma psiquiátrico, a ideia é que os seus tipos de serviços não devem constituir instituições totais que mortificam o *self* (Goffman, 1974[1961]), ou lugar de repressão, docilização, controle (Foucault, 1987), mas “dispositivos estratégicos, como lugares de acolhimento, de cuidado e de trocas sociais [...] lugares de sociabilidade e produção de subjetividades” (Amarante, 2013: 69). Na nossa perspectiva, a filiação pelo paradigma da desinstitucionalização não implica, portanto, renegar a ciência tradicional, mas considerar que a questão da saúde mental, por envolver seres humanos e suas angústias, projetos e expectativas, engloba aspectos mais delicados e para além da esfera do que esta ciência costuma enquadrar. A ideia é que nenhuma disciplina seja mais importante que outra a ponto de “decidir” o que será feito, como serão tratadas as pessoas com sofrimento mental. Todas têm contribuições a dar. Não repudiamos os aportes que a psiquiatria biológica pode oferecer, mas também acreditamos que esta precisa atuar para além das estratégias farmacológicas, hospitalocêntricas e “puramente científicas” que costuma estabelecer tradicionalmente.

Acontece que esta atitude epistêmica da reforma se choca com duas tendências que passaram a se verificar a partir da classe médica no novo milênio: o corporativismo médico e a reorganização da psiquiatria biológica. Quanto à primeira tendência, Vasconcelos (2010b) informa que, se antes, até aproximadamente pelo fim da década de 1990, a Associação

⁵⁹ Complementares (doença seja enquanto objeto das ciências naturais, seja analisada a partir dos pontos de vistas dos sujeitos) porque aumentam o nosso conhecimento das diversas variáveis implicadas nos processos saúde-doença.

Brasileira de Psiquiatria (ABP) apoiava claramente a mudança na assistência à saúde mental, com a chegada dos anos 2000 este quadro mudou. Tendo em vista as condições de deterioração do seu trabalho, a categoria médica, no geral, reforçou os seus interesses corporativos, estimulou a sua luta por melhores condições, pelo controle legal, técnico e gerencial do mercado de trabalho e de seu mandato profissional. Estes atos resultaram na luta corporativista que deu corpo ao Projeto de Lei do Ato Médico (PL 7.703/06), posteriormente aprovado como a Lei n.º 12.842/2013⁶⁰.

Quanto à segunda tendência descrita por Vasconcelos (2010b), a da reorganização da psiquiatria biológica, tem ocorrido uma onda de novos exames, mapeamentos cerebrais, decodificação do genoma humano, uso potencial de células tronco para tratar problemas somáticos, neurológicos e neuropsiquiátricos, novas alternativas farmacológicas. Tudo isso, embora constituam avanços tecnológicos importantes, serve para reforçar o capital simbólico desta especialidade. Vimos no capítulo anterior que uma psiquiatria focalizada exclusivamente no âmbito biológico pode, do ponto de vista das relações de gênero, simplificar as respostas dadas para homens e mulheres em termos de tratamento. Outro aspecto que reflete um problema é que, se nos ambientes de prática na clínica liberal e no mercado privado, os psiquiatras se aproximam cada vez mais dos outros especialistas médicos, fortalecendo a sua autonomia e o seu poder profissional, no setor público, os serviços de atenção psicossocial tendem a trabalhar numa perspectiva interdisciplinar. O que se constata de alguns casos é uma insatisfação entre os médicos, que acabam sendo induzidos a ter posturas mais defensivas e conservadoras (idem: 33). Entretanto, indícios de um possível retorno a aspectos conservadores não passam sem sofrer os efeitos de uma contra-resistência.

Podemos mencionar como exemplo um caso ocorrido em abril de 2016 e durante o processo de votação pelo *impeachment* da então presidenta Dilma Rousseff no qual a polícia federal desmontou uma ocupação no Ministério da Saúde. O ato pressionava o então ministro da saúde, o psiquiatra piauiense Marcelo Castro, para demitir o médico Valencius Wurch, nomeado no fim de 2015 para ser o coordenador de saúde mental do referido Ministério no lugar de Roberto Tykanori. Enquanto este último era militante da luta antimanicomial desde a década de 1980, Valencius Wurch era visto por militantes do movimento como adversário da reforma psiquiátrica, tendo se colocado na década de 1990 “contra” a reforma, alegando que o

⁶⁰ O projeto de lei de 2006 era claramente contrário à ideia dos esforços interdisciplinares e intersetoriais necessários para garantir a assistência integral em saúde mental (Vasconcelos, 2010b). No entanto, a sanção da lei com base no referido projeto pela presidenta Dilma Rousseff, em 2013, não aprovou o seu conteúdo na totalidade. A presidenta vetou alguns incisos e parágrafos do Projeto-Lei inicial, o que favoreceu o trabalho conjunto dos profissionais de saúde e a viabilidade de procedimentos adotados pelo SUS e por instituições privadas de saúde.

processo tinha um caráter meramente ideológico. Valencius também foi diretor do manicômio Casa da Saúde Dr. Eiras, localizado no Rio de Janeiro, considerado o maior da América Latina (foi fechado em 2012 devido a denúncias de violação dos direitos humanos). O ministro Marcelo Castro não deu sinais de que iria destituir Valencius do cargo, mas garantiu que o modelo de assistência vigente não sofreria retrocessos. Do ponto de vista da militância, a substituição entre os coordenadores foi desleal porque não possibilitou a negociação. No entanto, as manifestações serviram para expressar claramente a atitude de forte repúdio a qualquer resquício de voltar a predominar um modelo manicomial. A Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) emitiu nota afirmando que a medida do ministro foi um “golpe baixo” por ter acontecido num momento em que os olhares da população estavam voltados para a questão do *impeachment*⁶¹. O desfecho foi a exoneração de Valencius Wurch do cargo de coordenador da saúde mental do Ministério da Saúde, em maio de 2016. Porém, muito mais devido à troca do ministério durante o processo de *impeachment* do que às pressões dos movimentos.

Outro exemplo de conservadorismo se passou em dezembro de 2017, já no governo de Michel Temer. Na ocasião, a Comissão Intergestores Tripartite⁶² (CIT) do SUS aprovou, sem qualquer discussão pública mais abrangente, mudanças na política de saúde mental. A Portaria n.º 3588, aprovada e assinada pelo então ministro da saúde Ricardo Barros, implica inúmeros retrocessos quanto aos direitos de pessoas com transtornos mentais e/ou com uso nocivo de drogas. Vale ressaltar que a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) são algumas das entidades que apoia tais alterações. Uma delas diz respeito à priorização dos internamentos em instituições psiquiátricas – o contrário do que se vinha fazendo nas últimas décadas. Outra diz respeito ao desfinanciamento de outros serviços de atenção psicossocial, como os CAPS e as Residências Terapêuticas. Ainda, há incentivo para a ampliação de recursos voltados para comunidades terapêuticas, para o internamento, ambulatorização e medicalização: uma nova-velha política. Todos estes aspectos vão contra o que prevê a lei em vigor e a proposta antimanicomial. Ironicamente, isto ocorreu no mesmo momento de um encontro que reuniu dezenas de instituições para relembrar os trinta anos de

⁶¹ Fonte: <http://agenciabula.com.br/index.php/2016/04/19/em-clima-politico-tumultuado-policia-desmantela-ocupacao-de-121-dias-no-ministerio-da-saude/>

⁶² A CIT é composta por representantes do Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS). Fonte: <https://www.revistaforum.com.br/2017/12/14/governo-temer-desmonta-com-uma-canetada-programa-de-saude-mental-modelo-para-o-mundo/>

mobilização em defesa do fim dos manicômios e que produziu a “Carta de Bauru”, que, por sua vez, reafirma que a sociedade sem manicômios é uma sociedade democrática. Até então, em princípios de 2018, o que há é a recomendação requerida pelo Conselho Nacional de Direitos Humanos para que o ministro da saúde revogue a referida portaria, ainda mais quando esta foi elaborada e publicada sem a participação do Conselho Nacional de Saúde.

Desde o seu início, posicionamentos contra e a favor da reforma têm disputado entre si. Os adeptos da reforma e da luta antimanicomial têm sido frequentemente acusados por setores mais conservadores de considerarem a doença apenas uma situação social e não uma enfermidade (numa clara alusão à antipsiquiatria). Também recebem críticas por adotarem “como premissa do seu modelo assistencial a desvalorização do saber psiquiátrico e a redução do papel do psiquiatra” (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2014: 6). Nunca é demais reafirmar que o que, de fato, a reforma preza é por um reconhecimento do sujeito na sua existência-sofrimento, incluindo nisso os sintomas da enfermidade. Ademais, não desmerece a atuação do psiquiatra, mas critica a centralidade do tratamento na figura deste profissional, propondo um cuidado que deve ser ofertado por uma equipe multidisciplinar. Como coloca Delgado (2013), esta aparente controvérsia entre a cientificidade da psiquiatria e a “ideologia” da política da saúde mental do SUS produziu efeitos prejudiciais que se verificam até hoje.

Um dos efeitos consiste no custo em atrair jovens psiquiatras para o trabalho na comunidade, embora existam programas de formação mais afinados com a saúde pública. Este fato é reforçado pelos mecanismos pouco flexíveis do incentivo à produção de conhecimento, que costumam favorecer as pesquisas que são realizadas em ambiente experimental, como os ambulatórios das universidades, em detrimento do conhecimento produzido na vida real e no território do SUS (Delgado, 2013: 2). Como afirma o autor, é imperativo que estes estudantes sejam educados para ter contato com as pessoas, para promover a saúde em vez de focalizar todos os detalhes da doença. É preciso que, não apenas os estudantes de medicina, mas das diversas áreas, desde a sua formação universitária, sejam informados da importância do tratamento em regime aberto, da ideia de descentralização das funções e serviços, sempre de acordo com os princípios do SUS. A capacitação profissional é tarefa primordial do Ministério da Educação e do Ministério da Saúde.

Outro problema, frequentemente apontado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), com quem concordamos neste caso, é o risco de uma centralidade da assistência nos CAPS. Muitas vezes, estes ficam sendo apenas “mais um serviço” que atua isoladamente, de forma ambulatorial, sem ativar os tantos recursos existentes na comunidade para entretecer as

tantas estratégias de cuidado implícitas na proposta (Yasui, 2006). Isto demonstra a falta de conscientização, por parte de gestores e trabalhadores, sobre o que deveria representar a RAPS (rede de atenção psicossocial) nos cotidianos das políticas e serviços que gerem/atuem. Demonstra também a necessidade de um maior investimento na divulgação da rede para a população em geral. A atuação dos serviços deve ocorrer em rede, mas, na realidade de muitos territórios, há a centralização das ações de saúde mental nos CAPS por estes serem reconhecidos enquanto a “atenção psicossocial especializada” e “principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica”. Falta apoio matricial entre as equipes envolvidas. Tal apoio, o chamado matriciamento, é um “novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, num processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica” (Ministério da Saúde, 2011: 13). Vai além do simples encaminhamento entre os diferentes serviços e deve funcionar sob a ótica do cuidado compartilhado.

Além das dimensões epistêmicas e técnico-assistenciais, Amarante enuncia as disputas envolvidas na dimensão jurídico-política (Amarante, 2013: 69). Antes de mais nada, e de uma maneira geral, o Estado brasileiro é lento e as políticas públicas são descontínuas. Há descontinuidades administrativas entre os níveis da federação (união, estados e municípios), por isso, pode-se dizer que a reforma é um processo heterogêneo, justamente por não ser possível que se institua em todos os territórios no mesmo ritmo e da mesma maneira. Por um lado, oito leis estaduais e várias municipais com conteúdo pró-reforma tinham sido aprovadas já na década de 1990 antes mesmo da aprovação da lei federal 10.216, em 2001. Entre os estados que aprovaram suas leis estão: Rio Grande do Sul (1992), Ceará (1993), Pernambuco (1994), Rio Grande do Norte (1995), Minas Gerais (1995), Paraná (1995), Distrito Federal (1995) e Espírito Santo (1996) (idem). Por outro lado, apenas alguns anos depois da aprovação da lei federal outros estados passaram a implantar a sua rede psicossocial com base na reforma, como foi o caso do Piauí. Um desafio na implantação dessas redes é o de promover a regionalização das ações e dos serviços de saúde conforme o “Pacto pela Saúde” (Brasil, 2006), isto é, descentralizar o sistema, dividindo as responsabilidades sanitárias entre União, Distrito Federal, estados e municípios.

Ainda em termos da dimensão jurídico-política, é necessário rever aspectos da legislação. Tanto o código penal, quanto o civil e, também, outras leis e normas sociais estão cheias de referências pejorativas ou que limitam as oportunidades para pessoas com doenças mentais. Isto constitui um grande obstáculo ao exercício pleno da cidadania. Como exemplo, Amarante (2013) menciona o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei

Orgânica de Assistência Social (LOAS/1993), que concede um salário mínimo às pessoas com diagnóstico de deficiência mental e às pessoas idosas. O beneficiário, entretanto, não pode exercer qualquer atividade profissional, nem nas cooperativas sociais, projetos de geração de renda ou Ecosol.

Mais um fato relacionado com o aparato jurídico-político incide sobre a questão dos internamentos compulsórios. Embora a lei 10.216 regulamente estes casos, há, conforme Delgado (2013), a sua leitura equivocada para justificar o internamento compulsório banalizado. Esta ocorrência tem sido muito comum no caso de pessoas que consomem *crack*. A linha entre a atenção à saúde de consumidores de *crack* e o seu aprisionamento é muito tênue. O internamento involuntário e compulsório aumentou expressivamente devido ao argumento de que as pessoas com a sua saúde prejudicada pelo *crack* não têm condições de avaliar a própria condição. As operações (parceria entre polícia e assistência social) têm se concentrado principalmente em bairros de grandes metrópoles (São Paulo, Rio de Janeiro, Salvador), as “cracolândias” (Rodrigues, 2012). Soma-se aos internamentos forçados em massa dos usuários (principalmente de *crack*), um insuficiente investimento em CAPSad e na rede pública de saúde mental/assistência social no geral (Boiteux, 2006). O vácuo assistencial no setor público da saúde sobre álcool e outras drogas está relacionado com a criação de comunidades terapêuticas⁶³. Estas, por sua vez, estão comumente associadas a entidades religiosas (saída do público para o privado); não oferecem atenção psicossocial adequada (pois focam na religião e várias contam poucos profissionais da saúde); podem receber financiamento público e ainda refletem a falta de laicidade do Estado.

O combate pelo cumprimento (ou contra a leitura equivocada) das medidas existentes que reforçam os princípios da reforma e, também, a luta pela anulação de outras que contrariam estes mesmos princípios são impulsionadores de melhores condições de vida para os usuários de saúde mental. Todavia, sabemos que, na prática, cidadania e direitos não são garantidos apenas por leis, portarias, decretos. Portanto, mais desafios ocorrem no que diz respeito a uma dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica. Mais que alterar o modelo de assistência – esta é uma das facetas do processo –, é preciso alterar o lugar social atribuído à loucura (Amarante, 2009). Ainda hoje, posturas de caráter manicomial continuam sendo reproduzidas em diferentes espaços: nas casas, nas ruas e mesmo nas instituições de saúde ou cultura. Estudos

⁶³ Apesar do nome em comum, estas comunidades terapêuticas brasileiras não podem ser comparadas com as experiências de comunidades terapêuticas na Inglaterra, a partir de 1959, com Maxwell Jones. Sem negligenciar a possibilidade de suporte eficaz por parte de algumas comunidades terapêuticas às pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, nosso posicionamento é o de que muitas são, na realidade, uma versão moderna dos manicômios, que servem especialmente enquanto negócio lucrativo para políticos e religiosos (Amarante, 2013).

focados nas experiências vividas pelos sujeitos usuários dos serviços revelaram que, apesar do investimento pela política brasileira de saúde mental em novas tecnologias de saúde e aparatos jurídicos, os processos de estigmatização e violência são realidade para muitas pessoas diagnosticadas com a doença mental atendidas em CAPS de várias regiões do Brasil (Andrade, 2012; Assad e Pedrão, 2013; Nunes e Torrenté, 2009; Silva e Brandalise, 2008).

Inclusive, os próprios CAPS podem ser agentes reprodutores de práticas manicomiais, mesmo que com novas roupagens, tal como observou Andrade (2012) a respeito de queixas de trabalhadores e usuários que se referiram a estes serviços como “capscômios” (mistura de Caps com manicômio). Também Wetzel (2005) constatou algo similar em um CAPS do estado de São Paulo, cuja proposta de reabilitação através de um cuidado personalizado perdeu espaço para o cuidado massificado, fazendo de seus usuários indivíduos “enCAPSulados” (idem: 192). Apercebemo-nos que o processo de estigmatização e outras desvantagens pelas quais passam as pessoas com a doença mental não surgem apenas de situações mais óbvias como o internamento. Yasui (2006) já tinha chamado atenção para o fato de que implantar um serviço com a marca “CAPS” não gera uma adesão automática, nem dos trabalhadores, nem dos gestores, aos princípios, diretrizes e aos novos paradigmas colocados.

Tais exemplos demonstram o contratempo existente entre, de um lado, a implantação de medidas mais concretas e, de outro, uma transformação no olhar da sociedade sobre a loucura e a doença mental, vistas ainda como fenômenos predominantemente depreciativos. Se a sociedade não alcança uma mudança no seu imaginário, dificilmente o preconceito e o estigma vivenciado pelas pessoas com a doença mental, bem como a insuficiente conscientização sobre as potencialidades dos serviços substitutivos, serão superados. Como afirmam Alverga e Dimenstein (2006), o maior desafio da reforma psiquiátrica não está estritamente na humanização das relações com as pessoas com a doença mental ou na modernização tecnocientífica dos serviços. Ou seja, não depende automática e exclusivamente de aperfeiçoamentos administrativos, organizacionais ou financeiros, mas também da construção de um novo lugar social para a loucura, de novas formas de lidar com a diferença e de pensar a loucura e a doença mental como a radicalização da diferença. Neste ponto, convém resgatar a última dimensão da reforma psiquiátrica sugerida por Amarante (2009, 2013): a dimensão sociocultural.

Segundo o autor (2013: 73), a dimensão sociocultural é “uma dimensão estratégica e uma das mais criativas e reconhecidas, nos âmbitos nacional e internacional, do processo brasileiro de reforma psiquiátrica”. Um dos seus princípios consiste em convocar a própria

sociedade na discussão da reforma. Isto serve para instigar o imaginário social a pensar sobre as temáticas da loucura, da doença, dos hospitais a partir da própria produção cultural e artística dos vários atores sociais envolvidos, sejam eles usuários, familiares, técnicos, voluntários. Várias experiências foram criadas neste sentido: o próprio dia da luta antimanicomial, 18 de maio, que mobiliza todo o país em prol de atividades culturais, políticas, acadêmicas, esportivas, que objetivam debater e estimulam as pessoas à participação e à reflexão; a formação de alas para desfilar em blocos de carnaval; confecções de material audiovisual e manifestações artísticas nos diversos eventos relacionados com a temática; a criação de televisões comunitárias e programas de rádio; grupos musicais e de teatro; a solidificação de uma política pública de cultura no campo da saúde mental (idem: 77). Acrescentamos que a mídia pode ser um potencial agente de transformação. O cinema, por exemplo, já contribuiu de forma importante para mudar a imagem social da loucura (lembre-se dos filmes brasileiros “Bicho de Sete Cabeças” e “Nise – o coração da loucura”). Mas a grande mídia brasileira, de uma maneira geral, ainda precisa avançar mais, fazer debates mais aprofundados/cuidadosos, e menos superficiais sobre a questão da saúde mental. Discursos morais, religiosos, jurídicos e até mesmo científicos têm sido reproduzidos pela mídia de maneira que reforça rótulos e estereótipos como os da periculosidade e incapacidade. Precisa ainda rever o que tem divulgado sobre pessoas que fazem o uso de drogas, especialmente o *crack*, quase sempre associadas à marginalidade e à delinquência.

Toda esta mobilização na dimensão cultural expressa como as pessoas com a doença mental têm a possibilidade de autonomia na medida em que elas próprias contribuem para as mudanças no imaginário social. Expressar-se através destas atividades corresponde a manifestar as suas emoções, os seus pensamentos, os seus conhecimentos. Corresponde a narrar-se em primeira pessoa. Desafia os rótulos impostos pelos diagnósticos psiquiátricos. Levando em conta todas as dimensões (epistemológica, técnico-assistencial, jurídico-política, sociocultural), segundo Amarante (2013), a reforma deve acontecer de maneira criativa em todos os ambientes, sejam estes acadêmicos, dos serviços, do território e um objetivo em comum é resgatar a autonomia e autoestima das pessoas visando sempre o seu crescimento e desenvolvimento.

CAPÍTULO 4. METODOLOGIA DO ESTUDO E EXECUÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO: escolhas, justificações, contexto da pesquisa, descobertas, desafios

“O domínio da ciência instrumentalista e objetiva centrada no saber do especialista substitui o saber da pessoa enferma pelo ‘saber científico’ do especialista e exclui da análise da doença aspectos não passíveis de medição, controle e intervenção diretos [...] A pessoa é reduzida a sua condição individual, e se perde de vista a importância do modo de vida como forma de articulação com o mundo e com a sociedade, assim como a forma em que processos sociais e institucionais de natureza diversa comprometem a saúde pelo tipo de práticas institucionalizadas de diversas formas no cotidiano das pessoas” (González Rey, 2011: 26).

“As visões do mundo não são produtos do pensamento, nem surgem da mera vontade de conhecer. Brotam das experiências da vida quotidiana e manifestam-se através de valorações que aparecem como expressão de imagens exteriorizadas e sentidas de forma colectiva” (Pais, 1985: 242).

“Diálogo, palavras e conversas entre mulheres [e homens] revelam muito mais sobre a condição feminina [e masculina] do que testes ou estatísticas” (Chesler citada por Garcia, 1995: 114, inclusão nossa).

Nosso objeto de estudo destaca as experiências de homens e mulheres diagnosticados/as com a doença mental na sua interface com as dinâmicas de gênero. Isto remete para a relação entre o que acontece num nível mais amplo, macro, das mudanças e permanências sociais, e num nível mais biográfico, das experiências das pessoas. São inúmeros os significados compartilhados por cada um dos sujeitos que narra a sua história em torno de: ser homem ou mulher, vivenciar um sofrimento psíquico, receber um marcador biomédico (o diagnóstico de doença mental), entre outros aspectos. Não temos uma visão determinista sobre estas experiências e tampouco desconsideramos os constrangimentos que elas sofrem pela estrutura social. Assim, a análise incide sobre a variabilidade de tais significados localizados num nível microscópico, o das interações sociais, mas que denunciam muitas circunstâncias de uma regulação macrossocial e sistêmica.

Para dar conta da complexidade que é analisar os significados conferidos às experiências com a doença mental foi preciso recorrer a uma determinada “forma de pensar sobre a realidade social e de estudá-la” (Strauss e Corbin, 2008: 17), isto é, a uma metodologia. Conforme Augusto (2014: 2), a metodologia reside na interação entre teoria e método, está

relacionada com o que queremos saber e os caminhos a trilhar para lá chegar, explicita o modo pelo qual o curso da pesquisa é determinado. A opção por uma metodologia não depende apenas da preferência do investigador, mas, sobretudo, das questões que coloca, da natureza do que pretende saber e do tipo de respostas que espera obter. Depende dos desenhos de pesquisa e da diversidade de opções que se colocam à partida, ou seja, das “variantes de abertura” (Pais, 2009: 142). No caso das pesquisas qualitativas, os desenhos de investigação são “emergentes” e em “cascata” porque vão se fazendo no decurso da investigação (idem). Isto quer dizer que, inclusive quanto às questões de pesquisa, o processo pode ser sempre revisto na medida em que se descobre novas informações. Não há uma divisão rígida entre a etapa de recolha e análise dos dados, por exemplo. Também não estabelecemos hipóteses *a priori*. É, portanto, um desenho aberto às novidades, à surpresa e à variabilidade.

Desta forma, embora tenhamos estabelecido algumas perguntas à partida, não dispensamos a necessidade de revê-las e/ou reformulá-las ao longo do processo. De maneira mais geral, perguntamos: como é ser homem e ser mulher com doença mental? Especificamente, perguntamos: Que sintomas são descritos pelos homens e pelas mulheres? Que eventos fragilizadores da saúde enunciam? Como viver com uma doença mental impacta várias esferas da vida? Que estratégias e recursos adotam para lidar com a doença? Que planos e expectativas têm sobre o futuro? O que pensam sobre o adoecimento de outros homens e mulheres? As respostas para estas interrogações invocam os sentidos da ação social dos sujeitos e não poderiam ser obtidas por meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. São respostas difíceis de quantificar porque revelam informações sobre as vidas das pessoas, sobre experiências vividas, emoções, sentimentos, valores, crenças. São respostas que remetem para o cotidiano.

Além disso, para perceber como estes aspectos – imediatamente mais relacionados com o âmbito subjetivo, mas em constante interação com o social – podem ser apreendidos e interpretados, orientamo-nos (ainda que não exclusivamente) por alguns contributos teóricos como os da fenomenologia social, do interacionismo simbólico, de teorias da ação estruturada, estudos sobre gênero, masculinidades e abordagens feministas. Os substratos teóricos enquanto “visões de como a sociedade funciona” também estão por trás da opção por determinada metodologia (Haguette, 1987: 18). Assim, considerando a natureza da pergunta de partida e dos tipos de respostas que buscávamos alcançar, bem como as teorias relacionadas, optamos por uma metodologia de cunho eminentemente qualitativo com enfoque compreensivista. Como afirma Guerra (2006), neste tipo de metodologia, interessa mais apreender os significados do

que a frequência dos fenômenos. À semelhança de Pais (2009: 32), quando fala sobre uma “perspectiva metodológica do cotidiano”, estamos interessados em aceder ao calor da intimidade da compreensão, “fugindo das arrepiantes e gélidas explicações que, insensíveis às pluralidades disseminadas do vivido, erguem fronteiras entre os fenômenos, limitando ou anulando as suas relações recíprocas”.

Conforme Denzin e Lincoln (2006), é comum que pesquisadores qualitativos sejam taxados de “jornalistas” ou cientistas das áreas das *soft sciences* pois seus trabalhos são considerados não científicos ou apenas exploratórios ou subjetivos. As críticas, principalmente de cunho positivista, muitas vezes alegam que pesquisadores qualitativos escrevem não ciência, mas ficção, e que não dispõem de métodos adequados para verificar o que é declarado como verdadeiro. Augusto (2014) informa, inclusive, que por conta desses ataques à pesquisa qualitativa, há uma produção mais fecunda com a finalidade de defender e assegurar o rigor da pesquisa qualitativa do que estudos que discutam e atestem o rigor da pesquisa quantitativa.

Os pesquisadores que adotam o paradigma positivista destacam a objetividade, a generalidade, a réplica da pesquisa e a falsificação de hipóteses e teorias concorrentes. O objetivo, nesse tipo de pesquisa, é descobrir explicações causais e fazer previsões sobre um mundo externo e conhecível (não “ficcional”). Somente as formas estritamente científicas, leia-se, quantitativas, poderiam assegurar a validade para os positivistas: outras formas de conhecimento, tal como a interpretação de significados, típica da pesquisa qualitativa, geraram discussões quanto ao seu valor científico e comumente foram vistas como impressionistas, anedóticas, não sistemáticas e tendenciosas (Charmaz, 2009). São muitas vezes consideradas empiristas e impregnadas da subjetividade do investigador. Mas, como veremos à frente, estas supostas limitações podem ser revistas e contornadas.

É necessário pensar na pesquisa qualitativa a partir de seus próprios pressupostos. Como afirma Augusto (2014: 3), a qualidade da pesquisa qualitativa deve ser compreendida a partir dos seus posicionamentos epistemológicos e ontológicos, e não por comparação com os fundamentos positivistas. Ela não surge exatamente como uma alternativa à pesquisa quantitativa ou como parte de uma visão maniqueísta. Ou ainda, como esclarece Haguette (1987: 17), a opção por metodologias qualitativas não significa um repúdio às macroanálises comumente associadas a modelos quantitativos de análise, mas o reconhecimento de que a sociedade é formada de microprocessos que, juntos, configuram as estruturas maciças, aparentemente não cambiáveis, atuando e conformando a ação social individual. De acordo com Denzin e Lincoln (2006: 23):

A palavra qualitativa implica uma ênfase sobre a qualidade das entidades e sobre os processos e significados que não são examinados ou medidos experimentalmente (se é que são medidos de alguma forma) em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Esses pesquisadores enfatizam a natureza repleta de valores da investigação. Buscam soluções para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado (Denzin e Lincoln, 2006: 23).

Spíndola e Santos (2003: 121) afirmam sobre a pesquisa qualitativa:

Uma investigação que priorize a informação do entrevistado exige uma aproximação do pesquisador com os pesquisados para que se estabeleça um contato, uma relação de confiança. Essa modalidade de pesquisa tem no ambiente a fonte direta dos dados e o pesquisador como seu principal instrumento. É caracterizada pela obtenção de dados descritivos, no contato direto do pesquisador com a situação estudada, valorizando-se mais o processo que o produto, preocupando-se em retratar a perspectiva dos participantes, isto é o significado que eles atribuem às coisas e à vida. Dessa forma, são percebidos como as pessoas mais importantes no processo (Spíndola e Santos, 2003: 121).

Assim, o foco da pesquisa qualitativa está na qualidade dos significados atribuídos pelos sujeitos às suas experiências. Não investe maciçamente em ideias pré-concebidas e, mais que explicar, busca interpretar o social através da apreensão de como se articula o objetivo e o subjetivo. No caso da pesquisa qualitativa que emprega o pensamento sociológico, convém apreender, segundo Bertaux e Bertaux-Wiame (1993), que este não pretende encontrar “leis sociais” através da confirmação ou refutação de hipóteses, mas, sobretudo, acompanhar o desenvolvimento da tendência face a uma elucidação progressiva do movimento histórico das relações sociais.

Entretanto, é importante destacar que o termo “qualitativo” abarca várias práticas de pesquisa diferentes entre si. São pesquisas que se orientam por paradigmas distintos e também recorrem a distintos procedimentos, isto é, o método e as técnicas de recolha, registro e análise das informações. No nosso caso, a pesquisa qualitativa que realizamos, além de ter um enfoque compreensivo, englobou o método de estudo de casos e teve como técnica de investigação principal a entrevista semidiretiva e de história de vida. Foram, no entanto, usadas também outras técnicas, que serão descritas ao longo desse capítulo

4.1. O estudo de casos

Um dos procedimentos necessários para a realização da pesquisa é a escolha de um determinado método ajustável à questão de partida. O método é o percurso geral da

investigação que vai orientar o procedimento do investigador sobre os objetivos que visa e as questões que coloca para si próprio (Digneffe, 1997). Corresponde a um dispositivo ordenado, a um procedimento sistemático, a um plano geral, funciona como uma estratégia, um plano traçado para ser executado posteriormente pela tática, que corresponde à técnica (Greenwood, 1965: 330). Para este trabalho, recorreremos ao estudo de casos. Segundo Yin (2001: 32), um estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

Este tipo de investigação é útil para fazer a análise profunda de uma dada unidade (o caso), que pode ser uma pessoa, uma organização burocrática, um programa, uma instituição, um grupo social, uma comunidade, um acontecimento. Quando mais casos são estudados (por exemplo, vários indivíduos ou mais que uma instituição), fala-se em estudo de casos múltiplos (Greenwood, 1965; Yin, 2001). Como a nossa pesquisa foca sobre uma localidade bem específica e “limitada” (no sentido de não ser estatisticamente representativa) e dá origem a um volume bastante denso de informações, ela se caracteriza como um estudo de casos.

O estudo de casos visa responder questões do tipo “como” e “por que”. De acordo com Yin (2001), tais questões são mais explanatórias e lidam com ligações operacionais que precisam ser traçadas ao longo do tempo e não vistas como meras repetições ou incidências. Elas se referem a acontecimentos contemporâneos sobre os quais o pesquisador tem pouco ou nenhum controle. A ideia é explicar da forma mais profunda possível uma determinada situação sem preocupar-se tanto com as informações novas ou até contraditórias relativamente ao que se cogitava numa etapa anterior. Por isso, o estudo de casos é marcado pela intensidade.

A nossa pesquisa abrange um grupo social que vivencia um determinado processo (a experiência com a doença), usuário de uma organização burocrática (o CAPS II enquanto serviço público). Especificamente, as unidades de análise – os casos – são os homens e as mulheres diagnosticados/as com a doença mental. A ideia é interpretar os sentidos que este grupo e cada membro seu dá à realidade. Segundo Greenwood (1965: 332), este caráter intensivo do estudo de caso é expressado através de sua amplitude e profundidade. A amplitude corresponde à possibilidade de observar o maior número de facetas possíveis. O objetivo é uma ampla compreensão do caso, que será garantida quanto mais aspectos forem inquiridos e mais informações forem obtidas. O método proporciona observações em diferentes níveis, do social (nossa tarefa), do psicológico e até mesmo do fisiológico. Isto é especialmente interessante num estudo que fala sobre a doença mental, fenômeno tão complexo e composto por inúmeros

fatores (bio, psico, sociais...). Já a profundidade do estudo de caso pode ser visualizada do ponto de vista temporal: além de examinar o caso a partir de uma versatilidade de facetas, este método “se desloca ainda ao passado, a fim de apreender a ‘história’ que determinou a forma actual do caso” (idem: 332).

Outra característica vantajosa do estudo de caso é a sua flexibilidade metodológica. Não há uma imposição sobre o tipo de técnicas de coleta de dados a ser utilizado, nem sobre a sequência da sua utilização embora, na aplicação real, convenha que as técnicas se adaptem melhor à modalidade de estudo de caso (Greenwood, 1965), se é exploratório, descritivo, etc.. É, portanto, um método heterodoxo e isto é o que assegura as suas características de amplitude e profundidade. Esta utilização múltipla de várias fontes de evidência é chamada de “triangulação” de fontes de dados (Yin, 2001: 120) e pode levar a informações tanto de cunho quantitativo quanto qualitativo. Como estamos especificamente interessados nos significados que os sujeitos atribuem às suas experiências, nossa modalidade de estudo de caso teve como foco a coleta de dados pela técnica da entrevista (na forma de história de vida) com o grupo de participantes da pesquisa. Entretanto, utilizamos outras técnicas, como um curto questionário para obter a caracterização sociodemográfica destes participantes; as entrevistas semidiretivas com profissionais do CAPS II para entender mais sobre a dinâmica do serviço, bem como sobre a trajetória da reforma psiquiátrica em Parnaíba; a observação direta de caráter não estruturado, realizada durante atividades em grupos realizadas na instituição. Mas veremos por que estas técnicas foram escolhidas e como foram usadas nos tópicos seguintes.

Para já, é preciso refletir sobre algumas críticas ao estudo de caso para, enfim, apresentar as suas potencialidades. Como afirma Yin (2001), o estudo de caso foi, durante muito tempo, estereotipado como o “parente pobre” entre os métodos nas ciências sociais. Uma das críticas coloca que os seus pesquisadores são vistos como se tivessem se desviado de suas disciplinas acadêmicas e as suas investigações são avaliadas como não possuindo precisão (quantificação), objetividade e rigor suficientes. Outra crítica comum reflete que tal método fornece pouca base para uma generalização científica (idem).

Quanto à primeira crítica, isto é, a falta de rigor, precisão e objetividade, e feita principalmente por investigadores com afiliação mais positivista, Brandão (2010) afirma que tais características estariam ligadas à subjetividade e ao enviesamento introduzidos pelo próprio investigador e pelos informantes. Mas, como argumenta a autora, isto não constitui um problema se reconhecermos que as técnicas de pesquisa não são neutras – o que não necessariamente vai pôr em causa a cientificidade dos resultados. Na realidade, nem o

qualitativo, nem o quantitativo garantem uma objetividade total: o que fazem é assegurar um procedimento o mais objetivo possível, tarefa que não é nada fácil (Ruquoy, 1997).

Não há como negar completamente a presença da subjetividade na pesquisa qualitativa até porque, como afirma Quaresma (2014), ela existe na medida em que vamos para o terreno cheios de pré-noções sobre o fenômeno e conscientes de projetar sobre os investigados a nossa noção de mundo. A relação com o objeto de estudo, portanto, não parte da estranheza ou da exterioridade. Na mesma direção, Strauss e Corbin (2008) assumem que nenhum pesquisador começa uma pesquisa com a mente completamente limpa e vazia e as próprias interpretações que faz são suas abstrações sobre o que há nos dados. Mas, para assumirem a forma de conceitos e de relações, as interpretações do investigador precisam ser repetidamente validadas através de comparações com novos dados (idem).

A segunda crítica refere a falta de representatividade estatística do estudo de casos. Isto está relacionado com a chamada “generalização estatística”, tão comum para estudos de caráter predominantemente quantitativo. Conforme Yin (2001: 53), em abordagens desta natureza é realizada uma inferência sobre uma população com base nos dados empíricos coletados sobre uma amostragem. Os pesquisadores recorrem a fórmulas para determinar o grau de certeza sobre tais generalizações, que depende especialmente do tamanho e da variação interna do universo e da amostragem. Acontece que não faz sentido pensar no estudo de casos como passível de oferecer uma generalização estatística. De acordo com Brandão (2010), a representatividade dos casos analisados, ou seja, o seu valor sociológico, não se define a partir de uma relação quantitativa com um universo que, muitas vezes, sequer é passível de ser determinado, mas das suas qualidades teóricas e metodológicas. É o que Yin (2001: 53) chama de “generalidade analítica”. Os casos não são “unidades de amostragem” e nem devem ser escolhidos com base numa amostra. Recorremos a um grupo específico de pessoas e consideramos a impossibilidade de uma amostra “representativa”. Mas o trabalho não é limitado pelo fato de o grupo selecionado ser “pequeno”, visto que não temos o interesse nesse tipo de representatividade, ao menos em termos estatísticos, mas na vida cotidiana, nos contextos sociais, na forma como as pessoas dão significado à realidade, ou seja, na representatividade sociológica. E, como afirma González Rey (2011), o potencial do estudo de casos é gerar inteligibilidade sobre a diversidade do singular. As configurações subjetivas se tornam, ao longo da investigação, uma via de explicações e construções que geram e permitem novos significados em cada novo caso estudado e, conseqüentemente, garantem representações mais complexas e abrangentes sobre o fenômeno estudado como um todo.

4.2 A construção dos dados

4.2.1 A entrevista de história de vida

Optamos pela história de vida como a fonte principal de recolha de dados. Ela é um instrumento de inquérito em profundidade e do tipo não estatístico (Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut, 1999). As histórias de vida são usadas nas ciências humanas, sociais e médicas com diferentes objetivos e graus variados de sucesso (Langness, 1973). Para as ciências sociais, elas têm sido utilizadas especialmente em sociologia. A Escola de Chicago, a partir da década de 1920, passou a promover amplamente esta perspectiva ao tratar dos fenômenos nos Estados Unidos que tinham relação com os fluxos migratórios. Baseada teoricamente na psicologia social de Mead, atestou a sua praticidade a partir da obra *The Polish Peasant in Europe and America, 1918 - 1920*, de Thomas e Znaniecki (idem; Becker, 1993; Haguette, 1987; Poirier *et al.*, 1999).

Na língua inglesa, há uma diferença entre *life story* e *life history*. O primeiro termo se refere à “estória” ou ao “relato de vida”, isto é, a história de vida contada pela pessoa que a vivenciou. Já a *life history* (estudo de caso clínico) diz respeito ao estudo mais profundo sobre a vida de um indivíduo ou grupo de indivíduos e engloba, além da própria narrativa de vida, documentos que possam ser consultados como dossiês médico e jurídico, testes psicológicos, testemunhos de parentes, entrevistas com pessoas que conhecem o indivíduo (Denzin citado por Spíndola e Santos, 2003). A história de vida utilizada para os fins desse estudo foi a *life story*, ou seja, aquela contada pela pessoa que a vivenciou. Embora a história seja contada pela e com o enfoque na pessoa, por ser usada com fins sociológicos, e tem menos interesse pela biografia em si e mais pela forma como o coletivo se manifesta a partir do individual. O interesse está, portanto, em apreender o “outro generalizado” das histórias individuais e, desta forma, afastamo-nos de outros tipos de uso das histórias de vida que focam mais na personalidade ou nos processos de unicidade, como é o caso da psicologia e até da psiquiatria, por exemplo.

No nosso estudo, a história de vida foi utilizada para apreender de que forma as pessoas dão significado à doença mental enquanto experiência vivida. Pensamos em conhecer estas trajetórias desde quando os homens e as mulheres perceberam um sofrimento psíquico, passando pela procura/encaminhamento por serviços de saúde mental, pela recepção de um diagnóstico, pelos impactos deste e do sofrimento psíquico nas várias esferas da vida, pelas formas como lidam com a doença até as suas expectativas para o futuro. Neste sentido, a história de vida agrega constantemente passado, presente e futuro e possibilita a análise das condições

sociais que se produzem em cada sujeito. Buscamos compreender as normas, os determinantes e as regularidades sociais a partir do individual. Entretanto, estes sujeitos não são somente meros produtos das configurações sociais, mas têm certa liberdade e autonomia. É este jogo que objetivamos perceber.

Embora autores como Bertaux e Bertaux-Wiame (1993), Brandão (2007, 2010), Ferrarotti (1993), Poirier *et al.* (1999), entre outros, esclareçam as particularidades do uso da história de vida em investigações sociológicas, ainda assim, ela é alvo de algumas críticas. Estas, se encaradas como possíveis limitações, podem ser ultrapassadas e, assim, tal instrumento metodológico pode revelar as suas potencialidades.

Uma das críticas dirigidas à história de vida tem relação com a subjetividade presente nos relatos. Especialmente quando uma pessoa narra as próprias experiências, ela o faz a partir das suas reflexões, interpretações, emoções e interesses. Ao mesmo tempo que o relato é “evocação” porque transmite a dimensão subjetiva e interpretativa do sujeito, é também “reflexão” porque engloba a sua análise sobre a experiência vivida (Kofes, 1994: 120). Como afirma Brandão (2007: 2), cada história de vida é individual e única e a forma como o sujeito a conta serve de sustentáculo do seu próprio “eu”. Neste sentido, o seu relato não está livre da afetividade, da subjetividade, da singularidade porque são justamente estas características que o diferencia dos demais. Gagnon (1998: 188) afirma que o “vivido”, que é como cada um possui a sua experiência individual, é dimensão subjetiva da realidade social e não se dissocia das noções de consciência e de sujeito. E aqui, ao menos à primeira vista, estamos assentados no “psicológico”, diz a autora (*idem*).

Do ponto de vista das críticas, o problema da dimensão subjetiva presente na história de vida reside não apenas no fato de ela estar ultra presente na investigação como um todo (seja pelo narrador, seja pelo investigador), mas também no fato de o valor do conhecimento produzido ter um estatuto questionável. Segundo Morin (1993: 95), a subjetividade inerente às histórias de vida produz dados que não podem ser assimilados enquanto “coisas” e, por isso, muitas vezes, este instrumento metodológico é acusado de não ter um caráter científico. Tendo isto em conta, é preciso pensar no estatuto que se deve atribuir à subjetividade, ou seja, ao “vivido”, ao conteúdo dos relatos.

Sobre isso, clarificamos que, embora o nosso uso da história de vida lide diretamente com as experiências subjetivas face à doença mental, isto não quer dizer que os relatos dos sujeitos sejam encarados como detentores da “verdade absoluta”. Não significa fazer uma “apologia do olhar espontâneo” (Pinto, 1996: 4) como se essas experiências falassem por si.

Sim, enquanto investigadores, focamos no que as pessoas sentem, pensam, opinam, interpretam e tudo isto, que é conteúdo do senso comum, constitui o “grosso” da nossa análise. Todavia, tentar ver o mundo dos participantes da pesquisa por meio dos seus próprios olhos (com respeito e usando de toda habilidade possível) não representa, simplesmente, concordar com eles, mas compreendê-los, sem necessariamente reproduzir ou adotar as suas opiniões; o objetivo é interpretar tais opiniões (Charmaz, 2009). Portanto, a nossa intenção ao adotar a história de vida não possui um propósito restitutivo, isto é, não partimos de uma postura hiper-empirista (Demazière e Dubar citados por Guerra, 2006), na qual cada história poderia ser reproduzida quase que *ipsis litteris* porque falaria por si só. Ademais, alerta Bastide (citado por Morin, 1993), a valorização do sujeito por si mesmo pode levar o investigador a descobrir um tipo ideal mais que um tipo real. As palavras de Strauss e Corbin (2008: 272) a respeito do que são as “explicações da vida diária” (as perspectivas dos sujeitos) e as “explicações teóricas” (do investigador) resumem a nossa finalidade:

As primeiras são os grãos para nosso moinho analítico. [...] devemos ouvir cuidadosamente o que os vários atores estão dizendo. Suas palavras e suas expressões podem fornecer conceitos *in vivo*. Além disso, elas geralmente revelam percepções, ideologias e suposições inconscientes dos atores. Então, aceitamos e respeitamos isso, não porque necessariamente acreditamos nessas explicações leigas, mas, sim, porque precisamos incorporá-las em nossas análises. Nosso objetivo deve ser integrar (não apenas aceitar) as explicações dos atores em nossas próprias interpretações. Se as aceitarmos sem questionamento, então, como diria um antropólogo, “nos tornamos nativos” (Strauss e Corbin, 2008: 272).

Ao usar a história de vida, tivemos um propósito analítico (Demazière e Dubar citados por Guerra, 2006), que, mais que reproduzir ou explicar, buscou interpretar como as pessoas veem a si mesmas e o mundo, relacionando isto com um contexto mais amplo. Como informa Brandão (2010), as histórias de vida englobam conteúdo do senso comum que tem, sim, valor científico na medida em que serve de base ao trabalho do investigador: este, por seu turno, tem a tarefa de estabelecer as ligações e lógicas que o ator não vê a partir das informações que transmite. Em suma, o “vivido” funciona como um “objeto do saber sociológico” (Gagnon, 1998: 188).

Circunscrito o fato de a subjetividade ser elevada ou não a um primeiro plano, Morin (1993: 97) mostra o outro “lado da moeda” ao enumerar algumas vantagens do uso da história de vida justamente por englobar a dimensão subjetiva. Primeiramente, ao desvendar aspectos subjetivos da organização social, pode compreender melhor o seu funcionamento. Depois, dá acesso a um universo pluralista de variáveis e, por isso, consegue captar como a economia, a

política, o religioso, o social, etc. vivem num mesmo indivíduo. Como sugere Lahire (2002, 2005), cada indivíduo conta com um patrimônio de disposições.

Além da presença da subjetividade, outra crítica direcionada à história de vida refere a sua falta de representatividade estatística. Sem tal, a história de vida não seria capaz de alcançar fiabilidade ou rigor. Todavia, quando se relaciona pensamento teórico com observação empírica, é possível rever a noção de representatividade (Bertaux e Bertaux-Wiame, 1993). É daí que ficamos a saber que esta noção não está restrita a um sentido estatístico. Para demonstrar isto, Bertaux e Bertaux-Wiame (1993) mencionam a investigação realizada sobre as agrupações de padeiros na França. Considerando a impossibilidade de lidar com uma população de aproximadamente 160.000 pessoas, recolheram histórias de vida utilizando a estratégia de bola de neve. Mais exatamente, de trinta trabalhadores de padarias. Os autores informam que a primeira história de vida ensinou um rol de coisas, bem como a segunda e a terceira. Mais ou menos a partir da décima quinta entrevista, começou a se perceber as pautas de relações socioestruturais presentes nas vidas dos sujeitos; depois, com mais entrevistas, foi possível traçar um retrato claro da pauta estrutural que atravessava estas vidas. As novas histórias colhidas já não traziam algo completamente novo, mas apenas confirmavam o que os autores já tinham desvendado com algumas ligeiras variações individuais. Eis que encerraram a recolha na trigésima entrevista sem a necessidade de mais.

O momento de parar a recolha das histórias coincide com a chamada “saturação”, que é quando as informações coletadas passam a apresentar uma repetição e pouco somam para melhorar as ponderações teóricas baseadas nos dados (Bertaux e Bertaux-Wiame, 1993; Ghiglione e Matalon, 1997; Poirier *et al.*, 1999; Strauss e Corbin, 2008). Também é preciso levar em conta o peso que restrições de dinheiro, tempo, energia, disponibilidade dos participantes e outros condicionantes exercem sobre a coleta de informações e, neste caso, como alertam Strauss e Corbin (2008), o investigador deve reter que, se parar de coletar os dados antes da saturação, a sua teoria pode não ser completamente desenvolvida face à densidade e variação. Consequentemente, o seu esquema teórico será menos desenvolvido que o desejável.

Conforme Bertaux e Bertaux-Wiame (1993), é a saturação que concede à ideia de representatividade um estatuto muito distinto do sentido positivista. Uma investigação qualitativa com base em histórias de vida pode ser, sim, representativa, embora isto não ocorra num nível morfológico, isto é, no nível da descrição superficial, mas num nível sociológico, que corresponde ao nível das relações socioestruturais. Vale ressaltar que nenhum destes níveis é mais importante que o outro (*idem*). Eles apenas devem ser utilizados para dar conta de

diferentes objetos e objetivos de estudo. Assim que nas pesquisas qualitativas o número dos sujeitos a serem entrevistados não depende apenas da heterogeneidade das reações da população frente ao problema colocado, mas do método de análise empregado e do uso que se faz dos resultados (Ghiglione e Matalon, 1997). No caso específico da história de vida, a sua representatividade ocorre na medida em que o “vivido” não é apenas psicológico, mas, conforme Gagnon (1998), “sociologizado”, possibilitando surgir um tipo de “generalização”. É por isso que não faz sentido pensar que um grande número de pessoas inquiridas é critério absoluto para justificar o mérito da pesquisa. É por isso também que não precisamos (nem podemos) definir *a priori* o número de sujeitos a entrevistar. Como afirmam Poirier *et al.*, (1999), não estamos no domínio das sondagens, mas não é isto que tira o valor da pesquisa qualitativa/história de vida. Sob esta ótica, os indivíduos não são escolhidos em termos de importância numérica da categoria que representam, mas, sobretudo, pelo seu caráter exemplar (Ruquoy, 1997).

Mais uma dificuldade prevista no uso da história de vida diz respeito à chamada “ilusão biográfica”. Bourdieu (2006) foi um dos teóricos que chamou a atenção para isto. Para este autor, a história de vida é uma das noções do senso comum que entraram como contrabando no universo científico, primeiramente, entre os etnólogos e, depois, entre os sociólogos. Para ele, falar em história de vida é pressupor que a vida é simplesmente uma história, que é apenas o conjunto de acontecimentos de uma existência individual concebida como uma história e o relato dessa história.

Bourdieu argumenta que a produção de uma história de vida, ao tratar a vida como uma história, isto é, ao produzir um relato coerente de uma sequência de acontecimentos com significado e direção, oferece o risco de uma “ilusão teórica”. É como se se fizesse uma representação comum da existência, algo similar ao que a tradição literária costuma realizar. Para o autor, a história não deve ser contada como um romance. Bourdieu também critica a linearidade de uma subjetividade que só revela na história aquilo que quer revelar, do começo ao fim. Segundo ele (*idem*: 184),

Essa vida organizada como uma história transcorre, segundo uma ordem cronológica que também é uma ordem lógica, desde um começo, uma origem, no duplo sentido de ponto de partida, de início, mas também de princípio, de razão de ser, de causa primeira, até seu término, que também é um objetivo. O relato seja ele biográfico ou autobiográfico, como o do investigado que “se entrega” a um investigador, propõe acontecimentos que, sem terem se desenrolado, sempre em sua estrita sucessão cronológica (quem já colidiu histórias de vida sabe que os investigados perdem constantemente o fio da estrita sucessão do calendário), tendem ou pretendem organizar-se em sequências ordenadas segundo relações inteligíveis. O sujeito e o

objeto da biografia (o investigador e o investigado) têm de certa forma o mesmo interesse em aceitar o postulado do sentido da existência narrada (e, implicitamente, de qualquer existência) (Bourdieu, 2006: 184).

Reconhecemos a possibilidade da ilusão biográfica na história de vida, nomeadamente porque ela envolve sentimentos, emoções, contradições, dúvidas, opções, intencionalidades, esquecimentos. Como afirma Ruquoy (1997), se o objetivo é entender as práticas dos atores, é importante delimitar a forma como eles as organizam subjetivamente e as valorizam, mas é necessário também considerar as relações sociais que produzem efeitos para além da consciência dos atores. A crítica de Bourdieu é pertinente porque distingue entre as representações dos sujeitos (que apenas parcialmente informam sobre as suas práticas) das relações objetivas. Em um sentido similar, Bertaux (citado por Poirier *et al.*, 1999: 27) chama isto de “ideologia autobiográfica”, que corresponde ao pendor que o sujeito possui em contar a sua vida, fazendo um exercício, consciente ou não, de rearranjo da própria existência. Na medida em que vai narrando a própria história, pode fazê-lo reordenando as sequências e reproduzindo uma versão relativamente falsa e artificial da realidade porque apaga as passagens incômodas e privilegia fatores de coerência. O narrador pode falar o que quiser e, ainda mais considerando que a situação de entrevista é uma situação de interação, pode ocultar de forma propositada certos aspectos de sua vida.

Assim, a tendência é que uma história de vida seja narrada através de uma sequência lógica, cronológica, como observou Bourdieu. A vida contada remete a uma necessidade intrínseca de ordem, mas, por isso, pode se revelar “ilusória”, já que qualquer narrativa contém incongruências e contradições, “linhas quebradas” (Brandão, 2010). O problema aqui reside no fato de que a história de vida impossibilitaria que o investigador constate se o que o narrador fala corresponde ou não à realidade. Diz respeito às “distorções, deformações, ocultações e transposição do real” (Poirier *et al.*, 1999: 27).

Também o fator “memória” deve ser observado como uma possível limitação em tais relatos. Pode ocorrer de o sujeito simplesmente esquecer de enunciar fatos que por ventura seriam importantes para a análise. Há os chamados “factores mnemónicos”, dos quais falam Ghigliione e Matalon (1997: 73), que podem acontecer em qualquer tipo de entrevista, inclusive na de história de vida. Tais fatores dizem respeito à capacidade que o entrevistado possui de recordar um dado número de informações sobre o tema. A memória, portanto, está à mercê de alterações que certamente impactam a reconstituição da história.

A história de vida, portanto, nunca será uma reprodução factual da vida. Nós, enquanto investigadores, temos ciência disto. No entanto, mais uma vez, a ilusão biográfica não constitui, em si, um obstáculo absoluto, pois, como dito, ao colher as histórias, não temos o propósito de simplesmente reproduzir de maneira fiel o que dizem os sujeitos. Como afirma Brandão (2010), a própria vida e o mundo incluem incoerência, contradição e mudança. O objetivo no uso da história de vida não é o de certificar se a coerência biográfica é uma ilusão ou uma realidade, mas captar como os atores atribuem coerência às suas vidas e quais as ideologias mais vastas que estruturam as suas narrativas. O foco não é na “verdade” das histórias, mas na realidade de que elas se revestem para os atores (idem).

Nessa direção, Yin (2001) afirma que, no relatório de um estudo de caso, que pode abranger a história de vida como uma das formas de obter os dados, importam menos as informações que ele engloba, se são ou não fictícias, e mais a sua análise e o que ela revela sobre o social. Ainda, Gagnon (1998) informa que o relato de vida não é um meio para o investigador conhecer o passado e tampouco de entender como este passado é interpretado no presente – importa pouco que o informante ceda um relato com base numa verdade subjetiva intemporal que oferece a coerência de uma história; importa pouco que esta verdade deva ser reconstruída pelo investigador a partir de um conjunto de universos significativos separados. Por fim, como informa Gomes (2008: 2), o objetivo não é o de reconstituir a memória histórica, mas o de encontrar o vértice cognitivo da ação social.

Becker (1993) afirma que a história de vida não chega a ser um “dado” para a ciência social convencional e nem uma autobiografia convencional. Tampouco chega a ser ficção. A história de vida se diferencia. Ela compartilha com a autobiografia a forma narrativa, o ponto de vista na primeira pessoa e a sua postura abertamente subjetiva, mas a sensação, ao ler uma autobiografia é a de que o autor só nos está a contar uma parte da história, já que seleciona o material que quer apresentar como o retrato de si mesmo, correndo o risco de ignorar o que pode ser trivial ou desagradável para ele, mas que poderia ser de grande importância para o leitor. Já com a ficção, a história de vida pode ter em comum a sensibilidade, o ritmo e a urgência dramática que os romancistas prezam. Por outro lado, o escritor de ficção se preocupa menos com os fatos e a fidelidade para com o mundo que com o impacto emocional e dramático, com a forma e a fantasia, com a criação de um mundo simbólica e artisticamente unificado. A história de vida, por sua vez,

[...] se aproxima mais do terra-a-terra, se dedica mais às nossas propostas que às do autor, e se interessa menos por valores artísticos do que por um relato fiel da experiência e interpretação por parte do sujeito do mundo no qual vive. O sociólogo

que coleta uma história de vida cumpre etapas para garantir que ela abranja tudo o que quer conhecer, que nenhum fato ou acontecimento importante seja desconsiderado, que o que parece real se ajuste a outras evidências disponíveis e que a interpretação do sujeito seja apresentada honestamente (Becker, 1993: 102).

Como colocam Poirier *et al.* (1999: 27), na história de vida, o “redator”, que é o investigador, possui uma perspectiva que lhe oferece um ponto de vista “superior” ao do narrador no sentido de que, para quem vive a sua própria vida, “as árvores escondem a floresta”. Isto significa que o certo distanciamento que o investigador mantém proporciona a ele uma visão mais “desinteressada” do que a do narrador. E, ainda, se a presença da subjetividade do investigador é inegável e inevitável, ela é logo sucedida por uma relativa objetividade. Foi de acordo com o exposto que realizamos as entrevistas de história de vida nesse trabalho.

Tal qual dito no começo desta subseção, o nosso objetivo no uso da história de vida consiste em apreender o jogo entre os determinantes/as regularidades sociais e o individual. Vimos que a subjetividade enquanto uma das características fundamentais da história de vida, embora apresente alguns riscos, pode ser, no fundo, o diferencial desta técnica face à adequação aos nossos objetivos de pesquisa. A ideia é que a subjetividade individual não seja minimizada nem supervalorizada frente à dimensão coletiva (Gomes, 2008). Para dar conta deste jogo entre sociedade e indivíduo, apoiamo-nos no que Ferrarotti (1993) alega estar nas bases epistemológicas do método biográfico: uma forma de “razão dialética” capaz de entender a práxis sintética e recíproca que governa a interação entre um indivíduo e um sistema social. É assim que a razão dialética é uma razão histórica: ela que nos permite interpretar a objetividade de um fragmento de história social sobre a base da subjetividade de uma história individual; que dá acesso ao universal (sociedade) partindo do individual e do singular (um indivíduo determinado) (idem: 123).

Utilizamos aqui a imagem do mosaico sugerida por Becker (1993): num mosaico, cada peça (cada história de vida) contribui um pouco para nossa compreensão do quadro como um todo. Se muitas peças são colocadas, é possível ver, de forma mais ou menos clara, os objetos e as pessoas que estão no quadro, e a relação que mantêm uns com os outros. Cada fragmento é diferente, mas cada um deles contribui de maneira peculiar para nossa compreensão (alguns por sua cor, outros por seu formato) e nenhuma é mais importante do que outra. Bertaux e Bertaux-Wiame (1993) também sugerem algo neste sentido quando afirmam que cada história de vida deve servir para a compreensão de uma determinada rede de relações sociais. A este respeito, acrescentamos, conforme Brandão (2010: 53):

O recurso às histórias de vida permite alcançar a perspectiva única de um indivíduo e o que constitui a sua verdade e a sua realidade; as perspectivas que ele partilha com os outros e que constituem as suas realidades e as suas verdades partilhadas; o modo como essas perspectivas e essas verdades se ligam a um contexto, uma situação, uma posição e/ou uma história comuns; os elementos a partir dos quais e através dos quais essas realidades, perspectivas e verdades são negociadas, construídas, partilhadas e justificadas [...] a história de vida permite captar o que escapa às estatísticas, às regularidades objectivas dominantes e aos determinismos macrosociológicos, tornando acessível o particular, o marginal, as rupturas, os interstícios e os equívocos, elementos fundamentais da realidade social (Brandão, 2010: 53).

Por fim, adotamos as histórias de vida por considerar que cada uma delas exprime aspectos de um fenómeno global. Em suma, o interesse da investigação não foi exatamente a história de cada sujeito propriamente dita, mas, sim, o que cada uma delas permitiu analisar a respeito de determinados grupos, comunidades, culturas, classes, fenómenos particulares. A ideia foi colocar um pouco entre parênteses a singularidade das histórias para captar a generalidade da história (Molaño, 1998). O que fizemos foi captar as interpretações dos entrevistados sobre suas próprias experiências com a doença mental e encontramos recorrências, pontos e quadros de referência em comum para proceder a uma certa generalização. Pode-se dizer que usamos “histórias de vida cruzadas” (Poirier *et al.*, 1999) porque tencionamos absorver o que elas, em conjunto, dizem. Por outro lado, cada história, por si só, oferece aspectos de singularidade. Através de tudo isto, analisamos as transversalidades de gênero contidas nesses processos.

4.2.2 A entrevista semidiretiva

Como informam Poirier, Clapier-Valladon e Raybaut (1998), a história de vida tem como técnica fundamental a entrevista, com a finalidade de coletar o saber específico que o narrador porta. Neste trabalho, optamos por uma entrevista do tipo semidiretiva, que, segundo Ghiglioni e Matalon (1997), é aquela que engloba um esquema para semidirigir a entrevista. Contamos com um guião e uma grelha com os temas que foram abordados. Seguimos a sugestão dos autores quanto à possibilidade de a ordem pela qual os temas são abordados ser livre (*idem*). Por exemplo, pode acontecer de o próprio entrevistado “adentrar” um determinado tema da grelha num momento não equivalente à ordem do guião. O investigador pode se descolar do guião e conduzir a entrevista conforme a espontaneidade do entrevistado. Caso este não fale diretamente sobre determinado assunto que está contido no guião, o investigador pode propor o tema. Além disso, como desenvolvemos o guião com base na *grounded theory*, pudemos alterar alguns de seus elementos à medida que as entrevistas aconteciam.

O guião englobou prioritariamente o segmento da vida dos entrevistados referente à experiência com a doença mental. Sobretudo nessa parte, teve base em Charmaz (2009: 53), que sugere um conjunto de questões de entrevista da *grounded theory* sobre uma modificação na vida, que, no nosso caso, foi o sofrimento psíquico junto com o diagnóstico psiquiátrico. Mas também não deixamos de apreender outros aspectos de suas vidas (relação com família, trabalho/estudo, amizades, etc.) que fossem relevantes para compreender minimamente o seu processo de socialização. O propósito aqui foi o de ter acesso ao “estoque de conhecimentos” que cada entrevistado tem e utiliza para interpretar o mundo, sendo que tal estoque é formado, em primeiro lugar, pelos pais, e depois pelos professores e pelas experiências concretas que passa ao longo da vida (Schutz, 1979).

Também entrevistamos profissionais que atuam na área da saúde mental em Parnaíba. Estas entrevistas, semidiretivas, ajudaram a compreender melhor o panorama da reforma psiquiátrica parnaibana. O guião englobou, nesse caso, questões sobre o que os profissionais conheciam acerca do processo de reforma, de como avaliavam este processo no contexto de Parnaíba (seus limites e possibilidades), do cotidiano do serviço em que trabalham, da interação deste serviço com outros na área da saúde e com outros setores. Também englobou questões a respeito de como os profissionais percebiam o público atendido (homens e mulheres).

De acordo com Ghiglione e Matalon (1997: 65), a entrevista, antes de tudo, é uma conversa. Mas esta definição é muito ampla e pode abarcar distintos tipos de entrevista. Há, por exemplo, a entrevista com um objetivo diagnóstico (como a terapêutica ou psiquiátrica) e a entrevista “de estudo”.

Para os fins desta pesquisa, utilizamos a entrevista de estudo e, tendo em conta a nossa temática e o nosso objeto empírico (não há investigações sobre as interfaces entre gênero e saúde mental, ao menos do ponto de vista de quem vivencia a doença no contexto de Parnaíba), tal técnica mostrou-se apropriada para satisfazer dois níveis, conforme Ghiglione e Matalon (1997): o de aprofundamento de um campo sobre o qual conhecemos temas essenciais, mas de forma não explicada o bastante em um ou outro aspecto; e o nível de exploração, que busca saber sobre um domínio ainda desconhecido.

Outra característica da entrevista de estudo é que a relação entre o investigador e o entrevistado não é fundada numa hierarquia, portanto, o profissional do inquérito não deve de forma alguma engendrar qualquer assimetria em detrimento do entrevistado, até porque é ele que solicita a entrevista. Também as entrevistas de estudo não têm o objetivo de impactar os comportamentos dos entrevistados, que não se submetem às entrevistas com uma finalidade

terapêutica, mas porque aceitam participar com mais ou menos boa vontade. Outrossim, o entrevistado não deve esperar qualquer benefício pessoal da sua participação na pesquisa (Ghiglione e Matalon, 1997: 66).

Bastide (citado por Morin, 1993) alerta que, longe de ser um monólogo que colocaria entre parênteses o observador, a entrevista corresponde a um diálogo no qual o investigador é um dos lados da situação global. Isto pode implicar em dificuldades, como é comum acontecer em qualquer investigação de campo. A situação de entrevista por si só é, segundo Ghiglione e Matalon (1997), uma situação de interação social e, por isso, requer que o investigador esteja atento a alguns aspectos que estão ligados à situação (local, tempo que dispõe, organismo promotor, se é entrevista individual ou não), ao entrevistado (fatores de ordem cultural, como capital verbal e linguagem; de ordem conjuntural, como a situação social do entrevistado ser diferente da do entrevistador; mnemônicos; de cognição e afetos; de motivação) e ao entrevistador (características físicas, linguagem, papel de entrevistador) (idem: 67). Na medida do possível, tentamos contornar tais interferências.

Procuramos também seguir as recomendações de Charmaz (2009) durante a realização das entrevistas. Segundo a autora, embora a entrevista intensiva (como a de história de vida) possa acontecer através de uma linguagem coloquial, ela segue um cerimonial diferente: neste caso, o investigador deve manifestar sempre o interesse e a vontade de saber mais, especialmente sobre temas que poderiam ser considerados delicados ou cordialmente evitados em conversas usuais (até mesmo entre pessoas com intimidade entre si). Nosso papel enquanto investigador foi o de tentar ajudar os participantes a articular as suas próprias intenções e significados.

Como visto na subseção acima, devido às particularidades da investigação que realizamos, não houve uma necessidade extrema de definir *a priori* um número de pessoas para entrevistar. Entretanto, tal qual avançam Poirier *et al.* (1999: 103), “liberto da preocupação com o número de sujeitos a interrogar, o investigador inquieta-se: quem interrogar?”. No nosso caso, a seleção dos participantes se deu através de uma amostra teórica, condizente com os procedimentos da *grounded theory*, já que, pelas razões defendidas nos tópicos anteriores, não seria possível recrutar potenciais entrevistados com base em uma amostra representativa, inclusive porque isto é inadapável às pesquisas onde o foco é a construção de teorias. Tendo esta ocorrido de maneira indutiva, a amostragem foi direcionada pela própria teoria, ou seja, através da busca de fatos, pessoas ou lugares que maximizassem oportunidades de descobrir as variações entre conceitos e tornar densas as categorias e propriedades (Strauss e Corbin, 2008).

Seguimos também as sugestões de Lacoste (citada por Poirier *et al.*, 1999). No caso das histórias de vida, a escolha dos entrevistados deve ser pensada não apenas em termos de sua capacidade e disposição para oferecer um relato detalhado de sua vida, mas também das próprias características desta vida, que é o que a autora chama de “personalidades charneiras”, ou seja, aquelas as quais a posição social e circunstâncias de vida beneficiaram de relações tão numerosas quanto diversas, nos diferentes setores da sociedade (*idem*). Foi levando isto em consideração que procuramos recrutar sujeitos considerados emblemáticos e o máximo possível diferenciáveis entre si: pertencentes a diferentes gerações, classes sociais, níveis de escolaridade, raça/etnia, orientação sexual, etc..

Esta variedade (proposital) do perfil dos entrevistados foi captada também através de um breve questionário de caracterização sociodemográfica aplicado antes da entrevista de história de vida. O objetivo foi o de reter algumas variáveis que pudessem ajudar a explicar a diversidade de reações possíveis frente à vivência com a doença mental. A variável fundamental, que constitui o próprio problema de pesquisa, foi o gênero. Junto ao gênero, consideramos outros tipos de variáveis: as clássicas e as estratégicas. Segundo Ruquoy (1997), as variáveis clássicas (como a idade, a profissão ou sexo, bastante utilizadas em estudos extensivos) ajudam a entender melhor os contextos de socialização produtores de diferenças, seja qual for o tema abrangido pelo estudo; por sua vez, as variáveis estratégicas têm ligação específica com o tema estudado. Na nossa pesquisa, elas trataram de temas como o do internamento psiquiátrico e do tratamento no CAPS II.

4.2.3 A observação e os registros em diário de campo

A observação foi uma das técnicas utilizadas na coleta das informações. A princípio, não tínhamos pensado em inseri-la na pesquisa, mas, devido às nossas constantes participações no cotidiano do CAPS II, a sua inclusão foi oportuna. Segundo Gil (2008: 100), a observação faz o uso dos sentidos com o objetivo de adquirir conhecimentos necessários para o cotidiano. Enquanto procedimento científico, ela serve a um objetivo formulado de pesquisa, é sistematicamente planejada e é submetida a verificação de controles de validade e precisão.

O uso da observação buscou facilitar o acesso aos homens e mulheres usuários do serviço. Foi utilizada especialmente durante a nossa participação nas atividades em grupo⁶⁴

⁶⁴ Frequentamos atividades em grupos conduzidas pelos profissionais do serviço. Um deles, no qual nossa participação foi mais frequente, é o grupo de música voltado para exercitar a memória e a cognição dos usuários. Também frequentamos grupos voltados para questões de sexualidade/gênero (“Entre Nós”) e para questões variadas da vida cotidiana dos usuários (“Construindo Histórias”).

conduzidas pelos profissionais do CAPS II. Numa primeira etapa, a observação teve o caráter simples e direto (Gil, 2008) porque se resumiu a perceber espontânea e informalmente, como espectadoras, quem eram os sujeitos que constituíam aqueles grupos: se eram mais homens ou mulheres, qual a idade que aparentavam ter, a cor da sua pele, etc.. Teve, assim, caráter não planejado e o seu propósito foi tentar identificar potenciais entrevistados pensando sempre na constituição de uma amostra teórica.

Numa segunda etapa, a observação teve caráter participante e sistemático (Gil, 2008), de maneira “artificial”, que é quando o observador se integra ao grupo com o propósito de fazer uma investigação. Coincidiu com o momento no qual os usuários (potenciais entrevistados) aparentavam menos desconfiança com a nossa presença. Aos poucos, começamos a participar dos grupos fazendo algumas colocações a respeito do que era proposto nessas atividades. Por ter sido sistematizada, elencamos alguns itens que foram alvo da nossa observação: os gestos, como os sujeitos se relacionavam entre si e com os profissionais, as formas de comunicação, o conteúdo de suas falas. Todos os grupos estimulavam que os usuários falassem sobre variados assuntos. Fragmentos de histórias de vida sempre surgiam nesses momentos, o que foi crucial para que conhecêssemos minimamente como alguns sujeitos vivenciavam as suas experiências com a doença – eles tornavam-se potenciais entrevistados.

Os conteúdos da observação não foram registrados em simultâneo à sua ocorrência porque, além de não ser conveniente, perderíamos itens significativos se nossa atenção estivesse voltada para a escrita. Utilizamos, então, recursos de memória para registrar logo que possível no diário de campo da pesquisa.

4.3 A análise dos dados: a *grounded theory*

Como visto, o estudo de casos é um método caracterizado pela intensidade, amplitude e profundidade. Isto gera um volume imenso de informações para ser analisado. A principal preocupação, nesta etapa, foi a de evitar uma análise de cunho redutor, apenas contando o que foi contado (Guerra, 2006: 30). Mais que somente reproduzir as falas dos entrevistados, a análise exige o não descolamento da teoria sociológica – é isso que possibilita compreender mais sobre a vida social. Como afirmam Bertaux e Bertaux-Wiame (1993), a nossa tarefa como sociólogos consiste em conjugar os elementos do conhecimentos que podem ser encontrados em qualquer lugar e construir um retrato do conjunto destes movimentos: este sim é o verdadeiro significado da etapa chamada “análise”.

No presente trabalho, a história de vida como principal técnica de investigação deu origem a um grande volume de informações, que, por sua vez, foi tratado a partir dos procedimentos da *grounded theory* ou “teoria fundamentada”. Seus procedimentos têm base em diretrizes sistemáticas, mas, ao mesmo tempo, flexíveis, que fazem a coleta e a análise dos dados objetivando a construção de teorias “fundamentadas” nos próprios dados. Isto quer dizer que os dados são a base da teoria e a análise de tais dados é que origina os conceitos construídos no trabalho (Charmaz, 2009). A *grounded theory*, portanto, não engloba uma hipótese ou uma teoria a ser “testada”, mas busca conhecer mais sobre determinadas situações e como e por quais motivos os entrevistados agem de maneiras diferentes. Busca produzir teoria nova. Ao utilizarmos os seus procedimentos, não contamos com regras pré-concebidas, mas estamos abertos ao que pode ser dito por cada participante da pesquisa.

A *grounded theory* pode ser considerada uma atividade ao mesmo tempo de análise e conceitualização e o seu objetivo central é mais o de descobrir categorias de análise relevantes e analisar a relação entre elas do que testar a relação entre categorias predefinidas (Strauss e Corbin citados por Brandão, 2010). Isso significa que não usamos uma grelha de análise elaborada por outro autor de maneira estrita, mas criamos a nossa própria com o objetivo de gerar, partindo dos dados contextualizados, uma teoria nova “fundamentada”. Tínhamos, à partida, um estoque de estudos de campo e modelos teóricos gerais para nos orientar e, desta forma, não fizemos a recolha dos dados munidos de uma postura indutiva em um sentido absoluto. Mas o nosso propósito não era o de testar os nossos dados em relação a tais quadros ou de confrontá-los forçosamente com os estudos de campo de outros autores.

Como informa Maroy (1997), o propósito na *grounded theory* não é o de verificar teorias preexistentes, mas desenvolver outras. Assim, a teoria é tida “não tanto como um corpo definitivo de proposições, mas mais como ‘um processo’, um conjunto de conceitos que continuarão a ser desenvolvidos” (idem: 121). Esse modo de análise produz uma teoria de tipo “local”, ou seja, ancorada nos fatos (no campo concreto empírico da investigação sociológica), que, além de compreender relações e ações, produz um esquema de inteligibilidade que evidencia, em doses variáveis, relações sistêmicas, causais ou funcionais, processos. Sendo assim, considerando os pressupostos da *grounded theory*, dificilmente seria possível aplicar *a priori* uma teoria do tipo “formal” (a que é desenvolvida a partir de um campo formal ou conceitual da investigação) a um campo de estudo que exigisse de imediato conceitos, hipóteses e relações pertinentes a analisar. Isso implicaria em dois riscos: primeiro, o de “forçar” os dados

e, depois, o de negligenciar conceitos e hipóteses suscetíveis de emergirem indutivamente (idem: 122).

Dito isto, com base em Glaser e Strauss (citados por Charmaz, 2009: 19), consideramos no presente trabalho os seguintes componentes determinantes da prática da *grounded theory*:

O envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados. A construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados, e não de hipóteses preconcebidas e logicamente deduzidas; A utilização do método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise; O avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados; A redação de memorando para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas; A amostragem dirigida à construção da teoria, e não visando à representatividade populacional; A realização da revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente.

Após a realização e transcrição de cada entrevista de história de vida, foi feita uma leitura inicial de cada uma delas. A leitura dos dados foi realizada através do “método da comparação constante” (Glaser e Strauss citados por Charmaz, 2009; Petrini e Pozzebon, 2009). Considerado o “coração do processo”, o método comparativo constante habilita a geração de teoria através da codificação sistemática e de procedimentos de análise (Petrini e Pozzebon, 2009). Com o objetivo de fazer surgir a teoria, foram comparados exaustivamente: primeiramente, os enunciados e incidentes em uma mesma entrevista e, depois, entre entrevistas distintas. Os resultados dessa comparação geraram a codificação e categorização dos dados, divididos em dois grandes tipos de comparação, a saber: a incidente-incidente e a teórica (Pintos e Santos, 2012). A codificação de transcrições das histórias de vida na *grounded theory* foi a que gerou os “ossos” da análise: a integração teórica aglutinou esses ossos para formar um esqueleto de trabalho. Esta etapa é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para dar explicação a esses dados. Uma realização cautelosa da codificação teceu os enunciados teóricos passíveis de generalização que ultrapassam (transcendem) épocas e lugares específicos ou análises contextuais de ações e eventos (Charmaz, 2009).

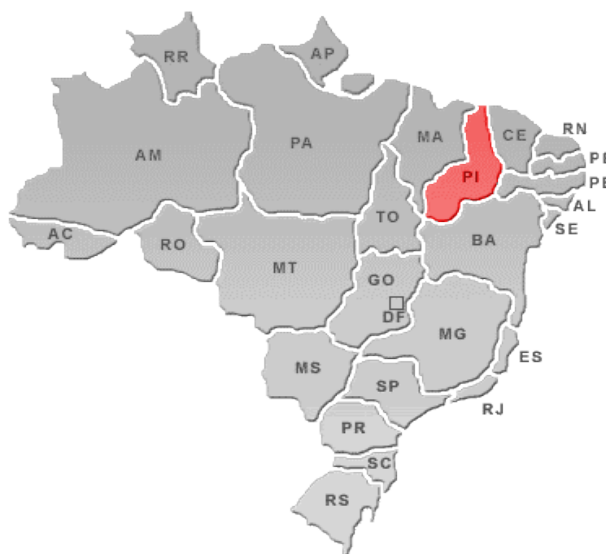
4.4 O trabalho de campo

4.4.1 O contexto da pesquisa: o estado do Piauí e o município de Parnaíba

Esta seção traz apontamentos sobre o panorama da saúde mental no contexto da pesquisa, isto é, no estado do Piauí e, notadamente, na cidade de Parnaíba.

O estado do Piauí (Figura 3) está localizado no nordeste do Brasil, que tem por volta de 207 milhões de habitantes. É um dos estados mais pobres do Brasil e tem uma população de aproximadamente 3,2 milhões de habitantes com 65,77% residentes na área urbana e 34,23% residentes na área rural. A área territorial é de 251.611, 929 km² numa densidade demográfica de 12,4 hab/km². Possui 224 municípios. Sua capital é Teresina, com uma população de aproximadamente 847.430 habitantes (IBGE, 2011, 2017). Suas grandes regiões ambientais são o litoral, o meio-norte, os cerrados e o semiárido.

Figura 3: Localização do estado Piauí no Brasil.



Fonte: <http://www.dicionariotupiguarani.com.br/dicionario/piaui/>

Segundo Silva (2013), o Piauí sobrevive principalmente da agricultura de subsistência e da pecuária extensiva de corte. Também exporta produtos de origem agrícola e/ou extrativistas como ceras vegetais, grãos de soja, mel, pilocarpina, quartzitos. Mesmo em suas áreas mais urbanizadas, é um espaço sociogeográfico que mantém tradições culturais sertanejas que podem ser elencadas brevemente a partir de algumas configurações sociais: a manutenção da centralidade do grupo familiar e formas de união deste que não são definidas apenas por traços de consanguinidade, mas também por afinidade; a manutenção da importância do lugar social “casa” e, dentro deste, a centralidade da cozinha; um processo de urbanização ocorrido tardiamente, como em grande parte dos estados nordestinos; uma idealização do sertão “transportada” para a cidade (idem).

De acordo com Macedo e Cardoso (2017), a saúde mental no estado do Piauí, ao longo do século XX, concentrou suas ações na capital Teresina mais ou menos entre o período de criação do Asilo de Alienados, em 1907, até meados da década de 1980. Apenas com a

implantação do Programa de Saúde Mental Comunitária, inspirado no modelo norte-americano de Psiquiatria Comunitária, começaram a aumentar os pontos de assistência, outrora centralizados no hospital, para serviços ambulatoriais distribuídos entre bairros da capital, bem como para outros municípios no interior do estado como, Campo Maior, Picos, Floriano e Parnaíba (idem).

No que se refere ao contexto da Reforma Psiquiátrica, o Piauí esteve marcado por um atraso quanto à implantação da sua rede psicossocial. A princípio, o programa piauiense sequer pôs em xeque o lugar dos hospitais psiquiátricos e, menos ainda, o mandato social da psiquiatria (Macedo e Cardoso, 2017). Somente vários anos depois de ter se iniciado em território nacional é que a discussão sobre o novo modelo de assistência ganhou algum impulso no estado (Oliveira, 2011; Rosa, 2005).

Um fator que a princípio dificultou a reforma no estado do Piauí foi a resistência dos políticos. Muitos prefeitos, por exemplo, não se interessavam ou não conheciam o CAPS enquanto serviço substitutivo. O Legislativo estadual também foi palco de debates em torno da saúde mental. Em 1997, influenciado pelo debate nacional acerca do projeto de Lei Paulo Delgado (proposto em 1989 e influenciado pela lei italiana 180), o deputado Olavo Rebelo, do PT, levantou a discussão sobre um projeto de lei estadual. Mas isto foi adiado até ser substituído por outro projeto apresentado pelo deputado Wilson Martins, do PSDB. Na disputa entre projetos diferentes, que divergiam principalmente face ao fechamento ou não dos hospitais psiquiátricos, o que aconteceu foi a ampliação de serviços ambulatoriais e a abertura de leitos em hospitais gerais. No mais, também ficou demonstrada a hegemonia dos psiquiatras piauienses no cenário local, já que estes fizeram do Legislativo um espaço de investimento (Rosa, 2005).

A demora da adesão piauiense ao ideário reformista também ocorreu em grande parte devido à resistência de psiquiatras contrários ao novo modelo (Macedo e Dimenstein, 2012). Somente a partir da década de 1990, o debate sobre o campo da saúde mental piauiense passou a mencionar termos como “alternativo”, “complementar” ou “substitutivo” no que se refere aos serviços extra-hospitalares e, ainda assim, muitos trabalhadores do campo optaram pela proposta dos serviços “complementares” ao hospital psiquiátrico em detrimento dos “substitutivos”, ancorados na justificativa de que, caso os hospitais fechassem, eles perderiam os seus empregos (Rosa, 2005). Inclusive, o próprio CAPS foi concebido naquela altura como um serviço complementar ao hospital psiquiátrico, conforme consta na Lei Municipal nº 2.987/2001.

Enquanto o primeiro CAPS brasileiro foi aberto em 1986, no estado de São Paulo, aproximadamente dezessete anos depois, em 2004, é que estes serviços passaram a ser implantados no Piauí, sendo o primeiro na capital deste estado, Teresina. Assim, conforme Rosa, Neto e Guimarães (2009), até o começo dos anos 2000, o Piauí esteve ligado aos processos reformistas em saúde mental muito mais por conta das diretrizes do Governo Federal que por decisões pactuadas em contexto local. A atenção em saúde mental estava centralizada exclusivamente na capital Teresina. Era basicamente hospitalocêntrica e concentrada no Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu – criado em 1907 enquanto “Asilo de Alienados”, público, vinculado ao governo estadual - e no Sanatório Meduna – criado em 1954, privado, mas conveniado ao SUS e fechado em 2010. O primeiro CAPS⁶⁵ criado funcionava anexado ao espaço do Hospital Areolino de Abreu e, segundo Oliveira (2011: 95), aquele espaço pouco substituiu a lógica manicomial, isto é, “a novidade repetia o velho, ainda pior”. Precisava sair de dentro do hospital estadual, municipalizar-se e ir para a comunidade.

Apesar do atraso, o estado alcançou boa cobertura de serviços (também no interior) devido à participação do Ministério Público Estadual como principal ator do processo reformista local. A ação do Ministério consistiu principalmente em impor medidas judiciais que pressionassem os gestores, principalmente os municipais, para que criassem serviços substitutivos ao internamento em hospitais psiquiátricos (Macedo e Dimenstein, 2012). A datar de 2005, houve um *boom* na implantação de CAPS naqueles municípios piauienses com mais de 20 mil habitantes, processo estimulado pelo financiamento do governo federal e pelas gestões da Gerência de Saúde Mental da Secretaria de Estado da Saúde do Piauí (SESAPI). Ainda em 2005, em Teresina, houve a abertura do CAPS Norte e do CAPS Leste – segundo Oliveira (2001), estes, sim, implantados por determinação do Ministério Público, conforme as recomendações do Ministério da Saúde e contando com equipes empenhadas em transformar o atendimento em saúde mental. Em 2006, existiam novos 21 serviços em cidades pequenas e médias (Rosa *et al.*, 2009; Carvalho e Rosa, 2009; Macedo e Dimenstein, 2012; Oliveira, 2011). Junto a isso, houve incentivos, especialmente por parte da Gerência de Saúde Mental da SESAPI, à capacitação dos profissionais da rede substitutiva através de oficinas e seminários

⁶⁵ Este serviço foi o Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), que correspondeu à transformação do Instituto de Psiquiatria Infantojuvenil Dr. Martinelli Cavalca, anexado ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu, em um serviço novo, mas com os mesmos defeitos trazidos do manicômio. Também foi implantado em 2004 o primeiro Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad), que, embora tenha se constituído aberto para a comunidade em geral, ainda trabalhava quase que exclusivamente com a ideia da abstinência (Oliveira, 2011).

sobre a temática da saúde mental e, ainda, foram criados diversos cursos de especialização em instituições públicas e privadas (Carvalho e Rosa, 2009).

Segundo Oliveira (2011), o Ministério da Saúde determinou que os hospitais psiquiátricos, em todo o Brasil, reduzissem a quantidade de leitos. Os dois hospitais do Piauí, com 200 leitos cada um, reduziram 80 leitos juntos. Ficaram, entretanto, ressentidos com a diminuição dos leitos e, na ocasião, o Hospital Areolino de Abreu resolveu implantar os três primeiros Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) em comunidade, “compensando” a perda de seus 40 leitos.

Dito isto, no Piauí, primeiramente, o desafio foi o de transformar a rede manicomial de serviços em uma rede psicossocial e, de lá até então, “é urgente fazê-la operar sob tal perspectiva para compor ações de continuidade do cuidado e afirmação da cidadania, especialmente em contextos periféricos ou ‘minúsculos’, onde a cultura manicomial ainda se mantém forte ou absoluta” (Macedo e Dimenstein, 2012: 155). O estado tem tentado adequar a sua legislação estadual à política federal. Os serviços públicos de saúde mental estão inseridos no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cujo desenho e pactuação envolvem o Plano da RAPS das seguintes regiões de saúde/territórios de desenvolvimento (Figura 4): Carnaubais, Chapada das Mangabeiras, Cocais, Entre Rios, Planície Litorânea (no extremo norte, onde se insere Parnaíba), Serra da Capivara, Rios Piauí e Itaueira, Tabuleiros do Alto Parnaíba, Vale do Canindé, Vale do Rio Guaribas, Vale do Sambito (Feitosa e Silva, 2014).

Figura 4: Mapa dos territórios de desenvolvimento do estado do Piauí.



Fonte: <http://www.ccom.pi.gov.br/albumdiario.php?dia=20090817>

Os componentes da RAPS englobam a atenção primária, a atenção psicossocial especializada, a atenção de urgência e emergência, a atenção hospitalar e estratégias de desinstitucionalização. Entre a capital Teresina e outros municípios, o panorama dos serviços públicos de saúde mental engloba pontos da rede de atenção psicossocial como (Tabela 2):

Tabela 2: Alguns pontos da RAPS no Piauí.

Estratégias Saúde da Família (ESF)
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Consultórios na Rua
Unidades Básica de Saúde (UBS)
Centros de Atenção Psicossocial (modalidades I, II, III, infantojuvenil e AD)
Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs)
Beneficiários do Programa “De Volta para Casa”
Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu (Teresina)
Unidades de Saúde Municipais com ambulatório de psiquiatria
Leitos de Psiquiatria no Hospital da Primavera (Teresina)
Serviço Hospitalar de Referência em álcool e outras drogas – Hospital do Mocambinho (Teresina)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)

Dentro do ideário reformista, vale ressaltar que o estado do Piauí conta também com a Âncora, que é uma associação de usuários, familiares e pessoas interessadas na causa da saúde mental, que, desde 2001, organiza vários eventos relacionados ao movimento da luta antimanicomial no contexto local. Conta, ainda, com projetos de geração de renda na área da saúde mental.

Carvalho e Rosa (2009: 99) enunciam uma série de avanços e desafios para o fortalecimento da reforma psiquiátrica no Piauí. Entre os avanços, as autoras destacam: os vários eventos realizados, seja a favor, seja contra a reforma, mas que visibilizam muitas dimensões da saúde mental e a da assistência psiquiátrica; as leis municipal e estadual sobre a política de saúde mental em Teresina e sobre a política de álcool e drogas no estado; a implantação de um número significativo de CAPS pelo estado, o que favorece a descentralização e regionalização dos serviços; a expansão de cursos de especialização em saúde mental, o que renova as concepções dos profissionais que atuam no campo. Acrescenta-

se que, em 2016, o Hospital Areolino de Abreu fechou o seu Hospital Dia Wilson Freitas, onde passou a funcionar a Enfermagem de Atenção à Crise (ETAC) oferecendo consultas ao público infantojuvenil em caráter ambulatorial (Rosa e Joazeiro, 2017).

Por outro lado, permanecem desafios. Entre eles, a avaliação dos impactos e ações dos serviços de saúde mental, em especial os CAPS, que funcionam como “carro chefe” na alteração do modelo de assistência. Sobre isto, Carvalho e Joazeiro (2017) atentam para o fato de que muitos CAPS no Piauí, até 2015, funcionavam sob a lógica do CAPS burocrático, isto é, que tem os processos de trabalho concentrados no médico psiquiatra e em ações de base biomédica. Mais desafios são colocados por Carvalho e Rosa (2009): uma maior visibilidade às questões de saúde mental para que ganhem prioridade entre as políticas de saúde, como o número de suicídios⁶⁶; o aumento da violência e do número de usuários de substâncias psicoativas, em especial o *crack*; o fato de crianças e adolescentes com transtornos mentais e/ou com uso prejudicial de álcool e outras drogas terem atenção praticamente restrita ao município de Teresina⁶⁷; a questão dos adolescentes e adultos pendentes com a justiça, que ficam sem atenção específica, já que suas necessidades não são contempladas por estarem sempre em trânsito entre o sistema penitenciário e o de saúde.

Ademais, pode-se afirmar que a saúde mental não é incorporada de maneira efetiva nas ações da atenção básica em saúde. Também faltam dados estatísticos que informem mais detalhadamente a informação epidemiológica e assistencial na área de saúde mental do estado, fato que dificulta as decisões de gestores. As autoras mencionam a necessidade de maiores investimentos no plano cultural para combater o estigma e uma melhor articulação dos movimentos sociais com os movimentos específicos da saúde mental (Carvalho e Rosa, 2009: 101). Além disso, apesar de o Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu ser um serviço em extinção, constitui-se até então o epicentro da atenção à crise no cenário local. Inclusive, manteve seus 160 leitos, 80 deles voltados ao público masculino, outros concentrando o público

⁶⁶ O estado do Piauí foi o que apresentou o maior crescimento das taxas de suicídio no Brasil de 2001 a 2010. A capital, Teresina, foi abatida por uma onda de suicídios a partir da primeira década do século XXI, sendo os jovens as principais vítimas, com 30% dos casos na faixa dos 15 aos 24 anos. Ocupa o primeiro lugar entre as capitais da região nordeste (Araújo Júnior, 2014).

⁶⁷ O cuidado especializado em saúde mental para crianças e adolescentes está restrito ao Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil (CAPSi), em Teresina. Em Parnaíba, por exemplo, esse público recorre principalmente a médicos particulares (neurologista, psiquiatra), à Associação de Pais e Amigos dos Especiais (APAE) e tratamento ambulatorial.

das “medidas de segurança” popularmente conhecido como o louco infrator⁶⁸ e outros leitos congelados com usuários considerados moradores (Rosa e Joazeiro, 2017).

Brevemente explanado o panorama da reforma psiquiátrica no estado do Piauí, pontuaremos sobre este processo na realidade de Parnaíba, município palco da nossa pesquisa. Segunda maior cidade do Piauí, e conhecida como a “Capital do Delta”, Parnaíba está na extremidade norte do estado do Piauí, na mesorregião norte piauiense e na microrregião litoral piauiense.

É banhada pelo Rio Igarçu, primeiro braço do Delta do Parnaíba, e pelo Oceano Atlântico. Tem divisas com o Oceano Atlântico, os municípios de Ilha Grande (norte), Buriti dos Lopes e Cocal (sul), Luís Correia (leste) e o estado do Maranhão (oeste). Está distante cerca de 330 km da capital piauiense, Teresina, e a sua área de unidade territorial é de aproximadamente 434 km². O último censo demográfico constatou uma população residente de 150.201 habitantes, sendo que mais de 90% residia na zona urbana. Há mais mulheres que homens e o maior número de pessoas, para ambos os sexos, está na faixa etária entre 20 e 24 anos. A população estimada para 2017 foi de 150.547 habitantes (IBGE, 2017). O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal é de 0.687, o PIB de R\$ 947.088,00 e o PIB per capita de R\$ 6.498,96 (IBGE, 2011). O seu clima é tropical, alternadamente úmido e seco (Figura 5).

Figura 5: Localização do município de Parnaíba no mapa do estado do Piauí.



Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Parna%C3%ADba#/media/File:Piaui_Municip_Parnaiba.svg

⁶⁸ Quanto a isto, informa-se que, em 2015, foi desativado o Hospital Penitenciário Valter Alencar, vinculado à penitenciária Major Cesar, que antes abrigava pessoas que cometiam ilícitos penais vinculados ao transtorno mental (Rosa e Joazeiro, 2017).

Parnaíba é tida como o berço da indústria no Piauí. Desde quando era uma vila, no século XVII, constituía um dos principais polos exportadores, principalmente de charqueadas. Hoje em dia conta com uma Zona de Processamento de Exportação (ZPE). A economia prioriza a pesca, a pecuária de leite, o turismo, o artesanato, a indústria de laticínios, o agronegócio, a farmacoquímica, a exportação de cera de carnaúba, o óleo de babaçu, a gordura de coco, entre outros. Conta com um parque eólico localizado na praia da Pedra do Sal.

Possui instituições de ensino superior públicas e privadas. Em 2014, a Universidade Federal do Piauí (campus Ministro Reis Veloso) implantou o curso de Medicina. Há outro curso de Medicina numa instituição privada. As instituições públicas (Universidade Federal do Piauí, Universidade Estadual do Piauí, Instituto Federal do Piauí) e as faculdades privadas atraem a migração para a cidade.

A maioria da população é católica, seguida de evangélicos e, depois, de espíritas (IBGE, 2011). Sobre a cultura, há destaque para o São João da Parnaíba (festa junina que apresenta quadrilhas, bumba-meu-boi, teatro, músicas) e o Carnaval (desfiles de escolas de samba, blocos carnavalescos). Quanto ao turismo, os principais pontos são o Porto das Barcas, a praia Pedra do Sal, a Lagoa do Portinho e o Delta do Parnaíba, que com Jericoacara (Ceará) e os Lençóis Maranhenses (Maranhão) constituem a chamada Rota das Emoções. O potencial turístico tem se profissionalizado e atraído cada vez mais turistas de outras partes do país e do mundo (ecoturismo, turismo cultural, turismo de sol e praia), especialmente nos meses de dezembro, janeiro, fevereiro e julho. A reativação do aeroporto para vôos domésticos regulares também tem impulsionado o turismo. As principais fontes de lazer incluem bares, restaurantes, casas noturnas, *shopping*, atividades esportivas (futebol, vôlei, ciclismo, patinação, *skate*, *slackline*, caiaque, *surf*, *kitesurf*, *rugby*) e programas ligados ao mar.

Parnaíba possui a maior rede de hospitais e clínicas no norte do estado. Também é o município que mais conta com pontos de atenção da RAPS na região. Mesmo assim, sofre com a infraestrutura hospitalar pública. Possui 58 estabelecimentos de saúde do SUS. Quanto à assistência em saúde mental e à reforma psiquiátrica, vale ressaltar que fizemos o esforço de incluir fontes sobre tal realidade, mas, visto a insuficiência de investigações a respeito, esta é uma tarefa que será compartilhada com estudos futuros. Assim, para a construção destas informações, além de algumas fontes bibliográficas, recorreremos aos relatos de dois profissionais da saúde mental (E1 e E2⁶⁹) no município, obtidos através de entrevistas semidiretivas.

⁶⁹ Entrevistado 1 e Entrevistado 2.

De acordo com Seixas *et al.* (2005), o primeiro serviço de assistência psiquiátrica em Parnaíba data do início dos anos 1960. O oficial do exército e médico psiquiatra Jefferson Rodrigues Moreira veio de Fortaleza, no estado vizinho do Ceará, e iniciou um atendimento ambulatorial de psiquiatria na Santa Casa de Misericórdia. Posteriormente, abriu um consultório na periferia da cidade para oferecer assistência à população de baixa renda a preços menores. Mas, pouco tempo depois, fechou o serviço porque este não era rentável. Em 1965, pediu transferência para a capital do país, Brasília, o que fez com que Parnaíba deixasse, ao menos temporariamente, de contar com qualquer tipo de atenção especializada aos pacientes psiquiátricos.

Apenas em 1973 o município voltou a receber assistência clínica especializada. Segundo Nascimento (2014), neste ano chegou um novo psiquiatra, que passou a atender pacientes de Parnaíba e municípios vizinhos. Seixas *et al.* (2005) mencionam que a chegada deste profissional rendeu a criação de um ambulatório de psiquiatria no posto de saúde do bairro São José onde foram instaladas enfermarias para os pacientes em crise. Também havia a coparticipação dos familiares, que permaneciam diretamente com os pacientes, administrando os medicamentos e outros cuidados. Isto contribuiu para que se diminuísse o envio de pessoas à capital Teresina (ao Hospital Psiquiátrico Areolino de Abreu e ao extinto Sanatório Meduna) e também para que se sensibilizasse sobre a carência de leitos em Parnaíba.

Depois de algum tempo, este serviço, que funcionava no posto de saúde, foi transferido para o Abrigo São José (idosos), mas alguns problemas ocasionaram a sua desestabilização, como, por exemplo, a enchente ocorrida na época – com isso, alguns alagados foram abrigados naquele espaço (Seixas *et al.*, 2005). Vale ressaltar que, também na altura, a assistência aos pacientes psiquiátricos mais agitados contava com o apoio das delegacias e até da cadeia pública e isto se relacionava com o fato de os hospitais públicos prestarem pouca cobertura para esses casos. Este cenário se prolongou até quando foi instalada, por volta de 1983, e intermediada pelo então psiquiatra e secretário de saúde do estado do Piauí Anfrísio Lobão Neto, a ala psiquiátrica na Santa Casa de Misericórdia. As mudanças ocorridas a partir daí englobam principalmente a composição de uma equipe que deveria contar não mais somente com o psiquiatra, mas com psicólogo, assistente social, enfermeiro e auxiliares de enfermagem (Seixas *et al.*, 2005; Nascimento, 2014). Porém, como informa Nascimento (2014), tal equipe não durou tanto tempo e sempre esteve incompleta.

Em 1987, outro psiquiatra chega à cidade e, junto com o pioneiro chegado em 1973, passa a centralizar as ações em saúde mental até, pelo menos, metade da década de 1990. Até

aí, o modelo de atenção era concentrado na ótica psiquiátrica. Segundo um dos profissionais entrevistados, um desses médicos possuía “uma visão mais antiga e o outro sempre tentando se renovar. Fizeram muita coisa pela saúde mental de Parnaíba, mas de um jeito ainda muito ambulatorial, muito do atendimento, muito do ‘passar receita’, mas era como se fazia no Brasil todo” (E2).

Em 2000, a partir da iniciativa de um destes psiquiatras, é criada a Clínica de Repouso de Parnaíba, privada, mas conveniada ao SUS. Pouco tempo antes, em 1997, foi criado o hospital-dia Walterdes Sampaio, a primeira unidade de saúde alternativa dentro do processo nacional de desospitalização, que buscava uma atenção mais integral e humanizada às pessoas com problemas de saúde mental (Sales e Queiroz, 2009). Segundo Macedo e Cardoso (2017), este foi um momento de descentralização de serviços, embora de caráter bastante tímido, ainda mais levando em consideração a extensão do território piauiense. A equipe do referido serviço era composta por psiquiatra, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, enfermeiro, auxiliares de enfermagem. A sua primeira localização se deu como anexo do hospital Dirceu Arcoverde. Em 2001, mudou as instalações para um sítio afastado na BR-402, na localidade Baixa do Aragão. Em 2005, mudou novamente, desta vez para uma residência próxima ao hospital Dirceu Arcoverde (Nascimento, 2014). Entre 2010 e 2011, o então hospital-dia é transformado no Centro de Atenção Psicossocial II Walterdes Sampaio, instituição onde recrutamos nossos entrevistados. Permanece localizado na residência próxima ao hospital Dirceu Arcoverde.

A transição do hospital-dia para o serviço com a marca CAPS não passou sem embaraços, o que, de certa forma, era previsível, visto que a cultura manicomial não se extingue apenas com a derrubada dos muros de instituições psiquiátricas. Conforme o relato de um dos profissionais entrevistados (E2), nos seus primórdios, o CAPS II conservava os moldes do hospital-dia. Era frequente que usuários lá permanecessem ao longo do dia, mesmo quando isso não era necessário. A sua coordenação era tida como filantrópica, pouco engajada com os princípios reformistas, o que fez prolongar o paternalismo que popularizou o serviço enquanto ainda era hospital-dia. O público atendido não se restringia às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes (conforme prevê a lei nacional 10.2016/2001) e abrangia moradores de rua, sem transtornos, que buscavam alimentação. Não raro se via pessoas nuas, andando de maneira arrastada – cenas bastante manicomiais. Também eram incipientes as ideias sobre atividades terapêuticas mais variadas e trabalhos coletivos, ficando as intervenções centralizadas no atendimento psiquiátrico.

No entanto, com a incorporação de novos profissionais mais atentos ao ideário reformista e a parceria com outros atores (por exemplo, a Universidade Federal do Piauí, sobretudo através do curso de Psicologia), o CAPS II tem se flexibilizado no sentido de prover atenção humanizada aos seus usuários e, ademais, contribuído para a dimensão sociocultural da reforma, que, como sugere Amarante (2007), consiste em ajudar a mudar a concepção da sociedade sobre a loucura. Desafios persistem, como veremos logo mais à frente, mas os ganhos são notórios.

Atualmente, o CAPS II Walterdes Sampaio está localizado na Rua Paulo Airton Gouveia, n.º 788, bairro Rodoviária. É um CAPS do tipo II para municípios com população de até 200.000 habitantes. Realiza atendimento semanal, de segunda a sexta-feira, das 8h às 18h. As atividades desenvolvidas incluem atendimento individual (prescrição de medicamentos, psicoterapia e orientação). Também realiza atendimentos em grupo (oficinas terapêuticas, expressivas, oficinas geradoras de renda, passeios culturais e recreativos, comemorações em datas festivas, atividades esportivas, Educação de Jovens e Adultos, Terapia Comunitária), que é uma das suas principais atividades. Existe um grupo de cunho mais discursivo chamado “Entre nós”, que trata de questões relacionadas com a sexualidade e o gênero. Outro grupo discursivo é o “Construindo histórias”, que trata de questões da vida cotidiana dos usuários. Há um grupo de música que utiliza o canto, o tocar um instrumento e a interpretação de letras com o objetivo de trabalhar a memória, a atenção, a percepção, a autoestima e a coletividade. Inclusive, um coletivo chamado “Metamorfose” surgiu a partir da socialização entre os usuários nos encontros desse grupo de música com o propósito de realizar apresentações musicais/teatrais dentro e fora do espaço do CAPS. Também há um grupo teatral que trabalha com técnicas do Teatro do Oprimido e também com a esquizoanálise e o esquizodrama com o objetivo de valorizar o diferente, possibilitando a expressão do corpo e de personagens que a sociedade reprime “do lado de fora” do CAPS. Há, ainda, grupos que realizam oficinas de artesanato, práticas corporais e esportes como natação e futebol, entre outros. Todos visam promover a socialização e a autoestima entre os usuários.

Além dos grupos com os usuários, o CAPS realiza acolhimento, triagem, assistência em enfermagem, atendimento médico, atendimentos com a família (em grupo e individual), atendimento psicoterápico, atividades comunitárias (participação em eventos, caminhadas, exposições de trabalhos), entrega de psicofármacos, atividades de suporte social, festas em datas comemorativas, visitas domiciliares e institucionais. Entre os profissionais do CAPS II estão: assistente social, educador físico, médicos psiquiatra e clínico geral, nutricionista,

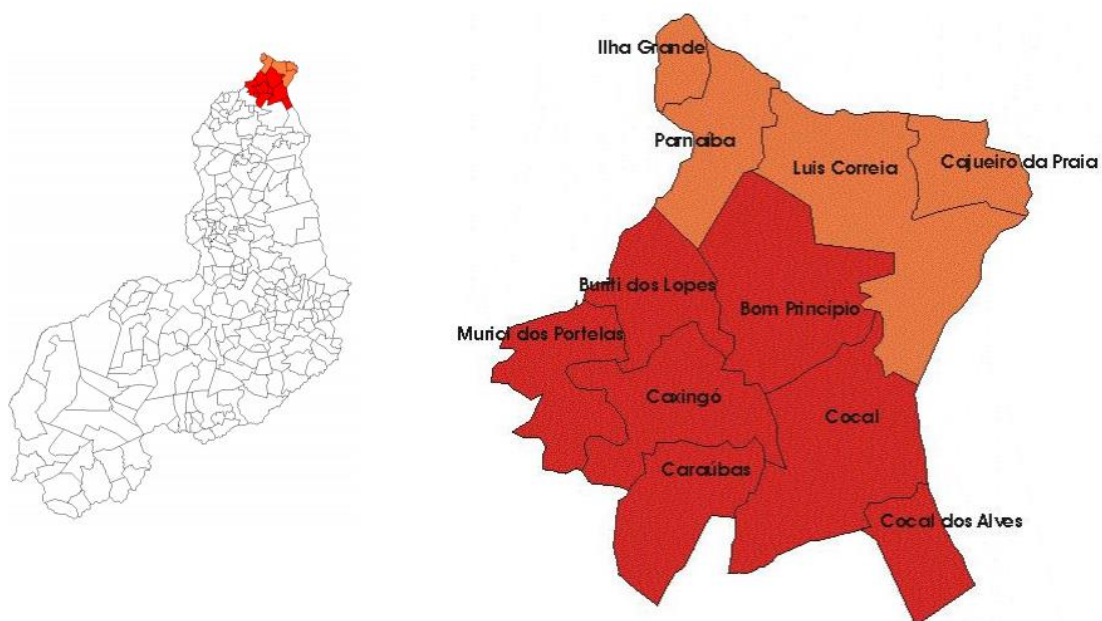
terapeuta ocupacional, psicólogos, enfermeiros, artesã, pedagoga, farmacêutico e técnicos de enfermagem, auxiliares de serviços gerais, agentes administrativos, serviços de copa e cozinha, motoristas.

Além das parcerias com outros serviços da rede psicossocial e de saúde no geral, o CAPS interage com outras políticas públicas (Centros de Referência de Assistência Social/CRAS e Centro de Referência Especializado de Assistência Social/CREAS), com instituições públicas e privadas de ensino e com a Polícia Militar do Piauí, entre outros atores institucionais e comunitários.

De 2011 para cá, principalmente a partir da portaria que institui a RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), Parnaíba tem expandido seus serviços de saúde mental. No que se refere ao Plano da Rede de Atenção Psicossocial, o município está inserido na região de saúde da Planície Litorânea (vide Figura 6) e, nessa, é o que mais possui serviços da RAPS, entre os quais indicados na Tabela 3.

Figura 6: Planície litorânea.

Território de Desenvolvimento “Planície Litorânea”



Fonte: http://www.cepro.pi.gov.br/download/201105/CEPRO03_937a2375bf.pdf

Tabela 3: Alguns pontos da RAPS em Parnaíba.

Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II)
Estratégias de Saúde da Família (ESF)
Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)
Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)
Centro de Atenção Psicossocial AD III 24 horas (Álcool e outras drogas)
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
Centro de Especialidades em Saúde (com atendimento em Psicologia e Psiquiatria)
Hospital Dirceu Arcoverde
Pronto Socorro Municipal
Santa Casa de Misericórdia

Na saúde mental, Parnaíba também conta com os serviços de uma clínica privada (Clínica de Repouso) que tem convênio com o SUS e com a Fênix – Associação de Usuários Familiares e Amigos da Saúde Mental, uma entidade civil de natureza filantrópica, sem fins lucrativos, que tem como objetivo principal promover o exercício da cidadania por meio de atividades sociais, econômicas, políticas e culturais. Além disso, conforme um dos profissionais entrevistados (E2), havia sido pactuado, em 2015, um Serviço Residencial Terapêutico (SRT) para contemplar todo o território da Planície Litorânea no âmbito da RAPS. Mas até hoje isto ainda não se realizou. Também surgiram especulações sobre a pactuação de um CAPSi (infantojuvenil) e a transformação do CAPS II em CAPS III. No entanto, até esta data, apenas rumores.

Os serviços que constituem a rede de atenção em saúde mental são essenciais na propagação da reforma psiquiátrica no cenário parnaibano. O CAPS II é fundamental na reinserção social dos usuários de saúde mental visto que, antes de este serviço existir no município, muitas pessoas eram hospitalizadas em instituições de caráter manicomial seja em Parnaíba ou em Teresina, longe da família e de seu território existencial. Esta funcionava quase que como a única opção para cuidar dos problemas de saúde mental. Certamente, o CAPS II e outros serviços da RAPS em Parnaíba constituem uma conquista quanto à cidadania das pessoas com doenças mentais/uso problemático de drogas. Os seus pressupostos para o funcionamento estão de acordo com o SUS, com a Política de Saúde Mental e com a política do Ministério da Saúde.

No entanto, é necessário enxergar as limitações que atravessam o cotidiano desses serviços e podem constituir verdadeiros entraves à consolidação da reforma. Um deles diz respeito à prática do matriciamento, que busca o cuidado compartilhado entre os diversos serviços da rede de atenção psicossocial. De acordo com o profissional E2, um dos obstáculos para o matriciamento na cidade foi a inicial resistência de alguns profissionais do próprio CAPS II, que não percebiam do que se tratava e acreditavam que desenvolvê-lo ocasionaria apenas mais sobrecarga de trabalho. A diferença ideológica acabou dividindo a equipe multiprofissional em “duas”: ambas condizentes com princípios reformistas, mas uma que passou a se utilizar mais cedo do matriciamento e a outra que demorou mais a entender e a gostar da prática. Durante este período de embates, o CAPS II reproduzia práticas e discursos mesclados correspondentes às “duas” equipes. Possivelmente, as diferentes ideologias foram influenciadas por questões de geração: embora isto não seja um determinante definitivo, alguns profissionais são mais antigos e provavelmente não tiveram uma formação tão comprometida com as bases da reforma e da luta antimanicomial. Noutros casos, devido às próprias condições de vida/trabalho, alguns profissionais não têm ou têm pouca disponibilidade para se atualizar e acabam ficando engessados. No entanto, este entrave foi parcialmente contornado com a ajuda de capacitações, inclusive em outros estados, e do consenso entre a equipe pela unificação em torno do seu fazer. Ainda há conflitos, e seria impossível se não existissem, visto que qualquer ambiente de trabalho é plural e atravessado pelas mais diversas tensões. Mas, atualmente, segundo os profissionais entrevistados (E1 e E2), o discurso do CAPS II de Parnaíba é um só: o do cuidado compartilhado, portanto, favorável ao matriciamento.

Estabilizado o entrave quanto à própria equipe, outro obstáculo tem a ver com o matriciamento entre os diferentes componentes da RAPS parnaibana. Supostamente, a atenção básica em saúde deveria funcionar como a porta de entrada para a promoção e a prevenção. Mas o que ocorre com frequência é a dificuldade de matriciamento que CAPS, NASF e ESF ainda têm quanto ao acompanhamento e cuidado com a população que precisa de atenção psicossocial. No Piauí como um todo, a lógica do encaminhamento para o CAPS em situações que poderiam ser acompanhadas na atenção básica ainda é muito presente (Feitosa e Silva, 2014). Em um estudo sobre as demandas e necessidades em saúde mental em territórios sanitários de Parnaíba, Sousa e Macedo (2012) concluíram que a rede assistencial do município funciona de maneira pouco articulada. As demandas que chegam à atenção básica são tratadas, na sua maioria, através da prescrição de remédios e encaminhamento para outros serviços como o CAPS II. Quando atendidas, é comum também que fiquem centralizadas nos médicos. Some-

se a isso os relatos dos profissionais da atenção básica sobre o próprio despreparo e falta de capacitação para lidar com questões de saúde mental. Ainda é comum que alguns desconheçam o “perfil” de pessoa que deveria ser encaminhada ao CAPS II (acabam encaminhando casos que poderiam cuidar) e/ou até têm preconceito/medo dos usuários da saúde mental, o que pode causar uma sobrecarga ao CAPS.

Outro componente da RAPS é a atenção de urgência e emergência, que tem como um de seus pontos o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Mais uma vez, há dificuldades na interação entre os serviços. Em Parnaíba, o SAMU, no caso de pessoas em surto psiquiátrico, tem como prática comum a contenção física. Antes, também era comum que o SAMU fosse acompanhado da polícia nessas ocasiões, o que acabava por gerar uma criminalização da doença mental. Claro que a integridade dos profissionais e/ou de quem mais estiver na cena do surto é importante e precisa ser assegurada, mas certamente isto não deveria se aplicar a grande parte dos casos. Também há casos em que o serviço chega a recusar o atendimento de ocorrências psiquiátricas.

Com outros pontos da atenção psicossocial especializada/estratégica, como o Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas (CAPS AD III), a interação ficou mais efetiva principalmente depois de uma capacitação que alguns profissionais destes serviços fizeram em um município na região sudeste do Brasil. Nesta ocasião, vivenciaram a RAPS deste município e confirmaram a necessidade de os CAPS de Parnaíba funcionarem de forma integrada. Hoje em dia, os dois CAPS (II e AD III) e outros serviços de saúde, como o Centro de Especialidades em Saúde (CES) estão mais unidos.

Além da atenção básica, da atenção de urgência e emergência e da atenção psicossocial especializada, vale ressaltar a interação do CAPS II com outros pontos de atenção. O E2 menciona a dificuldade que envolve o hospital estadual de Parnaíba. Esta instituição, que não disponibiliza leitos psicossociais⁷⁰, acaba não recebendo os usuários de saúde mental por mais de poucas horas. Geralmente, faz a estabilização do usuário em crise por via medicamentosa e o encaminha para casa ou indica o internamento na Santa Casa de Misericórdia, às vezes sem encaminhá-lo para o CAPS II. Não raro, são pacientes que tentaram o suicídio. Outro desafio é estabelecer uma relação menos estremecida com outras instituições como a Santa Casa. Tal instituição, embora seja importante para a cidade, ainda pratica um modo predominantemente

⁷⁰ Em matéria realizada no final de 2017 pela assessoria de comunicação da Secretaria de Estado da Saúde do Estado do Piauí (SESAPI), informou-se, entretanto, sem a divulgação de uma data específica, a decisão de se implantar leitos psicossociais no Hospital Estadual Dirceu Arcoverde. Fonte: <http://www.saude.pi.gov.br/noticias/2017-11-16/8352/saude-investe-em-assistencia-psicossocial-e-humanizacao-em-parnaiba.html>

“antigo” de fazer saúde mental, nem sempre incorpora os princípios da RAPS e ainda reproduz práticas institucionalizadas, como os internamentos prolongados, sem a necessidade justificada.

Como visto, são muitos os percalços na difusão do matriciamento, mas, também há ganhos. Pode-se afirmar, inclusive, que ele foi/é uma das expressões mais importantes da reforma psiquiátrica em Parnaíba. A equipe do CAPS II já tem esta prática oficializada e vem fortalecendo o vínculo com outros serviços de saúde, especialmente com as Unidades Básicas de Saúde (UBS). O objetivo tem sido continuar rompendo com uma lógica do simples encaminhamento e adotar um encaminhamento seguro que vá além do papel e promova de fato um cuidado compartilhado. De acordo com o E2, um dos desafios atuais é fazer continuamente com que outros pontos da RAPS entendam não apenas o matriciamento em si, mas também o funcionamento do próprio CAPS II: para que serve, quais os tratamentos ofertados, quais os perfis de usuários do CAPS II (embora isso não possa ser visto de maneira cristalizada), quais os perfis de usuários que eles deveriam encaminhar.

Segundo os entrevistados, muitos trabalhadores da atenção básica nas UBS, por exemplo, pensavam o CAPS II apenas como um ambulatório que contava com uma equipe multidisciplinar, mas que priorizava atendimento de psicoterapia, avaliação física e atendimento psiquiátrico, isto é, atividades de cunho mais individual. Na realidade, como dito, uma das principais atividades do CAPS II são os grupos. Hoje em dia, os profissionais da rede conhecem melhor o funcionamento do CAPS II. Ademais, quando usuários não chegam ao CAPS II encaminhados por algum ponto da RAPS, mas por demanda espontânea, o serviço procura o Agente Comunitário de Saúde (ACS) da área residencial do usuário para que ele possa também ser acompanhado na atenção básica. Isto tudo só pôde ser conquistado com encontros, diálogo e troca de conhecimento entre os profissionais dos diferentes serviços.

Além dos limites e possibilidades quanto ao matriciamento, outros aspectos caracterizam o processo reformista em Parnaíba. Um deles diz respeito à insuficiente interação entre a própria equipe do CAPS II. Como dito anteriormente, os profissionais até afinaram o discurso em prol da reforma e da importância do matriciamento, mas isso não ocorreu de maneira uniforme. Alguns ainda reproduzem uma “filosofia” do hospital-dia que prioriza o ambulatório, o atendimento individual, o medicamento como principal recurso terapêutico. Outro impasse é que, apesar de o cuidado no CAPS II não estar restrito às ações ambulatoriais (ao contrário, a maioria da equipe investe nas atividades em grupo), o trabalho do psiquiatra fica assim caracterizado. Isto porque este profissional passa menos tempo no serviço e acaba priorizando este tipo de atendimento. Também existe a questão da carga horária da própria

equipe, que trabalha 20 horas semanais e se divide em dois turnos. A desvantagem fica para o serviço, pois os profissionais têm pouco tempo para discutir tantos assuntos que vão desde os projetos terapêuticos singulares dos usuários até burocracias.

Existem problemas relacionados à falta de recursos humanos e materiais. No geral, a equipe é composta de forma satisfatória e tem uma variedade de profissionais. Cada um (com exceção dos médicos, que têm um tempo mais curto no serviço) é “técnico de referência” de uma determinada quantidade de usuários, entre 25 e 30, aproximadamente. A função dos técnicos de referência é ser responsável pelos projetos terapêuticos singulares, analisando a frequência dos usuários no serviço, a medicação, as suas interações, o contato com a família, entre outros aspectos. Mas, segundo o E2, seria bastante enriquecedor se fossem incorporados ao menos três outros profissionais, como mais um assistente social, mais um terapeuta ocupacional e mais um educador físico. Também há necessidade de mais técnicos de enfermagem e mais apoio médico, especialmente quanto às normas e rotinas nos casos de usuários em surto. Foram mencionadas, ainda, insuficiências de recursos materiais. Um exemplo é a falta de telefones, o que faz com que os trabalhadores usem os seus aparelhos pessoais para resolver questões do CAPS II. Recentemente, no primeiro semestre de 2018, uma manifestação⁷¹ contra as más condições de funcionamento do CAPS II foi promovida por profissionais, usuários, familiares e outros atores. As reivindicações giravam em torno da falta de banheiro para funcionários, insuficiente alimentação e medicamentos para os usuários, falta de água potável, falta de limpeza da piscina que deveria ser usada para atividades, furtos constantes no estabelecimento durante o fim de semana, insuficiência de cadeiras, bem como de materiais para grupos terapêuticos de artesanato e para o pessoal de enfermagem, equipe sobrecarregada, entre outros problemas.

Outros limites têm a ver com a participação da família nos itinerários terapêuticos dos usuários. Um deles é a falta de adesão da grande maioria dos familiares. São poucos os que compõem o perfil que acompanha os seus entes usuários, que perguntam sobre as consultas com médicos, a medicação, as suas interações. Muitos familiares comparecem ao CAPS II apenas no acolhimento do usuário, isto é, no primeiro dia. Isto não significa que os familiares ausentes por variadas razões não se importam com os seus entes. No entanto, há uma ideia que predomina entre eles: a de que, se o usuário não estiver em surto, basta. Ou seja, se ele não demonstrar agressividade, não bater em ninguém, não quebrar as coisas em casa ou não tiver

⁷¹ Fonte: www.extraparnaiba.blogspot.com/2018/04/manifestacao-caps-ii-pacientes.html?m=1

qualquer outro ato que cause incômodo e/ou preocupação mais fortes, para vários familiares, é suficiente. Para o serviço, não.

Por isso, o CAPS II promove estratégias para atrair a presença da família. Entre elas, a de um encontro realizado de 15 em 15 dias exclusivamente com os familiares. Não se usa o termo reunião, pois o objetivo é “desburocratizar”. Nesses encontros, que ocorrem também com a parceria de docentes/discentes da Universidade Federal do Piauí, não se fala apenas sobre a medicação, mas faz-se atividades terapêuticas com os próprios familiares. Não obstante, o *feedback* ainda é pequeno.

Outras estratégias são levadas a cabo como, por exemplo, usar a sala de espera para tentar conversar com algum familiar e estimular a sua vinda para o CAPS. Mas a maioria alega se interessar mais em obter os documentos requisitados para os benefícios do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou sobre a medicação. Inclusive, é frequente que vários familiares vejam o remédio como única solução desconhecendo os efeitos positivos de outras atividades, como as psicoterápicas e as físicas, e também os possíveis efeitos negativos dos psicofármacos. Claramente, o tratamento farmacológico é uma via nos itinerários terapêuticos, mas não deve ser a única e focalizar a medicação em detrimento de outras alternativas constitui um entrave à reforma psiquiátrica.

Em casos mais extremos, há famílias que suspendem o medicamento do usuário para que este tenha dificuldade de sair da crise e permaneça o máximo tempo possível no CAPS II. Noutros casos, ao contrário, aumentam a dose, o que pode deixar os usuários dopados - medicamento que, comumente, não é revisto há tempos. Outro caso extremo é o de famílias que conseguem aposentar os usuários e constroem quatinhos para eles, onde acabam passando a maior parte do seu tempo, o que configura cárcere privado e sinaliza para a persistência de uma visão da loucura associada com periculosidade, cronicidade, incapacidade.

Vale ressaltar que, apesar desses entraves relacionados com a família, não é possível simplesmente culpabilizá-la sem criticidade. Convém pensar nos esgotamentos físico e emocional pelos quais passa, especialmente o cuidador principal. A sobrecarga é objetiva (impactos econômicos, nas relações sociais, no tempo, no trabalho, etc.) e subjetiva (sentimentos como culpa, vergonha e também sintomas de sofrimento psíquico) (Hirdes e Kantorski, 2005). Isto reafirma o quanto a família também precisa de cuidados e a necessidade de averiguar melhor cada caso para saber se atitudes radicais, como o cárcere e outras mais que violam os direitos das pessoas com a doença mental, não refletem, na realidade, a falta de apoio

do Estado e a consequente solidão da família no enfrentamento das questões de saúde de seus membros (Macedo *et al.*, 2015).

Por outro lado, há famílias que são bastante empoderadas e participam ativamente da reabilitação psicossocial de seus entes junto ao CAPS II. Mas esses casos também merecem ser observados com atenção. Isto porque se, por um lado, a presença da família é de extrema importância no itinerário terapêutico, por outro, convém avaliar se tal presença interfere na autonomia do usuário. Como dito, o CAPS II Walterdes Sampaio estimula a participação da família, mas tenta fazê-lo de forma equilibrada: o ideal é que os familiares venham ao acolhimento, participem dos encontros terapêuticos e compareçam ao menos às primeiras consultas com o psiquiatra até porque, em algumas situações, os usuários não conseguem verbalizar sobre sintomas, queixas, medicamentos, entre outros. Nas primeiras atividades em grupo, os familiares podem participar junto com os usuários. Depois de algumas, entretanto, o aconselhável é que os usuários permaneçam sozinhos especialmente nessas atividades. Isto tem a ver com a promoção de sua autonomia, outro ponto pregado pela reforma.

Outro aspecto que merece ser lido com criticidade é o vínculo que os usuários constroem com o CAPS face à própria autonomia. A autonomia caminha lado a lado com a desinstitucionalização. Conforme o E2, muitos usuários gostam do CAPS II, contudo, podem acabar desenvolvendo uma relação de dependência do serviço, o que alimenta a institucionalização. Alguns, quando têm a quantidade de dias de frequência reduzidos porque os profissionais entendem que o seu estado de saúde melhorou, veem isto como forma de punição. O CAPS II cuida, mas, acima de tudo, busca promover o protagonismo social de seus usuários. Quanto menos eles precisem do serviço, melhor.

Por fim, mais um desafio ao prosseguimento da reforma psiquiátrica em Parnaíba diz respeito à sua dimensão sociocultural. Uma visão estigmatizante sobre a loucura aliada a uma cultura com traços manicomiais em diversos aspectos persiste em Parnaíba. Grande parte da população local desconhece ou conhece pouco o CAPS II. Há quem procure exclusivamente o psiquiatra por ignorar a existência do serviço. No caso específico do CAPS II, embora isso tenha diminuído, ainda acontece de ser visto como aquele que vai recolher “os doidos” da rua, sendo identificado a partir de uma função higienista. É visto ainda por muitos como um serviço que “interna” ou “engorda” (porque oferece alimentação) aqueles que precisam. Também é procurado para atender casos que fogem da sua alçada como problemas neurológicos. A própria reforma psiquiátrica e a luta antimanicomial também são pouco conhecidas ou mesmo desconhecidas por profissionais da rede de saúde. E até os profissionais de serviços

especializados como o CAPS II devem ter o compromisso de desconstruir todos os dias os manicômios abstratos nas próprias cabeças porque, como visto, correm o risco de reproduzir práticas institucionalizantes.

4.4.2 Aproximação e recrutamento dos entrevistados, situação de entrevista

A seleção dos usuários cujas histórias de vida recolhemos foi de ordem teórica, como referido anteriormente. Neste sentido, procuramos diversificar ao máximo o conjunto dos entrevistados, procurando variar quanto a geração, raça/etnia, classe social, etc., com o objetivo de identificar semelhanças e diferenças entre eles e elas, entre eles e eles, entre elas e elas.

Realizamos as histórias de vida com 20 usuários, 10 homens e 10 mulheres que, na altura das entrevistas, eram usuários do CAPS II Walterdes Sampaio em Parnaíba. Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico e usuários da saúde mental há, pelo menos, 12 meses; maiores de 18 anos; que aceitassem participar voluntariamente; em condições de diálogo com a pesquisadora. Além disso, realizamos entrevistas com 2 profissionais do serviço. Para ter acesso a eles, usuários e profissionais, foi necessário obter uma autorização institucional da superintendência de saúde mental, órgão da Prefeitura Municipal de Parnaíba. Com este documento em mãos, fomos ao CAPS II e conseguimos marcar um encontro com o seu então coordenador para explicar os objetivos e metodologia da pesquisa. Deixamos com ele vários documentos: a cópia da autorização institucional da Superintendência de Saúde Mental, o projeto de pesquisa, os termos de consentimento livre e esclarecido para usuários e profissionais (Anexos 4 e 5), o guião de entrevista para usuários e profissionais (Anexos 1 e 2), e o questionário de caracterização sociodemográfica para usuários (Anexo 3). Também foi necessária a aprovação do comitê de ética da área da pesquisa, neste caso, o da Universidade Federal do Piauí, Campus Ministro Reis Veloso, em Parnaíba. O comitê considerou que a proposta de pesquisa estava de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012⁷², tendo sido aprovada com o parecer de número 2.311.181.

Todos os questionários de caracterização sociodemográfica e entrevistas foram realizados no CAPS II entre os meses de novembro de 2016 e maio de 2017. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra. No total, somaram aproximadamente 27 horas de gravação, a mais curta com duração de 20 minutos e a mais longa com duração de 2 horas e 14 minutos. Todos (entrevistados e pesquisadora) assinaram o Termo de Consentimento Livre e

⁷² Resolução aprovada pela plenária do Conselho Nacional de Saúde, em dezembro de 2012, e que trata de pesquisas e testes em seres humanos no Brasil.

Esclarecido e cada um ficou com uma via. Neste momento, foram enfatizados os objetivos e aspectos éticos da pesquisa. Perguntamos se tinham dúvidas e, caso aceitassem participar, se autorizavam a gravação da entrevista.

Antes de levar a cabo as entrevistas, optamos por frequentar um grupo de música que ocorria semanalmente. Fomos apresentados aos usuários pelo profissional condutor do grupo e tivemos a oportunidade de explicar a pesquisa e solicitar suas participações. Com menos regularidade, frequentamos grupos de cunho mais discursivo, um deles voltado para questões de gênero e sexualidade (Entre nós) e outro para variadas questões do cotidiano dos usuários (Construindo histórias). A nossa ida aos grupos durante esse período, geralmente duas vezes na semana, em turnos e horários diferentes, foi importante para vivenciar o cotidiano do campo de estudo e realizar observações que foram devidamente registradas no diário de campo e úteis para a pesquisa. Foi importante também para conhecer o máximo possível de usuários (alguns frequentavam o CAPS II apenas pela manhã, outros apenas pela tarde e/ou apenas em determinados dias na semana). Primeiramente, somente observávamos. Aos poucos, fomos participando cada vez mais e, numa ocasião, chegamos a conduzir, junto com um voluntário do CAPS II, uma atividade no grupo de música.

A participação nesses grupos possibilitou que conhecêssemos vários usuários que frequentavam o serviço em diferentes dias e horários e, o principal, a convivência permitiu que se desenvolvesse um vínculo de empatia e respeito mútuo. Percebemos que, com o passar do tempo, para alguns, nossa presença já não causava grandes estranhamentos e eles já se sentiam mais à vontade conosco. Tanto que recebemos convites para participar de eventos festivos dentro e fora do CAPS II. Isso também favoreceu a observação, visto que as reações à nossa presença estavam amenizadas. Geralmente, realizamos as entrevistas depois que se encerravam os grupos, seja no turno da manhã ou da tarde.

O vínculo com os usuários provavelmente não teria acontecido de maneira tão efetiva sem a mediação de dois profissionais e um voluntário do CAPS II. Isto foi de supra importância especialmente quanto aos entrevistados do sexo masculino. Percebemos que, quando abordamos usuários homens acompanhados desses colaboradores, que ajudavam a sensibilizá-los quanto à importância da pesquisa, as resistências masculinas foram menores. Por outro lado, praticamente não tivemos dificuldades ou recusas por parte das mulheres. Isto ocorreu quando algumas se diziam tímidas ou tinham medo de não saber responder as questões. No entanto, a grande parte dessas situações foi superada sempre se enfatizando o caráter voluntário e a importância de suas participações.

A maioria das mulheres demonstrava vontade de conversar. Houve casos, inclusive, em que algumas delas, quando viam que estávamos conversando com outras pessoas, tomavam a iniciativa de nos perguntar “quando você vai me entrevistar?” ou dizer “eu quero falar com você”, “preciso desabafar”. Provavelmente, esta particularidade ocorreu em função de “traços” e “laços” de gênero. Traços porque comumente se atribui mais às mulheres a característica da verbalização, enquanto aos homens a discrição ao falar sobre assuntos de foro íntimo. Percebemos que elas se sentiam mais à vontade para dividir aspectos de suas histórias conosco por também sermos do sexo feminino. Tanto que ouvimos algumas vezes frases como “você também sabe disso porque você é mulher”, “eu só vou te contar isso porque você também é mulher”, “eu não consigo falar sobre essas coisas com homem”, “a gente (nós, mulheres) é assim mesmo, não é?”, “você me entende, não é?”. Percebemos que, de uma maneira geral, os homens tinham mais dificuldade de falar sobre alguns temas, principalmente quando relacionados com a afetividade e a sexualidade. Por outro lado, os traços e laços de gênero nem sempre foram determinantes na qualidade da interação: em certas ocasiões, entrevistamos homens bastante comunicativos, até mais que algumas mulheres.

As entrevistas aconteceram sob um clima de empatia, respeitando sempre os silêncios, as dores, o choro e o tempo de cada entrevistado. No entanto, vale mencionar que, como falavam de suas trajetórias de vida, também havia espaço para as lembranças felizes. Numa delas, um entrevistado chegou até a cantar músicas dos seus tempos de vaqueiro. Todas aconteceram em ambientes com privacidade.

4.4.3 Os usuários do CAPS II Walterdes Sampaio

Por meio da aplicação de um questionário, disponibilizamos um breve perfil sociodemográfico dos entrevistados. O cruzamento das informações obtidas a partir dessas variáveis, das histórias de vida e do quadro teórico permite encontrar elementos de regularidade e singularidade que abrem pistas conceituais e contribuem para sustentar a interpretação dos resultados (Brandão, 2007).

A grande maioria dos entrevistados pertence às classes baixas, com baixa escolaridade (alguns apenas sabem assinar o nome). Alguns, ao menos em algum momento de suas vidas, residiram em áreas rurais. O conjunto dos homens é composto por pessoas de idade entre 28 e 59 anos. Já as mulheres têm idades entre 28 e 59 anos. Há negros, brancos e pardos. Quanto à religiosidade, há católicos, evangélicos, espíritas, umbandistas e quem não siga qualquer religião. Quanto à situação conjugal, há casados, em uma união estável, solteiros,

separados/divorciados, namorando. Há quem não tenha nenhum filho e quem tenha até 7 filhos. Quanto à ocupação, há trabalhadores autônomos, informais, da construção civil, empregadas domésticas, recepcionista, atendente de telemarketing, vendedora, bordadeira, auxiliar administrativo, pintores, vigia, zeladores, tatuador, mecânico, vaqueiro, donas de casa. Há quem não exerça qualquer função (remunerada ou não). A maioria recebe algum tipo de benefício atrelado à sua condição de saúde. Alguns foram internados em instituições psiquiátricas. Não confrontamos a informação que alguns entrevistados ofereceram sobre os seus diagnósticos com dados oficiais (como os que são registrados em prontuário), mas, conforme profissionais do serviço, os diagnósticos mais recorrentes entre o público do CAPS II em geral são: esquizofrenia, transtornos depressivos, transtornos de ansiedade, transtorno bipolar. A tabela de caracterização sociodemográfica está na seção dos Anexos (Anexo 6).

Para melhor enquadrar os resultados das entrevistas, disponibilizamos também uma síntese das histórias de vida de cada entrevistado.

Alexandra

Tem 32 anos, é branca, espírita e homossexual. Namora uma mulher poucos anos mais nova. A mãe e o irmão também receberam diagnósticos psiquiátricos. Foi recepcionista e atendente de *telemarketing* antes de se sentir doente. Sua infância foi marcada por tristeza porque, desde muito nova, convive com os problemas de saúde mental da mãe. Frequentava a Santa Casa porque a mãe costumava ficar internada lá. Junto com os irmãos e o pai, cuidavam da mãe. Quando tinha 11 anos de idade, os pais se separaram e isto lhe gerou bastante preocupação. Quando pensa nos tempos de escola, lembra da doença da mãe, pois até nos períodos de férias tinha que ir para a Santa Casa. Acha que seu problema é hereditário. Possui amigos e gosta da vida social que leva. Teve uma união estável anterior que traz lembranças dolorosas principalmente por ter agredido a ex companheira algumas vezes. Tem vontade de cursar a universidade, mas acha que não tem paciência porque, às vezes, fica muito nervosa.

Flora

Tem 28 anos, parda, católica, é separada de um ex companheiro com quem tem uma filha de 8 anos. Trabalhou como bordadeira e vendedora. Vive com uma de suas irmãs mais velhas, cunhado e sobrinhas. Perdeu a mãe aos 12 anos de idade. Acredita que a mãe sofria de depressão. Na infância, dos 5 aos 11 anos, sofreu abuso sexual por parte de um irmão mais velho. Por medo, não contou à família na época. Os pais morreram sem saber deste fato. Após a morte dos pais, passou a viver com outra irmã fora do estado. Anos depois, adolescente e

ainda vivendo com esta irmã, foi abusada novamente pelo cunhado. A filha vive sob a guarda deste casal, fato que lhe causa bastante angústia. Tem medo que aconteça à filha o mesmo que lhe aconteceu. Sente muita vontade de morar novamente com a filha. Sente-se super protegida pela irmã com quem vive. Gostaria de ir mais à praia e ter outras formas de lazer. Acha que casou e foi mãe muito cedo e que teve pouca diversão.

Leonor

Tem 47 anos, é parda, solteira e umbandista. Nunca trabalhou porque afirma não ter condições devido à sua saúde, mas produz artesanatos como forma de distração. Foi criada por uma tia porque a sua mãe biológica era mãe solteira e não tinha condições de criá-la. Atualmente vive com a mãe adotiva, uma idosa de 80 anos. Quando tinha 10 anos de idade, namorava um rapaz de 18. Era escondido, ninguém sabia. Numa ocasião, ela foi abusada sexualmente por este rapaz. Ficou muito magoada porque não esperava aquilo dele. Ao contrário, desejava se casar aos 17. Depois disso, teve um filho nascido de um relacionamento com outro rapaz. Este relacionamento acabou há anos porque ela era muito agressiva. Não quis mais se envolver com homens porque não confia neles. Sua mãe foi quem praticamente criou o seu filho. Acha que nasceu com esse “defeito” porque a mãe biológica tomava remédio para abortar, mas também acha que a violência sexual cometida pelo primeiro namorado deixou um trauma muito grande.

Serafina

Tem 54 anos, é negra, não possui religião. Trabalhou como empregada doméstica, mas parou há poucos anos devido à doença. Durante a infância e parte da adolescência, trabalhou na roça com os pais e os irmãos. Sentia-se sufocada pelo serviço. Aos 15 anos, casou contra a sua vontade com um rapaz de 25 anos. Afirma que a mãe não a deixava sair de casa, mas que praticamente a “jogou em cima” do marido para que casasse logo. Foi agredida – física, sexual e psicologicamente – diversas vezes ao longo da vida por este marido. Separou-se dele há pouco tempo. Não tem um bom relacionamento com os filhos. Quando passou a receber o benefício, resolveu sair de casa e foi morar sozinha. Sente-se melhor morando sozinha. Sofreu muito com a morte da mãe. Atualmente possui um namorado, de quem recebe apoio. Acredita que seu problema tenha relação com uma pancada que levou na cabeça quando era criança. Afirma que sua tristeza é maior pelo fato de não receber apoio dos filhos.

Deolinda

Tem 52 anos, é parda, católica. Está numa união estável com um homem há 24 anos e tem o desejo de se casar com ele. Tem boa relação com o marido e os filhos, mas se preocupa bastante com uma das filhas, que é casada com um “marginal”. Quando mais jovem, fugiu da casa dos pais, na zona rural, para buscar melhores condições de vida em Parnaíba. Na cidade, conseguiu o trabalho de empregada doméstica por anos na casa de uma família à qual se refere com muito carinho. Esta família desejava que ela se casasse com um rapaz que tinha condições financeiras mais favoráveis. Ela, entretanto, resolveu agir “por amor”. Não casou com o pretendente e preferiu se unir ao atual companheiro que era pobre. Com este, passou, e ainda passa, por grandes privações materiais que geram muito sofrimento. Apesar disso, refere ser muito feliz com a família que construiu. Elogia o marido: foi ele quem a ensinou a usar absorvente e a trocar as fraldas dos filhos. Acha que seu problema surgiu ainda na infância quando ela caiu dentro da água. Depois disso, sentiu uma forte dor de cabeça e nunca mais voltou ao “normal”.

Bárbara

Tem 31 anos, é parda, católica e casada. Por conta de uma reforma na casa que possui com o marido, atualmente vive com os pais, seus dois filhos, uma irmã e dois sobrinhos. Trabalha como auxiliar administrativa numa loja, mas está de licença devido à doença. Sentia-se feliz durante a infância. Participava de várias atividades ligadas à igreja católica. Numa dessas atividades, quando tinha aproximadamente 11 anos, relata ter sofrido violência sexual por parte de um professor em diversas ocasiões. Não falou nada para ninguém até ficar adulta. Este fato causou muito sofrimento e, no princípio de seu casamento, dificultou que ela tivesse relações íntimas com o marido. Aos poucos, foi descobrindo que era possível sentir prazer. Sofreu algumas decepções com o marido, mas, ao mesmo tempo, tem nele um dos principais parceiros. Quando ficou grávida, teve medo de ser mãe. Tem uma relação de altos e baixos com a família (pais e irmãs). Diz que ama, mas também tem muitos conflitos com eles.

Arabela

Tem 33 anos, é branca, evangélica e solteira. Não tem filhos e não tem paciência para isso ainda. Vive com as “duas mães”: a adotiva, com quem passou grande parte da vida, e a biológica. A mãe biológica não tinha condições de criá-la, por isso a doou para a mãe adotiva logo após seu nascimento. Sofreu *bullying* durante a infância e a adolescência devido à sua aparência física: primeiro, foi muito magra; depois, foi gorda. Sente dificuldades de se relacionar socialmente. Teve um namorado durante a adolescência, mas era muito vigiada pelo

pai para que não tivesse relações sexuais com o rapaz. Sentia que era tratada de maneira diferente dos irmãos pelo pai pelo fato de ser mulher. Nunca trabalhou porque o pai não permitia. Refere ser uma pessoa ciumenta com as mães e com as amigas que faz. Gosta de programações de televisão voltadas ao público infantil. Sente falta de ser amada por amigos e por um namorado.

Catarina

Tem 56 anos, é branca, católica e divorciada. Viveu 25 anos com o ex-companheiro até se separar há aproximadamente 5 anos. Descobriu a infidelidade conjugal do marido, o que foi razão de bastante tristeza, mas ainda assim desejava se manter casada, não necessariamente por amor, mas porque não concorda com a ideia da separação. O ex marido decidiu sair de casa. Com ele, teve 4 filhos. Depois de se separar do marido, um de seus filhos assumiu o provimento da família, mas este filho faleceu há pouco tempo e isto é o grande sofrimento de sua vida porque filhos não devem morrer antes dos pais. Tinha uma relação de muito carinho com ele. Além da falta que sente do filho, Catarina vive uma situação financeira bastante desfavorável. Tem um relacionamento conflituoso com 2 de seus 4 filhos e recebe apoio apenas da filha mais velha, que mora em outra cidade. Ela revende produtos e confecciona panos de prato para ajudar na renda da casa. Tem na igreja grande fonte de apoio.

Abigail

Tem 53 anos, é negra, diz ser católica, mas também frequenta a igreja evangélica. É casada há 33 anos e não tem filhos biológicos com o marido. Tem três filhos, duas mulheres (uma falecida) e um rapaz. As duas filhas nasceram de relacionamentos anteriores ao atual. Uma delas faleceu ainda quando bebê. A segunda filha foi reconhecida pelo marido e o menino foi adotado por eles porque ela não podia ter mais filhos. Foi “mãe solteira” duas vezes (das duas meninas). Sofreu muito por isso. Nas duas ocasiões, o seu pai sugeriu que ela “procurasse um velho” para sustentar as crianças. Também foi vítima de um relacionamento abusivo com o pai de sua segunda filha: sofreu violência física, sexual, psicológica, moral. Também sofre com as infidelidades do atual marido. Tem uma irmã adotiva e acha que seus pais gostavam mais da irmã que dela. Relata sofrer de epilepsia. Trabalhou como empregada doméstica e zeladora, mas precisou parar porque não se sentia bem.

Rita

Rita tem 37 anos e é negra. Vive com o marido com quem é casada há 16 anos, e tem uma filha adolescente. É bastante religiosa e frequenta a igreja católica. Faz bastante menção a Deus. Também frequenta igrejas evangélicas. Afirmo que não tem nenhum “problema mental” e que frequenta o CAPS apenas porque sua família diz que ela é louca porque pretende que ela consiga um benefício. Afirmo ser bastante tímida e não gostar de falar sobre suas intimidades com outras pessoas. Trabalhou por algum tempo como empregada doméstica, mas hoje é somente dona de casa. Rita faz queixas sobre a situação financeira precária de sua família. Entretanto, revela que o maior incômodo em sua vida é a presença de um satélite que rastreia tudo o que ela faz e fala, mas que ninguém acredita nisso. Através do satélite, ela se comunica com algumas pessoas de quem ouve as vozes. Acredita que o “objetivo do satélite” é fazer com que ela se afaste da igreja e se apaixone por outros homens. Rita revela que não se sente mais atraída pelo marido, que, às vezes, ele é grosseiro quando bebe, mas que não se separam porque ela “não é de brigar” com ninguém e faz as coisas para ele.

Nuno

Tem 29 anos, é pardo, vive uma união estável e não possui filhos. Não segue uma religião. Refere não ter lembranças boas da infância. Passava mal na escola, tinha crises de pânico. À noite, tinha medo do escuro. Acha que não recebeu amor materno quando criança, fato que causou sofrimento. Apesar disso, mantém relação amistosa com a mãe hoje em dia. Acredita que ela é “bipolar”. No passado, desistiu de um amor: uma mulher pela qual era apaixonado, mas a família dela não aceitava o relacionamento porque ele não tinha condições financeiras. Também relata um episódio de decepção com parte de sua família: a irmã mais nova começou a namorar um rapaz o qual Nuno não gostava. Toda a família aprovou o namoro, exceto ele, que se sentiu desprezado pelos familiares. Refere que a companheira, que é com quem vive atualmente, reclama por ele não ser carinhoso. Parou de trabalhar devido aos sintomas que possui. Para ele, o trabalho traz, mais que dinheiro, honra. Gosta de passar horas na internet e tem interesse por assuntos de política.

Sérgio

Tem 42 anos, é branco, solteiro, sem filhos. É católico, mas também frequenta a igreja evangélica. Diz que não se deve ter preconceito com religião, nem com a “opção sexual”. Vive com 2 irmãos, uma cunhada e um sobrinho. Ocasionalmente faz trabalhos com faxina, limpa quintais. Acha que nasceu com problema de “não comer”, de ter falta de apetite. Não acha que

sofre de “problema da cabeça”. Quando jovem, sentiu muito a morte dos pais e dos avós. Até hoje sente uma tristeza. Cuidou do pai quando este estava doente. Já na vida adulta, refere incômodo com a postura de um irmão: este fez com que ele assinasse papéis que atestavam uma doença “da cabeça” para poder requisitar o seu benefício e ficar com a sua herança. Sente vontade de constituir uma família, mas acredita que ainda não está no “seu tempo”.

Iuri

Tem 28 anos, é pardo, solteiro, sem filhos. Diz-se católico. Vive com a mãe, um irmão e dois sobrinhos. Os pais são separados. Diz que seu problema é nervoso. Às vezes, fica tão nervoso que treme. Quando criança, gostava de estar com meninas brincando de casinha, de boneca. Durante a adolescência, uma mulher quis ter um relacionamento com ele, mas ele tentou e não gostou. Aproximadamente entre os 17 e 18 anos, teve certeza de que sentia atração por homens. Gostava de vê-los jogar futebol. Passou a ter relacionamentos homoafetivos. Gosta de usar roupas e acessórios femininos e pretende “se montar” aos poucos. Sente-se melhor de batom que de “cara limpa”. Tem conflitos com o irmão por causa disso, algo que lhe deixa estressado. Recentemente, terminou um namoro porque o companheiro era muito ciumento. Não costumar levar os namorados em casa para não desapontar a mãe, ainda mais por ela ser evangélica. Nunca trabalhou porque sente uma fraqueza física. Diz ter “vício” em café e em medicamentos.

Miguel

Tem 32 anos, é pardo e separado. Vive com a mãe e um irmão que é ex usuário de substâncias psicoativas. O irmão frequentava a igreja evangélica como uma estratégia para lidar com o próprio uso de drogas e Miguel, ao acompanhá-lo, acabou se tornando evangélico. Começou a trabalhar muito jovem e parou devido ao seu “problema”, que, segundo ele, é esquizofrenia, depressão e síndrome do pânico. Antes de casar, não queria se separar da mãe, a quem era muito apegado – tanto que não “andava atrás” de namoradas. Casou porque a sua (ex) esposa “veio atrás”. Esta engravidou, foram viver juntos e tiveram 2 filhos. Com o trabalho, conquistou muitas coisas: carro, casa, bens. Afirma ter sido traído pela ex esposa. A partir daí, veio a perda do trabalho, a separação definitiva da esposa, o distanciamento dos filhos, as tentativas de suicídio. Culpa a ex esposa pelo sofrimento. Não deseja ter outros relacionamentos amorosos porque ficou com “medo” de mulher.

Abel

Tem 39 anos, é pardo e casado. Vive com a esposa e os 3 filhos. Começou a trabalhar aos 21 anos e atualmente está de licença devido à “enfermidade”. É evangélico e a religião é central em sua vida. Com 14 anos, “aceitou” Jesus Cristo. Conheceu a atual esposa frequentando a igreja. Juntos praticaram, ao longo da vida, diversos valores cristãos: não beber álcool, não fumar, não cometer adultério, não se envolver com prostituição, entre outros. Mais ou menos há dois anos, passou a ter hábitos que nunca tinha levado a cabo: ter amizades com pessoas “do mundo”, frequentar bares, deixar de frequentar a igreja. Isso contribuiu para que tivesse um pensamento repetitivo que, segundo ele, foi a causa de sua enfermidade: a vontade de sair de casa e abandonar a família. Começou a ouvir vozes que diziam que ele devia morrer. Diz que seu problema é esquizofrenia. Neste momento, sente-se mais tranquilo, voltou a frequentar a igreja e não sente o desejo de sair de casa.

Tomás

Tem 59 anos, é branco, separado/divorciado (de 3 uniões anteriores) e possui três filhos (1 da primeira união, 2 da segunda). Acha que a terceira união foi uma perda de tempo pelo fato de a ex companheira não lhe ter dado filhos. Vive com os pais, um irmão e uma irmã que cuida de toda a família. Foi vaqueiro e lembra dessa época da vida com muita emoção. Não acha que tem um problema na mente, mas um esgotamento físico que o impede de trabalhar. Sofre por ter tido que parar de trabalhar. Entretanto, refere ter “adoecido” quando ainda era jovem, depois que a segunda esposa (ainda namorada) abortou um filho deles. Como ainda não eram casados e ela estava grávida, resolveu abortar. Este fato causou um sofrimento grande para Tomás. Depois de casados, mesma companheira cometeu infidelidades, outro motivo para angústia. Ele alega que sustentava a casa e vivia apenas para trabalhar. Quer casar novamente com uma mulher que dê o filho que ele perdeu devido ao aborto. Acha que a mulher ideal deve saber andar de carro e de moto, e não trair. Gostava de beber álcool ouvindo músicas “bregas” com os amigos.

Camilo

Tem 40 anos, é pardo, separado e possui um filho dessa união. Vive com os pais, um irmão e uma irmã. Começou a trabalhar muito jovem. O grande baque na sua vida foi ter descoberto portar o vírus HIV. Este fato, juntamente com as mudanças decorrentes do mesmo, gera sofrimento psíquico. Quando descobriu, ficou “doidinho”, entrou em “depressão”. A ex esposa também descobriu portar o HIV e pediu a separação. Afirma que ela impede o seu contato com

o filho. Sente saudade do convívio com ele. Foi despedido do trabalho e precisou se aposentar. Antes de se descobrir doente, gostava de se reunir com amigos do trabalho em bares, beber cerveja e cometia infidelidades conjugais. Sente falta de gerir a própria vida, de sair, passear, socializar, namorar, gastar o próprio dinheiro. Antes tinha moto, carro e agora não pode pilotar/conduzir porque a família não permite. Ainda deseja ter uma mulher que cuide dele. Apesar da mágoa, relata sentir falta da ex esposa.

Ciro

Tem 43 anos, é branco e separado. Possui quatro filhos. Trabalhava, mas sempre mudava de emprego. Terminou os estudos, mas não chegou a fazer uma faculdade. Sente vontade de cursar desenho industrial. Vive com a mãe, com quem mantém um relacionamento instável. Há épocas em que se dão bem; em outras, nem tanto. Refere que a mãe sofreu violência física quando estava grávida dele e isto tem a ver com o seu “problema”. Fez uso de drogas durante vários anos e vê isto como uma das razões para ser instável emocionalmente. Além das consequências do uso para a saúde, teve pendências com traficantes e precisou mudar de cidade mais de uma vez para fugir de certos de conta. Tem frequentado a igreja evangélica. Gosta de *rock'n'roll* e acha que as músicas podem influenciar o estado de espírito e as ações das pessoas. Por vezes, se viu agressivo quando parava para prestar atenção nas letras das músicas. Por outro lado, acha que é amável e romântico. Há pouco tempo, passou por uma decepção amorosa: era apaixonado por uma mulher, um “amor muito forte, diferente”, mas ela falou coisas que o feriram muito.

Beto

Tem 30 anos, é negro, solteiro, sem filhos. Vive com um irmão mais velho. Trabalhou por pouco tempo como mecânico, mas parou por causa da doença. Fala com tristeza sobre nunca ter tido uma festa de aniversário porque seus pais são pobres. Quando adolescente, gostava de sair com amigos para beber cachaça, conversar, ouvir música e namorar as meninas. Ainda na adolescência, sentiu um “chamado”: começou a frequentar a igreja evangélica e isso, segundo ele, foi motivo para os amigos se afastarem. Entretanto, começou a usar drogas como maconha e *crack* e diz ter parado há aproximadamente dois anos. Relata ser perseguido por um satélite que é controlado por vizinhos. O “satélite quer” que ele se torne “homossexual” e que se “vista de mulher”. Afirma que nunca sentiu desejo por homens ou teve vontade de vestir roupas femininas. É apaixonado por uma menina mais nova, mas acha que ela não se envolveria com ele por causa de sua doença.

Crispim

Crispim tem 55 anos de idade. É branco e afirma ser católico. Teve três uniões estáveis anteriores, tendo filhos apenas com a terceira ex companheira. Viveu parte de sua vida na zona rural. Começou a trabalhar muito jovem, ainda criança, na roça. Quando adolescente chegou a vender animais com um tio, mas parou a pedido da família porque julgavam este trabalho perigoso. Refere que tem “problema” desde criança porque trabalhava muito, cansava rápido e os instrumentos de trabalho (foices, facões) eram muito pesados. Fala com tristeza sobre a perda de um plantio e, conseqüentemente, do trabalho e do dinheiro para se sustentar. Relata que problemas vivenciados com todas as companheiras afetaram a sua saúde. Segundo ele, a primeira ex companheira gostava de beber, algo que causava irritação. A segunda teve um envolvimento amoroso com um de seus irmãos e a terceira pediu a separação porque escolheu “viver a vida” em vez de cuidar de “homem doente”. Também menciona um relacionamento insatisfatório com o filho. Diz sentir uma tristeza sem fim.

CAPÍTULO 5. (RE)CONSTITUIÇÃO DOS ITINERÁRIOS DE ADOECIMENTO: como se desenrolam as experiências de homens e mulheres com a doença mental

“Me pergunto: um sistema injusto se mantém apenas com repressão e coerção? –
‘Não, também é necessário o consenso e que o oprimido veja como natural sua servidão’” (Mizrahi, 1990: 23).

“Quando os dominados aplicam àquilo que os domina esquemas que são produtos da dominação ou, em outros termos, quando seus pensamentos e suas percepções estão estruturados de conformidade com as estruturas mesmas da relação de dominação que lhes é imposta, seus atos de conhecimento são, inevitavelmente, atos de reconhecimento, de submissão” (Bourdieu, 2002: 11).

Este capítulo trata da análise dos itinerários de adoecimento psíquico entre homens e mulheres diagnosticados/as com doença mental. Primeiramente, identificamos as concepções que os entrevistados têm a respeito de sua própria condição de pessoa em sofrimento psíquico e com diagnóstico psiquiátrico: se consideram ou não doença e de que maneira o fazem. Também analisamos os sintomas psiquiátricos enunciados, constatando que muitos deles são “gendrados”, inclusive as ideações e tentativas de suicídio. Também concentramo-nos nos processos de (re)constituição dos percursos de adoecimento psíquico, isto é, como se desenrolam as experiências com a doença mental de homens e mulheres levando em conta as suas próprias perspectivas e as questões de gênero em suas histórias de vida.

5.1 Concepções sobre o próprio sofrimento psíquico

Nesta seção, identificamos como os entrevistados percebem o próprio sofrimento. Diante da variedade de categorias enunciadas, tornou-se possível compreensível como homens e mulheres concebem, segundo Alves (2011), o “humano” (relação entre corpo e mente), a “cultura” (as fronteiras entre normal e anormal) e a “sociedade” (diferentes modos de produção de sentido sobre o sofrimento se misturam com os contextos que dão conteúdo às experiências e aos discursos).

Embora todos reconheçam a existência de um sofrimento psíquico persistente que demanda ajuda nem todos o reconhecem enquanto doença. Na inexistência da doença mental, as terminologias utilizadas variam desde um problema físico até uma fase mais difícil da vida.

“O doutor (nome do médico) não sabe de coisa nenhuma [...] Porque não sabe. Ele diz que eu tenho um negócio na minha mente, mas o que eu tenho é um esgotamento físico de trabalhar demais. Meu problema é físico, não é na cabeça. Me dá vontade de largar a mão nele. Eu digo isso, mas eu não bato, não. Mas ele não sabe de nada. Não tenho nada na mente. Nem dor de cabeça eu tenho. Eu tenho esgotamento físico. Não é nada de cabeça. Ele disse até o nome, não lembro. Mas só se for do pai dele. Eu disse: ‘Rapaz, não tenho problema na cabeça, não. Tenho é problema físico e uma hérnia de disco’” (Tomás, M, 59 anos, separado).

“Meus pais são pessoas que não entendem... São pessoas do interior. Eles pensam que eu tenho algum problema, mas eu não tenho. Até meu esposo pensa que eu ‘tou com problema, mas eu não ‘tou não. Eu não tenho problema. Não sei, parece que eles pensam que eu... Não sei o que eles pensam, não. Parece que pensam que eu enlouqueci, sei lá, uma coisa assim [...] Mas é só porque eu ando nervosa, às vezes” (Rita, F, 37 anos, casada).

Na maioria dos casos, tem-se a doença, que pode ser explicada por elementos somáticos e manifestada a partir de eventos da vida. Isto remete para a noção de “nervoso”, correspondente a uma representação físico-moral da pessoa (Duarte, 1994). Os entrevistados descrevem as suas experiências sem excluir o dualismo corpo-mente, mas mostrando como uma experiência física pode acarretar reações morais e vice-versa (idem: 85). Assim, distinguem o que é “físico” e o que é “moral” sem colocá-los como polos opostos e inconciliáveis. A doença assume a forma de fenômeno polissêmico pois se refere a categorias diagnósticas psiquiátricas e a aspectos fisiológicos, psicológicos, espirituais, morais. Eis alguns exemplos disso:

“Eu tava doente desse mesmo problema que eu tou agora. É negócio de depressão, nervoso, fraqueza no cérebro, dor de cabeça... Faz muito tempo. Tá com mais de 25 anos [...] Porque a gente passa por muita coisa pesada na vida e acaba ficando assim fraco [...]Eu tava meio desorientado com a vida, com o mundo, as coisas. O cérebro já tava sem limite” (Crispim, M, 55 anos, separado).

“É uma doença. Se fosse uma fase ruim, seria muito bom. Seria um sonho se fosse uma fase ruim, porque a gente sabe, o próprio nome diz, fase passa. É uma doença. Não acredito que passa, pode até melhorar, mas não acredito que acaba. Tudo quando é na mente, é muito pesado, marca muito. Uma doença dessa é marcante, é marcada. Eu acho que... Não quero ser muito pretensiosa em falar, mas eu acho que a pessoa não se livra nunca. Um bipolar sempre será um bipolar. Uma depressão, uma vez tida, você sempre terá uma recaída [...] Na verdade, acontecimentos sempre fazem aflorar. Deve ter tido um acontecimento. Por exemplo, eu sou uma pessoa que me preocupo com as coisas muito rápido, que não é pra me preocupar e eu fico martelando” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

As concepções etiológicas sobre o próprio sofrimento/doença mental elaboradas pelas racionalidades leigas dos homens e mulheres também são variadas. Produzem múltiplos significados. Tal como em Alves (2011) remetem ao mundo natural, ao mundo sobrenatural, ao mundo social⁷³ e, além disso, geralmente surgem associadas entre si. Dificilmente, ao descreverem o sofrimento e/ou a doença, os entrevistados lhe atribuem apenas uma “causa”. Alguns, por exemplo, acreditam que o problema seja de nascença, mas que tenha se manifestado

⁷³ Trataremos dos contextos relacionais relativos ao mundo social de maneira separada, mais à frente, visto que este universo tem relação mais direta com as questões de gênero que objetivamos depreender dos percursos de adoecimento psíquico de homens e mulheres.

tempos depois por conta de uma experiência física ou moral em qualquer etapa da vida. É causado, então, por uma união de fatores.

Quanto ao “mundo natural”, alguns entrevistados enunciam causas orgânicas que englobam situações decorrentes de outras doenças ou de algum trauma físico como pancadas (principalmente na cabeça), afogamento, gravidez da mãe (o que inclui tentativas de aborto) e deficiência alimentar. Todos esses acontecimentos ocorreram ainda na infância. Abaixo alguns exemplos:

“Desde os 9 anos de idade que eu pego pancada, minha cabeça já rachou aqui. Quando eu tava com 10 anos, caiu outra aqui. Tudo perto um do outro. Foi juntando uma coisa com a outra e o doutor até disse um negócio lá em Teresina: ‘eu não sei como o senhor já não ficou foi doido, louco, louco de uma vez, louco pra se morder, rasgar as coisas’” (Crispim, M, 55 anos, separado).

“Porque a minha mãe biológica, os vizinhos me contam, ela tomava muito remédio pra ela não me botar no mundo, pra tirar o neném. Mas não era assim como o médico faz, tipo uma cirurgia. Foi só muito remédio pra ver se eu não nascia. Aí eu acho que foi por causa disso também, sabe? Porque um feto se gerando no ventre da mãe, mãe não pode fumar, beber ou tomar remédio” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Outro tipo de causalidade aponta para fatores hereditários ou congênitos. Aqueles com os quais as pessoas já nascem e, por isso, têm a tendência de permanecer com o problema ao longo da vida:

“Minha mãe diz e minha vó e minhas tias dizem que, quando a minha mãe engravidou da primeira, da minha irmã, quando foi p’ra ela ter de novo filho, ela teve crises. E o médico disse p’ro meu pai p’ra ela não ter mais filhos porque, quando ela tivesse mais filho, era risco de os filhos terem a hereditariedade da doença [...] Mas eu acho que a doença, ela ia aparecer de qualquer modo. Se não fosse nessa época, seria em qualquer outra. Até porque, na minha família, tem raízes. Minha avó tem problema, o irmão e a irmã da minha mãe têm problemas. Minha irmã, pelo menos se ela fosse diagnosticada, por mim, pela experiência que eu tenho, eu diria que ela é uma pessoa que tem necessidade de tratamento. Então, já é a hereditariedade na minha família, que já tem problema mental mesmo” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

“Um fenômeno, né? Eu já nasci assim, com certeza eu já vim p’ro mundo com esse problema.. Quando eu abaixava a cabeça, ela ficava rodando [...] Eu fico maluca, pirada. Eu acho que eu fico pirada. Eu acho que a gente A gente não tem culpa de ter nascido assim. Eu nasci assim, mas não tenho culpa. Eu já nasci com esse defeito” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

O sofrimento psíquico também se relaciona com a religiosidade e isto foi mencionado especialmente pelas mulheres:

“Mulher, porque apareceu um negócio em mim, que eu não sei o que foi. Meu marido disse que chamou o pastor e o pastor disse que eu ‘tava com uma coisa ruim que eu não sei o que era. Eu sei que eu fui p’ra igreja, aí, eu melhorei e passei dois anos. Ajudou. Mulher, meu marido disse que eu mesmo batia no meu rosto e inchava e que eu bebia dois litros d’água e, com pouco, eu já ‘tava querendo de novo. Não lembro. É como se não fosse eu. Falaram que era um espírito ruim, tipo um encosto” (Abigail, F, 53 anos, casada).

“[...] diziam que era macumbaria porque eu ficava muito louca querendo brigar” (Serafina, F, 54 anos, separada).

O entrelaçamento entre sofrimento psíquico e questões espirituais surgiu também no estudo de Garcia (1995). Neste trabalho, as narrativas remetem à influência que religiões de origem africanas, que misturam elementos afro, indígenas e cristãos - como o Candomblé e a Umbanda têm sobre o contexto sociocultural do Brasil e, especialmente, em estados do nordeste. Os discursos místicos ocorreram sobretudo em mulheres, pouco aparecendo nos homens. Geralmente, as entidades alegadamente incorporadas pelas mulheres manifestavam atitudes agressivas. Algo similar foi encontrado no trabalho de Rabelo e Souza (2000) com mulheres “nervosas” de classes populares em uma região da Bahia, que alegavam incorporar entidades típicas do candomblé. Como mostram os relatos acima, no nosso estudo, algumas mulheres também atribuíram o seu problema (externalizado através da “possessão” ou “incorporação”) a fatores espirituais e o contexto onde isto se desenrola sofre a influência dos diversos matizes religiosos do Brasil.

5.2 Como a doença mental se expressa: o gendramento dos sintomas

A doença mental se expressa a partir de uma variedade de sintomas nas experiências dos entrevistados. Não estabelecemos uma diferenciação entre os tipos, se “físicos” ou “mentais”, pois acreditamos que a linha divisória entre eles é muito tênue. Fazê-lo seria restabelecer a dicotomia entre corpo e mente. Assim, o que consideramos enquanto “sintomas” foi tudo aquilo correspondente às queixas por meio das quais os homens e as mulheres entrevistados reconhecem que “algo não vai bem” quanto à própria saúde mental. Como sugere Vasconcelos (2005), tais sensações geram sofrimento e obstáculos profundos para a vida cotidiana e consistem em experiências radicais de visita aos campos do demasiadamente humano.

Entre elas estão dor de cabeça, cabeça girando, dor nas pernas, desmaio, calor, frio, sangue fervendo, sensação de estar com o corpo torto, cérebro cansado, fadiga, cansaço, choro, inapetência, dificuldade para respirar, perda ou aumento de peso – sintomas corporais de origem psicológica. Além dessas sensações mais diretamente associadas com o corpo, mencionam perda de concentração e memória, pouca atenção, mudanças nas emoções e no comportamento tais como agressividade, nervosismo, isolamento, falar sozinho, euforia, rir demais, andar nu. Referem também alterações mentais como delírios e alucinações⁷⁴ auditivas e visuais.

⁷⁴ Conforme a quinta versão do Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais, de 2013, os delírios são crenças fixas, não passíveis de mudança à luz de evidências conflitantes. Os delírios persecutórios – aqueles em que a pessoa acha que será prejudicada ou assediada por outra pessoa, grupo ou organização - são os mais comuns. Por sua vez, as alucinações são as experiências semelhantes à percepção que ocorrem sem um estímulo externo, soam vívidas

Os sintomas são subjetivos, isto é, interpretados pela própria pessoa que os sente. Por sua vez, esta identificação dos sintomas depende da linguagem e da cultura na qual a pessoa se insere. Os sintomas transmitem as experiências de mundo dos sujeitos. De acordo com González Rey (2011), os sintomas não se separam da trama de vida pessoal, que agrega os contextos atuais e as histórias das pessoas. De forma similar, conforme Zanello (2014a), é preciso qualificar a fala do paciente não apenas quanto aos aspectos objetivos, mas como expressão simbólica que reflete aspectos sociais e históricos específicos dos sujeitos confluentes na manifestação do sofrimento psíquico. Os sintomas percebidos pelas próprias pessoas dependem de uma semiótica própria na qual as relações de gênero têm peso fundamental (Zanello, 2014b). Neste sentido, são mais que somente estados psicológicos que conduzem a diagnósticos. Há regularidades sociais em torno das sua expressão.

Segundo Zanello (2014a), é comum que sejam considerados sintomas – por parte dos próprios sujeitos em sofrimento e até pelos próprios médicos – em geral, aspectos que entram em conflito com parâmetros sociais/ideais baseados nos valores de gênero pelos quais o sujeito se constitui. Entram em conflito no sentido de exacerbar certos valores ou desviar deles. Sobre isto, recorreremos à definição de Leff e Warner (2006: 36) sobre sintomas positivos ou negativos. Os positivos são aqueles marcados pela presença de comportamentos e experiências anormais enquanto os negativos pela ausência de comportamento normal. A partir destas definições, os discursos dos entrevistados acerca dos próprios sintomas foram lidos sob uma perspectiva de gênero. Homens e mulheres enunciaram sintomas em comum. Mas a manifestação deles em suas vidas cotidianas varia em função do gênero. Destacamos aqueles que apareceram de maneira mais marcante. O choro é um exemplo. Ocorre com mais frequência e intensidade para as mulheres do que para os homens.

“Mermã, começou de muito tempo, eu só vivia chorando. Nem eu sei te dizer porque, mas eu só vivia chorando. Um vizinho meu não podia olhar p’ra mim que eu ‘tava chorando. Eu trabalhava num colégio e a zeladora de lá ela dava merenda p’r’os vigias e tratava as outras zeladoras bem e eu não. Eu ia lá p’r’atrás do colégio chorar. Era desse jeito. Eu acho que essa depressão minha não era só de agora, era de muito tempo. Eu acordava p’ra chorar. De primeiro eu só vivia chorando. Eu não sabia porquê. Quer dizer, até hoje eu ainda choro e muito” (Abigail, F, 53 anos, casada).

O choro é tido como uma expressão emocional tipicamente feminina. Mas a tolerância face ao ato de chorar, para as mulheres, concentra-se “no meio” de uma escala que engloba as extremidades entre o “não chorar” e o “chorar demais”. Se a construção da imagem feminina

e claras e não estão sob controle voluntário. As mais comuns são as auditivas (por exemplo, vozes percebidas como diferentes dos próprios pensamentos do indivíduo) (APA, 2015).

gira em torno de atributos como a fragilidade, o ato de não chorar pode ser visto como insensibilidade, isto é, algo antinatural. Por outro lado, se o choro é tão intenso (sintoma positivo) a ponto de ocorrer “sem motivo” pode ser considerado anormal/patológico. Zanello (2014b), em uma pesquisa realizada em hospitais psiquiátricos de Brasília levantou estatisticamente a incidência de sintomas e diagnósticos em prontuários femininos e masculinos e, no caso das mulheres, houve o aparecimento significativo do sintoma choro “imotivado”. Mas, como questiona a autora (idem: 109), “o que é um choro imotivado?”. Quem define isto? Será que as mulheres estão recebendo uma escuta suficientemente apta a detectar a motivação de seu choro? Perguntamo-nos: será que existe mesmo o choro imotivado? A entrevistada Abigail, embora refira não saber o porquê de chorar tanto, deixa-nos saber que a sua história é marcada por vivências de violência física, sexual, moral, psicológica... Na falta de poder verbalizar, expressar-se de outras maneiras, provavelmente o que “restou” foi chorar – o que casa perfeitamente com o diagnóstico da depressão e com a característica do silenciamento por parte das mulheres ao longo de nossa história e cultura (Garcia, 1995; Zanello, 2014b).

O choro também apareceu como sintoma nas experiências masculinas. Mas, diferente do que ocorre com as mulheres, na “escala do choro”, para os homens, a normalidade está em uma das extremidades, ou seja, no “não chorar”: *“Falam que homem não chora, não faz isso, não faz aquilo...E eu chorava tanto! Chorava demais” (Miguel, M, 32 anos, separado)*. Isto porque a ausência de choro é uma das marcas distintivas da masculinidade (Bento, 2015). Surgiu assim enquanto um sintoma “positivo”, ou seja, “anormal”, nas experiências masculinas. O próprio discurso do entrevistado reflete o estranhamento em torno do choro masculino. Ao contrário do choro “imotivado” feminino, o ato de chorar nos homens é visto como indício de sintoma mental justo porque provavelmente foi motivado por uma situação limite. Isto tem relação com o dilema das emoções no masculino. O que predomina é a concepção de que homens, por norma, dificilmente choram. Chorar pode ser visto como sinônimo de fragilidade, falta de racionalidade e falta de controle. Então, se um homem chega a chorar, isto é, se chega a expressar um ato “feminino” ou “efeminado” como este, é porque está a vivenciar uma situação de fato grave que requer ajuda.

O choro enquanto expressão menos comum para homens e mais para mulheres revela os estereótipos de gênero que estão na base da expressão das emoções e dos sentimentos. Sendo assim, convém atentar para a fala dos sujeitos para além da expressão (ou não) de determinados sintomas. Como explica Zanello (2014a), no caso das mulheres, ultrapassar a noção de “choro imotivado” pois, frequentemente, ela ofusca condições existenciais potencialmente

enfermizantes. No caso dos homens, desconfiar não apenas do choro “motivado”, mas também da falta dele, visto que, devido à construção das emoções em torno do gênero, o sofrimento psíquico nem sempre se manifesta na forma de tristeza (ou do choro) para eles.

O riso também é visualizado em termos de sintoma. Uma das entrevistadas relata: *“Meu marido diz que eu fico achando graça. Eu não lembro toda vez, depois eles que me contam. Na hora, eu não me lembro. Eu fico de olho aberto, falando muito, achando graça. Eles veem eu conversando demais e eu andando, gritando, achando graça”* (Deolinda, F, 52 anos, união estável). Conforme Goldenberg (2013), o riso contido serve para construir a própria imagem para as mulheres. Rir demasiadamente pode passar a impressão de que se é bobo, vulgar, superficial. Rir menos passa mais credibilidade e respeito. Rir demais, no caso de Deolinda, expressa que algo está “anormal”, fora de controle.

Outro sintoma apontado é a agressividade. Homens e mulheres reconheceram que seu estado de saúde mental estava “alterado” quando foram identificados por si próprios ou por outros (cônjuges, filhos, outros familiares, vizinhos, colegas de trabalho) que estavam apresentando atitudes agressivas. Entretanto, tal como o choro, o “sintoma” agressividade é avaliado de forma distinta quando parte de homens ou mulheres. Sabe-se que a agressividade, expressada pela raiva e pensamentos/atitudes violentos, é vista socialmente como parte do ser homem em resposta a certas situações. Mas, conforme Busfield (1996), ser irrazoavelmente agressivo ou violento demais também pode significar um sintoma mental no caso dos homens.

Assim, para eles, não apenas os comportamentos associados ao “feminino” (como o choro) se convertem em sintomas, mas também os que ultrapassam a marca do que é considerado comum ao masculino. Comportamentos agressivos como ser nervoso demais a ponto de se tremer, quebrar as coisas, matar um animal sem “justificação”, são tidos como sintomas de problemas mentais⁷⁵:

“Eu ficava muito agitado, ficava nervoso, não era do jeito que eu era, quebrava as coisas com raiva” (Miguel, M, 32 anos, separado).

“Eu também sou muito rude, agressivo. É assim, eu já tive uns pensamentos muito demoníacos, eu não sei se é por causa das bandas de rock que eu gosto. Slayer. Já ouviu Slayer? Eles são satanistas, né? Eu fico nessa mistura... Como se diz? Eu fico impressionado com as letras, entende? Ao mesmo tempo eu quero ficar bem. Eu entendo, eu sei falar inglês. Eu tenho uns pensamentos assim de fazer... De tomar sangue de boi, de cabra, de bode. Uns pensamentos assim. Diz que você faz um pacto tomando uma semana sangue de bode [...] Eu já matei um gatinho. Ah, cara, eu fiquei perturbado da cabeça, eu comecei a bater nele até matar ele. Não sei, é como eu te falei... Tem hora que eu tou com raiva... É o meu transtorno” (Ciro, M, 43 anos, separado) .

⁷⁵ Mesmo que as pessoas que sofrem com doenças mentais não sejam necessariamente mais agressivas que a população em geral (Vasconcelos, 2005).

As mulheres também elencam a agressividade enquanto queixa. Mas, em vez de ultrapassarem a marca de um atributo situado quanto ao seu gênero (como com os homens), rompem completamente com a ordem “natural” das coisas. Desde esta ordem, estão muito mais associadas com a doçura, a candura, a resignação. Quando vivenciam estados opostos, podem ser vistas ou enxergar a si mesmas como perturbadas mentalmente, ainda mais sem haver “justificação” para tal (no caso de uma mãe que violenta o filho, por exemplo).

“Ela (filha) abriu uma coisa ruim em mim que foi a violência. Eu comecei a violentar ela batendo. Batia, mordida, mas não é porque eu queria” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Olha, a minha cabeça fica tonta e eu fico nervosa dentro de casa. Você acredita? Não é porque eu queira não, mas eu fico agressiva dentro de casa. Quando eu fico agressiva, eu chamo nome feio, esculhambo, parto p’r’a agressão com a pessoa [...] Eles me internaram uma vez depois que eu soquei a mão na vizinha” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

“Desse problema de eu ser... quer dizer, eu ainda sou agressiva... se a pessoa me fizer raiva eu vou p’ra cima mesmo [...] ‘Se tu quiser, tu morre, histérica’. Só me chamava de histérica (a irmã) [...] Porque toda a vida eu fui mesmo mal criada, desaforada, não vou mentir” (Abigail, F, 53 anos, casada).

A ira feminina é desqualificada socialmente. Conforme Garcia (1995: 129), a “agressividade no homem é prescrita e faz parte de suas atribuições, enquanto na mulher pode ser vista como perigosa, inadequada e suspeita, por ser a natureza feminina definida como doce, resignada e passiva”. O peso da agressividade enquanto sintoma mental é mais evidente quando é dirigida menos para si mesma e mais para os outros, especialmente quando estes são os seus filhos ou a mãe. Um peso maior ainda existe quando a agressividade é manifestada de forma física: “*Eu quis levantar a mão pra minha mãe [...] eu vi que eu não tava bem quando eu bati demais nos meus filhos*” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Junto à agressividade predomina ainda o estereótipo da mulher que é histérica, rebelde, ativa, desejante e que destoa da mulher contida, calma. Contrasta com a suposta natureza que define as mulheres como doces, submissas, passivas e receptivas e quem transgredir tal imagem está fora do normal (Mizrahi, 1990). Mas será que estes atos “históricos” não estariam mesmo na base de uma resistência às condições de vida que levam estas mulheres? Há autores que chegam a dizer que no contexto de surgimento da histeria, entre os séculos XVIII e XIX, quando as mulheres foram confinadas no espaço doméstico por conta do ideal de família nuclear da burguesia, muitas viram nos sintomas histéricos uma válvula de escape face à sua situação. Embora estas mulheres não estivessem agindo politicamente, pelo menos em termos discursivos, os sintomas manifestavam as suas insatisfações perante vários aspectos de suas vidas (Rocha-Coutinho, 2009; Bordo, 1997). Hoje em dia, apesar de assumirem outros

contornos, as dificuldades postas às mulheres permanecem e com elas as resistências que podem vir sob uma forma atualizada de histeria.

Ainda para as mulheres, outro sintoma recorrente é a falta de disposição para realizar atividades no espaço doméstico. Tarefas como a limpeza da casa, cozinhar, cuidar dos filhos, quando comprometidas negativamente, são vistas como indício de mal estar como também foi achado por Argenta (2010) e Zanello (2014a). A indisposição, a “preguiça”, o não zelo pela casa ou pelo cuidado com os filhos passam a fazer parte das vidas cotidianas dessas mulheres e vistos por elas próprias como um sintoma psiquiátrico ou um sintoma “negativo”, pois expressa a ausência de um comportamento “normal” (o comprometimento na esfera privada):

“Eu não tenho paciência p’ra lavar um banheiro, eu não tenho paciência p’ra varrer uma casa, fazer uma comida [...] Não fazia almoço, comprava espetinho...Fico com vontade de dormir, não tenho paciência p’ra cuidar do meu filhinho [...] E também porque eu bagunço tudo, eu jogo tudo p’ra cima quando eu ‘tou nervosa. Eu escolhambo tudo, desarrumo tudo, tiro tudo do lugar” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Quando eu ‘tou em crise, eu não consigo fazer as coisas. Às vezes, ataca e eu ‘tou fazendo o almoço. Às vezes, ‘tou com o feijão cozinhado, mas a galinha não tá no ponto ainda e eu começo a me tremer todinha, aquela coisa ruim, aquele aborrecimento na minha cabeça, aquela vontade de eu ganhar a rua, aquela vontade de eu ganhar o mato p’ra não ouvir barulho, aquela coisa ruim” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

O ciúme exagerado e a adoção de posturas desviantes, como “andar nua”, também surgiram enquanto sintomas para as mulheres:

“Eu já mandei muito ela (a mãe) ir embora porque eu fiquei enciumada porque ela já ajudou outras crianças [...] Até porque eu tenho esse negócio de ciúmes. Se eu for muito sua amiga, eu não quero que ninguém se aproxime de você [...] Eu também tenho ciúme da profissional do CAPS)” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

“[...] eu ganhava a rua. Eu passava de 4, 5 dias na rua, me sentia bem na rua. Eu ficava andando de rua em rua. Eu não sentia fome, não sentia sede. Eu andava do jeito que eu vim ao mundo. Parece que eu ‘tava era assim sem noção” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

O primeiro excerto refere uma exacerbação de uma emoção comumente atribuída às mulheres – a ideia de que elas são mais ciumentas e, conseqüentemente, mais inseguras/emocionalmente instáveis “por natureza” – e possui como alvo não apenas as relações afetivo-sexuais (ou seja, o ciúme romântico), mas os amigos, a mãe e até profissionais do CAPS. O segundo tem a ver com o rompimento de comportamentos femininos esperados socialmente, como o do pudor (por andar nua) e o da domesticidade (por andar na rua) além de que, na ocasião, a entrevistada não agisse voluntariamente, fosse por excentricidade, protesto ou qualquer outra motivação. O desvio das normas de feminilidade para “mais” (intensificação de traços estereotipados femininos) ou para menos (não se comportar de forma alguma como o esperado socialmente) é lido como parte da sintomatologia feminina.

Também verificamos sintomas “masculinos”. A vontade de ficar só e o isolamento social surgiram para homens. Isto pode ser visto como sintoma de falta de sociabilidade, solidão e domesticidade, características desvalorizadas quando se trata dos homens: “*Eles disseram que eu sou um louco, que eu sou besta, sou um abestado porque eu só vivo entocado dentro de casa, que não saio com amigo*” (Beto, M, 30 anos, solteiro). A sociabilidade masculina aponta para o convívio fora da domesticidade, especialmente com outros homens. Abrange a “camaradagem” (Falconnet e Lefaucheur, 1977), que, por sua vez, serve para assegurar a identidade masculina. Como argumentam os autores, o camarada, ou seja, outro homem, é a testemunha e o que salvaguarda a masculinidade, a ordem viril.

Vale ressaltar, ainda, a ocorrência de episódios de autolesão percebidos enquanto sintoma. Tal conduta pode ser praticada por pessoas que tenham ideações suicidas ou que já tenham tentado o suicídio, mas não indica, necessariamente, a vontade de morrer (Allen citado por Arcoverde, 2013). E, ao contrário do que se verifica mais comumente – como sendo um comportamento mais praticado por mulheres (Arcoverde, 2013; Richartz, 2013) –, surgiu na nossa pesquisa realizada por um homem como “saída paradoxal que encontrou para o sofrimento psíquico e preservação da vida” (Arcoverde, 2013: 51). Eis o relato de Miguel: “*Outras vezes eu já cortei meus braços... Mas nem foi de tentativa (de suicídio) não. Era a tristeza, a frustração que eu sentia [...] Eu comecei a sentir uma coisa ruim, um sentimento de que eu não servia mais p’ra nada, eu pegava a faca e me cortava todo*” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Embora as marcas de gênero sejam mais manifestas a partir dos sintomas que podem ser percebidos pelos outros de forma direta (o choro, o riso, a agressividade, o ciúme, andar nu, o isolamento social, a autolesão), elas também estão presentes naqueles que são acessados diretamente apenas por quem os vivencia. Aqui se enquadram os delírios e alucinações. Segundo Garcia (1995: 114), a loucura não é radicalmente incoerente, mas tem sua memória e seu tempo tanto quanto a razão. Concordamos com a autora quando afirma, com base em Nise da Silveira, que estes estados mentais não são ociosos, mas guardam uma série de conteúdos reflexivos. Apesar de não utilizarem o mesmo léxico, revelam muitos significados a respeito do que se passa na nossa sociedade. Revelam imagens das vivências pelas quais passam e cujas quais a psiquiatria tradicional não costuma considerar mais que fantasias inconsistentes. Vale a pena entrar nessas “imagens do inconsciente”. Vejamos algumas falas.

Flora, que relatou ter sido violentada continuamente durante a infância e a adolescência por parentes próximos, e Serafina, que relatou ser sido violentada das mais variadas formas pelo próprio ex-marido, revelam o conteúdo de seus pensamentos:

“Todas as crises foram ruins, mas essa segunda aí eu previ o que ia acontecer comigo. Eu previ que eu estava numa casa e todo mundo... Eu ‘tava no meu apartamento com a minha filha e eu sabia que lá só tinha pessoas, mulheres da vida. Aí, na minha cabeça, tinha uma chefe, que era a vó da minha filha, a babá da minha filha. Levavam pessoas p’ra se prostituir na casa delas e a minha filha era só mais um objeto que eles estavam querendo p’ra poder transformar ela em mulher da vida. E eu já ‘tava perdida. Eu vi isso acontecer na minha cabeça ... Eu achava realmente que ‘tava acontecendo. Naquela situação, eu vendo tudo o que eu tinha passado e aquilo tudo que ‘tava acontecendo, p’ra mim, era tão verdadeiro que eu peguei minha filha, coloquei ela nos braços, joguei todos os documentos fora acreditando que ‘tava acontecendo aquilo” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Eu via a pessoa assim passando perto de mim, puxando umas correntezonas bem pesadonas, os ‘pezão dele bem assim, pesadão, abertão. Eu via, mas não sei quem é. Uma argolazona bem grandona no nariz dele, com um calção diferente, que não era como esses ‘calção que a gente vê o povo vestido agora. Era uma roupa diferente e puxando as correntes nas pernas e me chamava p’ra eu caminhar e eu corria atrás dele. Ele falava que ia me matar, ia me matar com força. Eu tenho medo de ele me machucar. Eu via, era um bicho feio tipo um homem. Eu via muito. Conteí p’r’o médico e ele disse que era problema de insônia porque eu tava dormindo pouco” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Também conhecemos o conteúdo da alucinação de um homem que relatou ter sido traído pela esposa e perdeu o trabalho:

“E tinha alguém falando p’ra mim: ‘faz isso porque tu não serve p’ra nada’. Não sei quem é. Um pensamento forte, mas sempre tem uma mulher querendo, mandando eu fazer as coisas, me matar. Até aqui já aconteceu, eu fico meio assim. Não sei quem é. Só ela que fala comigo. Eu não falo com ela não. Eu faço é ‘ver ela’. Eu até quero falar isso pro médico porque acontecia em (cidade) e aqui ela me acompanha do mesmo jeito. Eu me mudei e ela veio junto. Não sei quem é, nunca vi o rosto dela. Eu vejo ela, mas ela sempre ‘tá com os cabelos na frente, de branco. Tenho medo dela. Ela quer que eu morra mesmo. Não sei porque. Em sonho, na realidade, sempre ela me persegue. Em sonho, acordado, ela fica falando que é p’ra eu me matar. Nunca vi. Não sei. Ela parece ser um demônio, mas eu acho que ela deve ser bonita, ‘tá sempre de branco. Ela fala que eu não sirvo p’ra nada” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Mais que simplesmente alucinações, delírios ou “problemas de insônia”, o conteúdo destas falas transmite mensagens culturais. Os relatos de Flora e Serafina, com relatos sobre terem sofrido violência ao longo da vida, podem simbolizar o sofrimento com o fato de a mulher ser vista culturalmente, em muitas ocasiões, apenas enquanto objeto sexual e ser punida por sê-lo (Garcia, 1995). O relato de Miguel, no qual há destaque para o fato de ele “não servir para nada”, transmite o valor social que possui um homem traído e sem trabalho: “nenhum”.

Dois entrevistados, um homem e uma mulher, afirmam que são vigiados e perseguidos por um “satélite”. Beto relata que o satélite é comandado por vizinhos que o difamam maliciosamente. Segundo Beto, ele é alvo de inveja por parte deles porque não trabalha. Diz ser xingado de homossexual. Afirma, ainda, que os responsáveis pelo controle do satélite querem que ele se torne um homossexual e uma mulher.

“[...] só que chegou um tempo que veio morar um pessoal do meu lado, uma família que eles tinham relações com pessoas que gostavam de ver o particular, de invadir a tua casa, querer ver você no banheiro... Como vai dormir... usavam um satélite que eu acredito que tem o poder de entrar só numa casa, usando um computador... Então eu via essas coisas. Era uma mulher que tinha um marido... E eles tinham relações com o satélite. Na minha casa não tem câmera... nem aqui. Eles espionavam com o satélite. Você conhece o que é um satélite, né? Aqueles que são lançados com foguetes p’ra ir p’r’o espaço... Aqueles que à noite às vezes a gente vê caminhando. À noite, quando

dá umas 18h, e o céu fica estrelado, a gente pode ver eles surgindo no espaço... Eu fico me perguntando: por quê que eles fizeram isso comigo? Ainda continuam me espionando. [...] Esse satélite é o grande problema porque eu ‘tou na minha casa e eles vêm me espionar. Eles me provocam também. A provocação era que ... Essa mulher, ela me dizia coisas, palavras, que eu fui observando que ela dizia... Ela dizia piadas referentes a um homossexual. A um homossexual. Ela fazia piada. Ela dizia que eu era homossexual. Ela dizia que eu não saía de casa, que eu não tinha ninguém [...] Eles também têm inveja de mim porque eu não trabalho e passo o dia em casa” (Beto, F, 30 anos, solteiro).

No caso de Beto, o satélite pode simbolizar a sociedade a partir de alguns aspectos. Um deles é o do labor. Tomamos a definição de Han (2014: 20): atualmente, somos parte de uma sociedade da produção marcada pelo verbo positivo “poder⁷⁶”. Isto significa que os sujeitos não devem ser apenas obedientes/disciplinados. Devem ser sujeitos produtivos, munidos de projetos, iniciativas e motivações. No quadro do capitalismo, espera-se deles que tenham a vontade de maximizar a produção. Esta sociedade se caracteriza pelo rompimento com “o tédio profundo⁷⁷”. Os sujeitos trabalham mais e devem se dedicar ao máximo de funções possíveis. A sociedade tardomoderna é, desta forma, superprodutiva: é a sociedade do labor contra o tédio. É uma sociedade do cansaço (idem). Mas Beto acaba não se enquadrando neste modelo de sociedade. Ele não trabalha e, por isso, acredita ser alvo de inveja por parte dos vizinhos (aqueles que controlam o satélite). Quase não sai de casa - o confinamento corresponde à situação de ociosidade, de tédio. O fato de não trabalhar e a ociosidade (que, além de tédio, implica solidão) não são características que coadunam com o perfil do “homem modelo”.

Outra queixa referida por Beto é a de que o satélite planeja que ele se torne um homossexual e uma mulher. Neste caso, pode estar representando uma heteronormatividade que fiscaliza cada atitude, cada gesto dos homens a respeito do que ele possa vir a se tornar. A vizinhança, muito mencionada na fala de Beto, funciona, conforme Alves (2002), como foco de sociabilidade e fofoca e é o âmbito no qual os dramas privados se tornam públicos – o não

⁷⁶ Entretanto, o “poder” (verbo) típico destes sujeitos não implica uma ruptura com a disciplina (o “dever”, em sentido foucaultiano) de outrora. Pelo contrário, a técnica disciplinar é capaz de gerar a produtividade, que, por sua vez, é potencializada pelo “poder”. Disciplina e “o ato de poder” andam juntos. À primeira vista, isto parece ser algo auspicioso, parece destacar o triunfo da autonomia e da criatividade, mas o que Han (2014: 20) considera é que a violência sistêmica típica desta sociedade da produção produz seres fracos e deprimidos. O risco que os indivíduos correm de sofrer enfartes psíquicos fulminantes vem não do fato de eles estarem entregues a si mesmos, mas da pressão por maiores rendimentos.

⁷⁷ O que poderia ser entendido como uma “evolução”, ou seja, a capacidade de visualizar coisas e executar múltiplas tarefas simultaneamente, é tido como uma regressão. Isto porque, à maneira dos animais selvagens, o ser humano da sociedade tardomoderna vive sempre em estado de alerta repartindo a sua atenção em diferentes tarefas de maneira a garantir a sua sobrevivência. E se ele se fixa em tudo ao seu redor, não tem tempo para entregar-se à capacidade contemplativa mais profunda de focar em algo específico ou no outro. A atenção profunda de outrora acaba por ser substituída por uma hiperatenção, dispersa, fragmentada, de muita quantidade e pouca qualidade (Han, 2014).

trabalhar, o viver em casa, o não ter uma namorada para se provar homem e heterossexual. Pode ser que o satélite signifique a vigilância exercida por um “outro”.

Rita, por sua vez, afirma que a chegada do satélite mudou a sua vida. Acredita que ele tem o poder de estabelecer conexões amorosas entre outros homens e ela. Através da comunicação “via satélite” tem contato com outras pessoas. Embora não estando no mesmo ambiente que elas, pode ouvi-las.

“Eu vejo que eles fazem uma sedução via satélite [...] depois fez uma sedução no meu corpo com outros homens. Esses homens tudo nesse satélite ficam fazendo essa sedução. Porque tem gente que tem web cam. Não tem aquele bichinho que a gente bota no computador? Que a gente vê a pessoa e escuta a pessoa estando do outro lado, não tem? Só que no meu caso é diferente. Eu tenho essa comunicação, mas não precisa de câmera. Ninguém acredita que eu tenho essa comunicação. Botaram uma sedução com outro homem e eu tenho comunicação com ele de noite. O (marido) nem sabe disso. O (marido) não acredita. Se eu for falar, ele não acredita [...] Eles ficam o tempo todo tentando me seduzir nesse site dele. Eu não uso computador. Tudo que eu falo, escutam. O que eu ‘tou falando aqui, agora, eles estão escutando. P’ra onde eu vou, sabem. Tudo que eu falo, escutam. Agora, em 2012, aconteceu uma coisa na minha vida... É porque, se eu for contar a minha história... Ninguém acredita [...] Pega o site de alguém, pega o site de outra pessoa e faz uma ligação. Aí a pessoa se apaixona pela outra. Acho que aqui em Parnaíba tem alguma coisa assim que acontece. Tem alguém que sabe desse negócio aí que acontece” (Rita, F, 37 anos, casada).

A entrevistada revela ter se apaixonado por alguns homens através da conexão “via satélite”. Pelo seu relato, fica a possibilidade de que ela sinta atração afetivo-sexual por eles. Ao mesmo tempo, deixa claro ser mulher de casamento para a vida toda. Segundo as prescrições tradicionais de gênero, a infidelidade feminina é considerada um comportamento atípico, podendo ser visto como uma manifestação de sintoma pela próprias mulheres (Garcia, 1995). Como visto na seção anterior, Rita não acredita que tem qualquer problema. Assim, o satélite pode ter sido a “saída” que ela encontrou para realizar, sem a culpa por transgredir as restrições sociais, o desejo de se envolver com outras pessoas estando em um casamento.

Diante do exposto acima, torna-se possível afirmar que a sintomatologia da doença mental, mais que simplesmente sintomas, revela significados. Ou, como afirma Bordo⁷⁸ (1997), revela-se como textualidade, pois tem significado simbólico e político face às normas variáveis que governam a construção histórica do gênero. Sintomas (incluindo os delírios e alucinações) estão intimamente relacionados à matriz das relações de poder. Portanto, estados “insanos” (sintomas) não devem ser reduzidos a uma expressão individual de uma certa patologia, isto é, não devem ser simplesmente “psiquiatrizados”, pois expressam variadas determinações históricas e sociais. Mais uma vez, é possível perceber a multidimensionalidade do fenômeno

⁷⁸ A autora fala especificamente da histeria, da agorafobia e da anorexia nervosa/bulimia, mas é possível transpor o raciocínio para outros diagnósticos/sintomas.

doença mental: os sintomas mostram que não há oposição entre os componentes individual, coletivo e cultural, mas todos estão associados.

5.2.1 Ideações e/ou tentativas de suicídio

O suicídio, conforme Durkheim (2000 [1897]), diz respeito aos casos de morte que acontecem direta ou indiretamente, a partir de atos positivos ou negativos, realizados pela própria vítima, a qual sabia que produziria este resultado. As ideações e tentativas de suicídio são atos também determinados socialmente, tal como sugere a sociologia clássica durkheimiana, em vez de atos puramente individuais. Mesmo quando a pessoa decide encerrar a própria vida – ora considerado um ato de covardia, ora um ato de coragem – apenas aparentemente isto é realizado “individualmente”.

Por ora não discorreremos sobre as experiências e vivências que podem ter favorecido as ideações e/ou tentativas de suicídio dos entrevistados porque, como pudemos apreender de seus relatos, elas também estiveram associadas com os seus estados mentais e serão identificadas no tópico a seguir. Assim, neste tópico, tratamos estas ideações e tentativas como mais um dos “sintomas” referidos pela grande parte dos entrevistados. O comportamento suicida sinaliza que a pessoa não está bem. Focamos nos modos “masculinos” e “femininos” de pensar/arquitetar/tentar o suicídio, na questão do suicídio como um tabu e no estigma social do suicídio.

Na literatura, está assinalado que as desigualdades de gênero têm peso no suicídio. No caso das mulheres, constituem fatores de risco para a autoagressão: o casamento precoce mais a falta de autonomia na escolha do marido e nas decisões sobre a vida sexual e reprodutiva; o início precoce da vida sexual em comunidades conservadoras; abortos ou gravidez indesejada; problemas com a imagem corporal; violência doméstica e abuso sexual; existência de padrões conservadores de gênero; sofrimento mental; atividades de risco para a violência, como a prostituição; sobrecarga face ao trabalho fora e no âmbito doméstico; doenças físicas na infância e na velhice; morte dos pais na infância; dificuldades financeiras; transtornos alimentares, depressão ao longo da vida; morte do cônjuge e dos filhos; conflitos familiares (Meneghel, Moura, Hesler, Gutierrez, 2015; Silva, Sousa, Vieira, Caldas e Minayo, 2018).

Em seu estudo, Meneghel, Hesler, Ceccon, Trindade e Pereira (2013) refletiram sobre as fragilidades de gênero presentes nas histórias de vida de 7 mulheres que consumaram o suicídio em municípios da região Sul do Brasil. Os autores recorreram à técnica da autópsia psicossocial com informantes-chaves, geralmente familiares dessas mulheres. Realizadas as

abordagens retrospectivas dos casos de suicídio, identificaram sobrecargas no desempenho do papel de cuidadora da família, a viuvez, a situação econômica precária, condições precárias de trabalho, conflitos amorosos/familiares que englobaram a possibilidade de perda da guarda dos filhos e a experiência com doenças que ocasionaram limitações físicas. Algo semelhante foi verificado por Silva, Sousa, Vieira, Caldas e Minayo (2018) com mulheres idosas do nordeste brasileiro com ideação ou tentativa de suicídio. A análise das entrevistadas com 14 mulheres de Piri-piri (Piauí), Teresina (Piauí), Fortaleza (Ceará) e Recife (Pernambuco) revelou que a maioria delas passou boa parte da vida na zona rural, na pobreza e na exclusão social. Suas histórias remeteram para maus tratos ao longo da vida, fratura conjugal, violência física e sexual causada por parceiro íntimo e/ou familiares, isolamento social e maternidade fragilizada. No caso dos homens, alguns estudos identificaram: a dificuldade para realizar o papel normativo ligado ao trabalho no âmbito da família; estresse econômico; desemprego; perda do trabalho; empobrecimento; dificuldade de demonstrar emoções; consumo de drogas; sofrimento mental (Meneghel, Gutierrez, Silva, Grubits, Hesler, Ceccon, 2012; Hesler, 2013).

No nosso estudo, alguns entrevistados referem ter tido ideações suicidas: *“Pensei em suicídio. Achei que ‘tava muito forte a pressão, ainda botei o cano da espingarda aqui, pensei, mas deixei de canto”* (Nuno, M, 29 anos, união estável); *“Já quis me matar. Vontade de fazer tudo... De estragar a minha vida, me jogar na frente de um carro, tomar remédio até apagar...”* (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Alguns chegaram a tentar o suicídio mais de uma vez:

“Quando eu tinha dezesseis anos, eu fiquei internada numa clínica e eu era sujeita a fazer loucuras de adolescente, de querer se matar, essas coisas, de não falar nada com ninguém, não se abrir [...] Eu dei uma crise bem violenta mesmo de, assim, que eu nem lembro como que foi. Aí, eu só lembro porque minha irmã me falou que eu me debatia. Mas essa crise foi provocada porque eu tomei remédio... Da minha tia. Essa minha tia tinha problema de cabeça e tomava altos remédios e quem buscava era meu cunhado. Meu cunhado deixou no armário, eu peguei e tomei tudo. Eu tava cansada, eu queria morrer, sentia vontade” (Flora, F, 28 anos, separada).

“[...] da primeira vez que eu tentei o suicídio. O bombeiro me encontrou com 5 facas na cama. Eles que entraram lá e me pegaram. Acho que foi ela (ex esposa) que ligou. Cortei meus braços, meus pulsos, meus peitos, meu pescoço, cortei tudo. Fui internado. Foi desde esse fato que eu comecei a frequentar o CAPS [...] Eu comecei a sentir uma coisa ruim, um sentimento de que eu não servia mais p’ra nada, eu pegava a faca e me cortava todo, tentava suicídio, me enforcar, essas coisas assim. Eu sentia tristeza, decepção mesmo, ficava naquela tristeza, ansiedade de não querer viver mesmo, entendeu? Eu não tinha vontade. Eu nem me lembrava de nada, não pensava em nada de filho, de mãe, nada, nada, nada [...] Eu já tentei o suicídio cinco vezes. Me machuquei muito. Fui internado. Cheguei a ser desenganado já. Foi na última vez das cinco, que eu fui desenganado [...] Foi em (cidade). Eu botei a corda e fiquei 40 minutos pendurado. Não sei como não morri. 40 minutos. Aí me encontraram, eu só acordei quando o bombeiro tava lá, tinha um amigo meu lá chorando, minha mãe. Tinha o bombeiro lá me reanimando. Eu abri só o olho, mas eu não mexia nada” (Miguel, M, 32 anos, separado).

“Foi um bocado de suicídio que eu tentei fazer. Não sei se é porque eu fiz uma coisa que... Uma tragédia, minha ‘guela’ (garganta) aqui, enfiei uma faca com as duas mãos...[...] Meus meninos vieram, me agarraram, meu menino com 13 anos e minha menina com 14. Vieram, me agarraram, eu todo sujo de sangue, metendo as mãos dentro do buraco, puxando p’ra arregaçar e eles gritando ‘Papai, não faça isso, o senhor vai morrer’. Eles chorando e aquele

trambolho, os vizinhos chegaram, me agarraram, seguraram minhas mãos, não deixaram eu meter mais as mãos. Eu queria meter com os dedos dos pés, eles seguraram meus pés. Até que me trouxeram pro (hospital), costuraram, fizeram curativo, me levaram p'ra casa, depois eu fui p'ra (hospital com ala psiquiátrica), passei oito dias lá [...] Eu já quis fazer suicídio em punho de rede, enforcado com corda, caindo dentro de poço, fugindo p'r'os matos, subindo por cima dos pés de pau, queria pular de cima dos pés de pau [...] Teve outra que eu peguei um machado na casa da minha cunhada que eu já tinha me separado. Peguei o machado, 'tava deslizando aqui, ainda tirou um couro aqui quando minha cunhada, ela chegou e tomou o machado [...] Outra vez, a minha mulher me achou dependurado no punho de uma rede. Eu já 'tava com isso aqui encostado e a língua do lado de fora. Ela cortou os punhos da rede, eu caí no chão, aí ela chamou a doutora, viu a arrumação e me mandou p'ra Teresina” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Um dado preocupante é que, de uma maneira geral, em variados lugares, as taxas de suicídio provavelmente são subestimadas seja porque não há uma uniformidade nos procedimentos de notificação, porque são notificadas como causa externa do tipo ignorado ou, ainda, por causa do tabu que ronda estas condutas em tantas sociedades (Hesler, 2013). Assim, o número deve ser ainda maior.

Quanto ao sexo, dados epidemiológicos mostram que as taxas de óbito por suicídio em vários países (com exceção da China) são maiores entre homens mesmo que as ideações e tentativas sejam mais praticadas pelas mulheres (Hadlaczky e Wasserman, 2009; Lovisi, Santos, Legay, Abelha, Valencia, 2009; Meneghel *et al.*, 2012; Millán *et al.*, 2015; Hesler, 2013; Araújo Júnior, 2014) – panorama que se repete no Brasil e no estado do Piauí (Araújo Júnior, 2014; SESAPI, 2016). É o chamado “paradoxo de gênero” no suicídio (Hadlaczky e Wasserman, 2009; Meneghel *et al.*, 2012).

Sobre o contexto da pesquisa, de acordo com a SESAPI (2016), o Piauí apresentou uma taxa bruta de mortalidade por suicídio maior que a do Brasil e a do Nordeste no período entre os anos de 2010 e 2014. Tem aumentado o número no sexo feminino e a faixa etária predominante, para os dois sexos, está entre 20 e 29 anos. Sobre a raça/cor, há destaque para os pardos. O meio mais utilizado para atentar contra a própria vida por homens e mulheres é o enforcamento e, em seguida, o envenenamento. Em contexto piauiense, segundo Araújo Júnior (2014), o suicídio por enforcamento, além de ter alto grau de letalidade e ser executado com instrumentos baratos e encontrados facilmente nas residências ou casas comerciais, é potencializado pela própria cultura indígena local, que utiliza em grande escala redes para dormir (há muitos casos de tentativas ou suicídios consumados que se utilizaram das cordas de rede para executar o enforcamento). Ainda no Piauí, o município de Parnaíba é o segundo com o maior número de suicídios, ficando atrás apenas da capital Teresina. Entre 2010 e 2016, Parnaíba registrou 52 casos de suicídio enquanto Teresina registrou 367 (SESAPI, 2016). Não temos dados estatísticos sobre o sexo das pessoas que morreram através de suicídio em Parnaíba, contudo, considerando os noticiários locais a respeito, muitos episódios notificados

foram praticados por homens através do enforcamento. Estes dados merecem ser lidos levando em conta que, como afirmou Durkheim (2000 [1897]), o suicídio é um fato social. Há influências de fatores socioculturais, como o gênero, que balizam as ideações e tentativas suicidas.

As taxas epidemiológicas sobre o suicídio mais altas entre os homens não expressam apenas números absolutos, mas traduzem um estado da ordem de gênero. Bawson, Lawson e Ball (citados por Millán *et al.*, 2015) chamam a atenção para como valores, crenças e costumes afetam a saúde mental e a sua repercussão sobre o suicídio. Os autores resgatam que os homens são os que menos recebem atenção quando sofrem de enfermidades mentais e que os seus sentimentos de tristeza e melancolia são vistos como símbolos de debilidade, o que faz com que possam optar mais por medidas extremas como o suicídio a fim de acabar com o sofrimento. Os homens também verbalizam menos a respeito de suas emoções. Algo similar surgiu dos nossos dados. Quando perguntamos aos entrevistados se eles costumavam conversar com alguém sobre suas ideações suicidas, as mulheres foram as que mais sinalizaram positivamente a respeito, seja com parentes, pessoas da comunidade ou profissionais da saúde. Observamos esta tendência também em outras usuárias não entrevistadas com as quais tivemos contato durante a pesquisa de campo – nas oficinas de grupos quase sempre eram elas que mais tocavam no tema do suicídio. Acreditamos que a expressão da vontade de concretizar o ato possa, de alguma maneira, aliviar a pressão e atuar como fator protetivo às mulheres.

Sobre isto, Araújo Júnior (2014) argumenta ser possível que as mulheres, ao manifestarem mais as ideações suicidas, sejam mais vigiadas, tenham menos liberdade para realizar o ato e o socorro chegue antes do óbito quando do uso de um método não imediatamente letal. Ademais, o autor ressalta que o uso de armas de fogo (método mais letal) por mulheres é menor, mas provavelmente em virtude da restrição do acesso e não necessariamente porque elas não tenham coragem de utilizar uma arma⁷⁹. Nesta direção, Hadlaczky e Wasserman (2009) informam que, na Califórnia, por exemplo, o uso de armas de fogo nos suicídios é o segundo método mais utilizado por mulheres. Por sua vez, para tentar explicar o paradoxo de gênero, Millán *et al.* (2015) acrescentam um fenômeno relativamente novo que contribui para aumentar as taxas masculinas: o suicídio terrorista, que mesmo não tendo o objetivo de provocar a própria morte *per se*, mas através de tal ato causar danos a outrem, é marcado por questões de gênero ao ser praticado especialmente por homens (*idem*).

⁷⁹ A suposta falta de coragem das mulheres quanto ao manejo de armas é uma informação bastante reproduzida para tentar explicar o paradoxo de gênero no suicídio (Araújo Júnior, 2014).

Como visto, os métodos para pensar e tentar o suicídio também mostram as influências de gênero. Para os homens deste estudo, houve preferência quanto ao uso de armas de fogo (no caso da ideação por Nuno), armas brancas (tentativas com golpes preferencialmente na garganta e nos pulsos) e enforcamento (com cordas, punhos de rede ou quaisquer outros objetos que possam fazer nós). Nas mulheres, a autointoxicação por medicamentos se destacou. Os lugares mais utilizados para as tentativas foram a casa (para homens e mulheres) e o lugar de trabalho (na roça). Já as sequelas físicas mais danosas decorrentes das tentativas de suicídio surgiram para os homens: “*Deu problema na minha coluna por causa da corda*” (Miguel, M, 32 anos, separado); “*Estrepava minha barriga, caía, me furava todinho [...] Sou todo quebrado. Tá aqui uma brecha aqui, outra aqui, tá aqui outra aqui* (mostra as várias cicatrizes pelo corpo decorrentes das tentativas de suicídio)” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Porém, isto não que não significa que mulheres não recorram a formas “mais masculinas” e homens a formas “mais femininas” de tentar o suicídio. No entanto, quando, para os homens, a autointoxicação aconteceu pelo consumo de pesticida (caso de Tomás) e misturada com o álcool (caso de Ciro). Quando se envenenam, homens tendem a utilizar mais os pesticidas que os medicamentos, algo verificado por Lovisi *et al.* (2009) e Hesler (2013). O álcool, por sua vez, já é conhecido por ser uma substância mais consumida por homens e importante fator de risco para o suicídio.

“Quando eu morava com meus pais eu tentei me matar muitas vezes, tentei me enforcar. Eu era novinha, por causa dessas coisas tudo que aconteceram...Uma vez, a mamãe pegou eu me enforcando e aí eu ‘tava com a corda, ela chegou, pegou a corda, tomou de mim e me bateu. Ela fez foi me bater. Eu fiquei na minha, triste, ainda mais porque eu sou filha única... Eu fiquei pensando assim...” (Abigail, F, 53 anos, casada).

“Eu tomei de um vidro de baygon (marca de pesticida). Um quarteirão de baygon de uma vez p’ra morrer logo [...] Eu me desesperei e, no clarear do dia, eu tomei” (Tomás, M, 59 anos, separado).

“Eu tentei o suicídio várias vezes. Não sei. Não queria mais viver. Ficava chateado com um monte de coisas. Achava que a vida não valia a pena. Tomei uma cartela todinha de diazepam misturada com álcool. Esses movimentos (involuntários) que eu tenho pioraram muito depois que eu tomei uma cartela de diazepam com álcool” (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

A maioria dos entrevistados relatou ter tido ideações suicidas e/ou tentado o suicídio ao longo da vida em função de seu sofrimento psíquico. Também outros usuários que não entrevistamos, mas com os quais tivemos contato através das atividades em grupo durante a pesquisa de campo, em diversas ocasiões relataram vontade de morrer, não ver mais sentido na vida, não querer mais viver. Por outro lado, uma entrevistada, Catarina, trouxe à tona a questão do tabu em torno do suicídio:

“Eu não tenho coragem, nunca botei na minha cabeça de tentar fazer isso... e nunca tive na minha cabeça, meu Deus! Como, meu Deus? Meu Deus que não deixa eu fazer isso comigo. Nunca nem imaginei, mas é porque eu tenho o meu Deus. Ao contrário de tudinho aí (outros usuários do CAPS que referem ideias suicidas)... Eu nunca botei na cabeça de fazer [...] Eu me sinto assim desesperada, mas é porque eu tenho Deus. Se eu não tivesse eu não era mais daqui não [...] Porque eu sou uma pessoa que sofre e só eu e Deus que sabe da minha vida, mas nunca botei uma coisa dessa na minha cabeça” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

Ainda não há de maneira sólida, nas sociedades ocidentais, uma pedagogia voltada para lidar com a morte. O tabu é ainda maior quando ela ocorre voluntariamente. Catarina justifica a sua postura austera de não aceitação do suicídio através de um exemplo que a coloca na situação de pessoa forte, afinal, é a “pior dor” que alguém pode vivenciar: a morte de um filho. Mesmo após este ocorrido, jamais cogitou dar fim à própria vida por duas razões principais: pelo fato de ser extremamente católica (“*eu tenho um Deus vivo dentro de mim.*”), tirar a própria vida seria algo contra as leis divinas; depois, por ser mãe (“*ainda tenho meus outros 3 filhos p’ra tomar de conta.*”). Ambas as razões atuam como fator de proteção e são atravessadas por questões de gênero pois, conforme Hesler (2013), uma menor ocorrência de suicídio entre mulheres tem relação com crenças religiosas mais fortes e com o desempenho de papéis sociais como o da maternidade. Além disso, mulheres têm a tendência de perceber mais precocemente os avanços da depressão e do sofrimento mental e mais disposição em solicitar ajuda nos momentos de crise (Stack citado por Hesler, 2013). Diante do sofrer ocasionado pela morte do filho mais velho, Catarina recorreu ao CAPS II como forma de enfrentamento.

As razões de Catarina adquirem mais vigor se levarmos em conta as circunstâncias em torno da morte de seu filho. Desconfia que ele tenha consumado o suicídio porque meses antes de sua morte havia tentado. Mas também cogita que ele possa ter morrido em consequência desta tentativa anterior, visto que ficou com algumas sequelas físicas:

“Ele tomou (veneno), fizeram lavagem, ele ‘teve internado, passou 8 dias num hospital e 6 em outro [...] Ele não fez exame de coração, mas fez outros. Ele foi na segunda-feira e na quinta ele morreu. Na segunda ele foi lá na... Ele tinha plano de saúde, foi p’ra consulta, aí, uma perita disse que ele ‘tava normal, não tinha nada, era só o psicológico dele. Ele ‘tava tossindo. Ele tinha uma tosse desde que ele tomou o negócio...” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

A possibilidade de o filho ter concretizado o suicídio agrava o sofrimento de Catarina a partir de diversos sentimentos: medo, vergonha, revolta. Primeiro porque ela, sendo muito religiosa, tem a preocupação e o medo com o “depois da morte”. O que teria acontecido ao seu filho caso ele realmente tenha consumado suicídio?

“Agora, o que aconteceu com esse menino... Eu tinha vontade... Já vasculhei as coisas dele tudo e não achei nada. Ninguém sabe e eu tinha vontade de saber. Agora dizem... Eu falei, até, com o padre que eu ouço muito dizer que quem se mata vai p’r’o inferno. Assim que ele morreu, eu, desesperada, fui perguntar p’r’o padre, contei a história todinha: ‘Padre, será que meu filho se perdeu?’” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

Outro sentimento que acomete a entrevistada é a vergonha e isto tem relação com o estigma do comportamento suicida, pouco autorizado socialmente. É tão grande o sofrimento e o incômodo com o tema que, durante a entrevista, ela não mencionou uma vez sequer a palavra “suicídio”. Num primeiro momento, cogitou nem ir até o hospital acompanhar a recuperação do filho tamanha revolta sentiu com o ato dele. Fica claro o aspecto de silenciamento, restrição e proibição em torno deste problema de saúde pública.

“Eu não vou mentir p’ra você: eu tenho vergonha. Porque eu sou mulherzinha que sofro. Sabe uma mulher que sofre? Sou eu. Eu tenho vergonha de dizer que ele tomou veneno [...] Meu Deus, eu sofro mais ainda por lembrar disso [...] Antes eu fiquei revoltada (com o ato dele), eu falei que não ia (ao hospital), mas eu vi que ele’ tava precisando, fui ” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

O estigma social do comportamento suicida não afeta apenas quem o tenta. Ao tratar dos vários tipos de estigma, Goffman (2004) sustenta que aquela pessoa que se relaciona com o indivíduo estigmatizado está possibilitada de compartilhar o descrédito que ele carrega. Ganha o estigma de cortesia. A sociedade acaba considerando todos uma pessoa só. É o que acontece com a família de Tomás. Pelo fato de ele ter ingerido pesticida, a família também ficou rotulada devido à sua tentativa de suicídio.

“Só me chamam de baygon (marca de pesticida). Chamam de a ‘família baygon’. Por causa do baygon que eu tomei. Eles chamam é de família baygon. O outro lá (irmão) é baygon também, o que toma de conta da borracharia. Ele nunca quis se matar, não, mas o apelido pegou nele, de mim p’ra ele” (Tomás, M, 56 anos, divorciado).

Perceber o suicídio como fato social retira daqueles que o tentam/consumam a “culpa” exclusiva do ato. Revela, não necessariamente uma “fragilidade individual”, mas as condições sociais geradoras de sofrimento. Revela mais que atração pela morte, o desejo de não sofrer mais. É necessário falar mais sobre o tema, menos enquanto problema moral ou algo anormal e anti-humano, inclusive no espaço da mídia – claro que com os cuidados requeridos. Haja vista o número expressivo de casos em tantos países, o suicídio é um problema de saúde pública, mas que pode ser prevenido. Uma perspectiva de gênero mostra como homens e mulheres enfrentam os seus problemas, as motivações e os métodos empregados para realizar o ato suicida. Pode ajudar a perceber de que maneira as desigualdades de uma sociedade gendrada afetam as histórias de vida das pessoas que idealizam, tentam ou cometem o suicídio.

5.3 (Re)constituição dos itinerários de adoecimento: como as experiências de homens e mulheres com doença mental se desdobram e adquirem sentido a partir das histórias de vida

“Entendemos aqui o valorado como o aceito, o que está dentro dos marcos sociais, culturais, o que se aprecia, se premia, se ressalta, se reproduz e se ensina geração após geração. É o que preserva o sistema, o ‘status quo’. O não valorado, então, definimos como tudo aquilo que é parte da natureza humana que junto com a modernização e o ‘progresso’ tem sido deixado de lado, silenciado, negado ou rechaçado sem darmos muita conta do deterioramento que gera este processo” (Molina, 1990: 129).

Nesta seção, objetivamos compreender os antecedentes e as transformações das experiências com a doença mental a partir dos significados dados pelos entrevistados. Tendo em conta a complexidade do fenômeno, nosso esforço não é o de designar as causas efetivas da doença mental - até porque isto engloba outros fatores (biológicos, psicológicos, históricos, econômicos, de classe etc) -, mas explorar a sua relação com as condições de gênero. No entanto, a maneira como homens e mulheres organizam os eventos vividos e dão sentido às suas experiências indica uma causalidade do adoecer. Como visto no primeiro tópico deste capítulo, similar ao encontrado no trabalho de Alves (2011), os modelos etiológicos construídos pelos nossos entrevistados fazem referência aos mundos natural, sobrenatural e social. Englobam distintos significados, que têm a ver, ou não, com o mundo social (e, dentro deste, com o gênero). Finalmente, destacamos aqui, as “causas sociais” enquanto categoria que inclui “todos os elementos resultantes de factores relacionais, porque o campo no qual se situam são os acontecimentos de vida: familiar, laboral e o relacionado com o ritmo acelerado da vida quotidiana, com o stresse, com a exigência crescente da sociedade e a necessidade de lhe corresponder” (idem: 190).

Identificar estas “causas sociais” da própria doença mental a partir dos pontos de vista de homens e mulheres é, como aponta Hita (1998), mais que identificar fatores sociais de risco. Significa identificar as “experiências fragilizadoras” da saúde mental que se desenvolvem ao longo das trajetórias de vida, o que abarca não somente as condições sociais externas, objetivas, mas os modos específicos pelos quais os indivíduos se posicionam face às situações oferecendo-lhes sentidos (idem: 179). Estes modos de se situar, que ocorrem na esfera da vida cotidiana,

dependem em longa escala do gênero. Demonstram como se dá a articulação entre os sujeitos com o mundo e com a sociedade.

De uma maneira geral, homens e mulheres entrevistados reconhecem que “alguma coisa está mal”, identificam “sintomas” e intitulam o seu mal estar. Depois, situam o sofrimento no quadro temporal da vida e o fazem a partir da descrição de situações problemáticas, “acontecimentos da vida” (Alves, 2011) ou, ainda, “experiências fragilizadoras” (Hita, 1998). Tais situações problemáticas são associadas pelos entrevistados com a origem da doença mental, mas também, conforme Hita (1998), com a eclosão de novas crises ou, simplesmente, remetem a características do contexto mais amplo sobre o qual se desenrolam as experiências de aflição. É destas situações que partimos para compreender de que maneira o gênero influencia as experiências subjetivas de cada um com a própria doença mental.

A identificação das experiências fragilizadoras da saúde mental não ocorre de maneira cadenciada. Além de elas se misturarem, nas perspectivas dos entrevistados, com experiências de outra natureza (natural, sobrenatural), podem ocorrer várias vezes ao longo da vida. Não correspondem necessariamente a um “antes” e um “depois”. São “antes” e “durantes” que geram, alimentam e transformam o adoecer: neste movimento, eventos ocorridos no passado e/ou que ocorrem no presente são constituintes dos itinerários de sofrimento.

Os eventos também variam. Por exemplo, uma mesma mulher pode atribuir o seu sofrimento à experiência de violência sexual sofrida durante a infância e a adolescência, a uma frustração amorosa em outro momento do passado e às dificuldades em torno da maternidade no presente. Ou um homem pode atribuir o seu adoecimento às dificuldades no mundo do trabalho no passado, mas isto continua a causar sofrimento até hoje.

Desta forma, nem sempre o que “causou” o mal estar percebido no passado é o que “causa” no presente. Ou, ao contrário, um evento do passado pode “causar” o sofrimento ainda no presente. Os aspectos antecedentes e os de continuidade em torno do sofrimento/da doença fazem este movimento. Mas todos constituem “crises” na vida dessas pessoas. E tal qual argumentado por Argenta (2010: 199), a crise surge como uma ruptura na biografia e é ocasionada por uma ou mais situações de aflição e, simultaneamente, é reveladora da aflição. Mais exatamente: surge das interações cotidianas e rompe com o cotidiano.

Igualmente, Brandão (2014: 72), com base em Schutz, discorre sobre a ocorrência de situações de ruptura, de “choque”, no mundo da vida cotidiana. Em tal ocasião, a intersubjetividade para de ser possível e a conduta se desorienta. Há uma conflitualidade entre o sistema de referência que se detém e a realidade que se apresenta até então se torna

insustentável. Com Giddens (2002), observamos como o atual panorama, da modernidade tardia, influencia inúmeros aspectos das vidas cotidianas: se, por um lado, oferece um rol extenso de informações e possibilidades múltiplas de identificação (o que sugere uma relativa autonomia pessoal), por outro, desencadeia uma série de ansiedades e crises. Desta maneira, quando falamos de crises, estamos falando do rompimento daquilo que os interacionistas e fenomenologistas chamam o “curso natural da ação” ou da “atitude natural” (Schutz, 1979) do indivíduo. É no contexto desses momentos críticos que absorvemos os sentidos que os entrevistados dão à própria doença.

No caso dos entrevistados, a vivência de crises percebidas por eles mesmos e/ou pelos outros foi decisiva na sua frequência em diversos serviços de saúde mental, de caráter manicomial ou não, bem como no recebimento do diagnóstico de doença mental (mesmo entre aqueles que não reconhecem a enfermidade).

Há sempre chance de se ter novas crises ao longo da vida. Isto faz com que a doença ganhe novos significados pois “o ‘doente’ reconstitui sua trajetória e a própria experiência de sofrimento, atribuindo-lhes novos sentidos” (Argenta, 2010: 198).

Nosso interesse é nos acontecimentos da vida que circundam estes episódios de crise e como a eles são atribuídos múltiplos significados em função do gênero. Este exercício possibilita captar os significados que eles representam para homens e mulheres ao passo que também revela os elementos estruturais das histórias de vida. Desde já, afirmamos que embora os significados atribuídos pelos entrevistados sejam diversos entre si, eles estão fundamentados pelo mesmo mecanismo: uma ordem social de gênero.

5.3.1 O contexto familiar

As interações cotidianas no âmbito da família foram amplamente mencionadas como geradoras de sofrimento. De acordo com Alves (2011), o pensamento de que a família tradicional seja o contexto social mais relevante de produção de saúde mental de seus membros está presente em várias correntes da psicologia ocidental e da sociologia.

Segundo Teixeira (2016), enquanto instituição não natural, mas social e histórica, a família também possui funções históricas que se constituem ao longo do tempo e de cada formação socioeconômica. No capitalismo, por exemplo, as funções familiares variam desde a reprodução biológica, material, até a reprodução social de seus membros. Ademais, consiste no lócus da estrutura psíquica dos indivíduos por ser espaço de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença, de grupo e espaço de solidariedade primária. Ocorre que,

simultaneamente, ela é espaço de reprodução da hierarquia, autoridade, dominação pela idade e sexo. Desta forma, “espaço de conflitos e relações de força, de luta pelo poder” (idem: 11). Kaufman (1995), por seu turno, afirma que a família personaliza categorias, valores, ideais, crenças de uma sociedade na qual o sexo é um aspecto essencial de autodefinição e vida.

Mas, como informa Dias (2015), resiste ainda, nas nossas sociedades, a imagem positiva em torno da família por ela ser tida como o “lar” permanente e durável, unidade de interação e afetos, um universo social no qual estão presentes as noções de confiança, lealdade, reciprocidade, intimidade e sentimento entre seus membros. A visão idealizada da família é aquela na qual não há conflitos, desrespeito ou disputa entre gênero e gerações em seu meio.

Sabendo que a realidade das interações construídas em seu interior é múltipla, complexa e contraditória, o que acontece quando a concepção do que se tem por família sofre um abalo? O que acontece quando não se desempenha o papel desejável dentro do âmbito da família? O que ocorre quando, no seu interior, há violação de direitos e violências fundadas na hierarquia?

5.3.1.1 Vínculos entre mães e filhos

O contexto da família englobou diversas situações nas quais as pessoas desempenham seus papéis sociais de mãe e filho. Entre elas estão: a fragilização dos laços entre mães e filhos (devido à perda da mãe, à ausência do amor materno, à perda do filho e às brigas constantes entre mães e filhos), as dúvidas e angústias sobre o ato da maternagem, os descuidos de uma mãe quanto aos filhos, a experiência de ser “mãe solteira”. Pode-se dizer que todos estes aspectos revelam em comum a desestabilização dos papéis que outrora os entrevistados assumiram – ou ao menos acreditavam que era suposto assumir – no âmbito da família, seja na condição de filhos ou mães.

O imaginário coletivo sobre o que se deve fazer e ser na família abarca as noções de parentesco, obrigações entre cônjuges, parceiros, pais e filhos. Dependendo da nossa posição naquele grupo, situamo-nos “num universo socialmente construído e esperado de relações, posições e papéis sociais” (Dias, 2015: 9). A família, então, funciona como uma mini-sociedade. Mas quando ocorrem circunstâncias que, por acaso, deslocam ou dificultam estes papéis, há espaço para a instabilidade psíquica, conforme pode se observar a partir das experiências de entrevistados que perderam as suas mães:

“Um dos motivos foi por causa da morte da minha mãe. Com 12 anos, perdi a minha mãe e a minha irmã mais velha prometeu que ia cuidar dos filhos mais novos. Ela teve diabetes [...] A minha mãe ‘teve depressão, mas ela nunca foi p’ra nenhum serviço. Nós descobrimos que ela tinha depressão através de documento. A fisioterapeuta

tentava fazer ela andar, mas ela não ‘tava muito animada e nós pensamos que pudesse ser isso, que ela não ‘tava querendo viver, ela queria morrer. Ela ficava muito debilitada numa cama, nem cadeira de roda tinha, era na cama. E eu sofri muito com ela, mas eu acho que se ela fosse viva as coisas teriam sido mais fáceis p’ra mim” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Eu fiquei triste porque quando ela (mãe) era viva, eu era alegre, contente. Quando ela era viva, não acontecia nada. Depois que ela morreu, pai, avô e avó, começou a acontecer um monte de coisa comigo. Coisa que eu não tinha antes... Os outros me condenaram a ter doença de cabeça, coisa que eu não tinha antes” (Sérgio, M, 42 anos, solteiro).

Em todas as situações acima há em comum a vivência do luto após a perda de um ente querido. Tendo em conta o peso exercido pela maneira como a nossa sociedade lida com a questão da morte, vista, em geral, como algo pavoroso, o luto pode impactar profundamente a saúde mental da pessoa que perde alguém próximo. Igualmente, pode implicar uma interrupção no seu sentido da vida e a transformação de suas vivências, como se um capítulo estivesse finalizando e outro iniciando (Parkes, 2003). Como sustentam Sousa e Baptista (2015), uma perda traz consigo outras perdas, o que obriga a uma reconstrução identitária e à aprendizagem de novos papéis sociais: assim, o luto corresponde a este processo de reconstrução. A ideia aparente de cristalização dos papéis sociais se rompe. O mundo de antes não é mais o mesmo e passa a requerer a reorganização dos papéis que funcionam como sustentáculo da identidade.

Esta reorganização dos papéis é influenciada por questões de gênero na família. Entre as falas acima, percebe-se que os entrevistados sentem uma mudança negativa em suas vidas após a morte de pessoas como o pai, os avós mas, sobretudo, a mãe que, para eles, representava o cuidado. Quando perdem, nas suas interações, a pessoa símbolo do cuidado, perdem também o papel social de filho. No contrato tradicional de gênero, a mãe, na família, é a principal responsável por prestar o suporte de variados modos (físico, emocional, educacional etc) para com os filhos. Na quebra do contrato, abriu-se a possibilidade do sofrimento psíquico para aqueles entrevistados.

Há outras circunstâncias que não envolvem o falecimento da mãe, contudo, também proporcionam a perda do papel social de filho. É o caso de homens e mulheres que alegam não ter recebido o amor materno:

“[...] era muito visível que ela (a mãe) não gostava de mim. Aí, quando eu tinha aproximadamente uns 4 anos de idade, eu me lembro como se fosse hoje, a minha mãe me entregando p’ra minha avó como se eu não significasse nada. Eu não sei o que é amor de mãe, não conheço esse sentimento. Às vezes, eu chego até a duvidar, eu acho que não existe” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Quando eu tinha crise de epilepsia, ela (a mãe) dizia assim: ‘se tivesse um ‘retratista’ na hora que tu desse crise, eu tirava a tua foto p’ra tu ver como tu fica é a bonita!’. Tudo isso me abalava [...] Ela criava outra menina lá adotiva mais nova e essa ela, avé maria, era tudo p’ra ela [...] Eu tenho muita raiva dela, não vou mentir. É porque minha mãe apoiou muito ela, ela teve uma filha, a mamãe criou a filha dela como sendo filha de rico mesmo.

Ainda hoje a menina só quer ser riquinha sem ser. Tudo isso aí me magoou. Comigo ela não fazia nada disso. Ela foi mãe solteira como eu. Não sei porque ‘teve essa diferença’ (Abigail, F, 53 anos, casada).

Percebe-se acima um fraco vínculo entre mãe e filho, isto é, a não correspondência a um ideal materno através da falta de reciprocidade afetiva por parte das mães de Nuno e Abigail. Como resume Foucault (2003), o corpo da mulher foi posto em comunicação orgânica com o corpo social (sua fecundidade passou a ser regulada), submetido ao espaço familiar (no qual deve atuar como elemento funcional e substancial), e associado com a vida das crianças (responsável biológica e moralmente por elas). Este corpo foi peça fundamental na disseminação da ideia do amor materno, difundida apenas na modernidade, por volta do século XVIII, no contexto da constituição da ordem familiar burguesa (Badinter, 1985; Rocha-Coutinho, 2009). Esta ideologia também chegou ao Brasil onde, até então, possuía como cenas comuns a negligência pela qual eram tratadas as crianças, os inúmeros casos de abandono, o hábito dos abortos e o infanticídio. Mesmo a criação das crianças de elite era considerada insuficiente (Del Priore, 1994).

A ideia do “instinto materno” passou a coexistir com a ideia da “maternidade científica”, esta última propagada principalmente pela medicina, mas também por outros especialistas (educadores, psi, políticos, economistas). Mas, entre perspectivas mais ou menos científicas, o corpo foi utilizado como base para atribuir às mulheres a tarefa social da maternidade no âmbito doméstico e isto significava muito, visto que as mulheres não eram praticamente ninguém. Serviu, ao menos, para que tivessem suas “qualidades” destacadas (como a de “boa mãe”) (Zanello, 2016) ou tornadas as “rainhas do lar”, o que não deixa de ser um papel gratificante (Badinter, 1985). Na nossa cultura, as mulheres ainda vivenciam um processo de subjetivação guiado por um dispositivo materno que naturalizou para as mulheres a capacidade de cuidar de outros, das tarefas domésticas, de tudo o que estiver relacionado com o âmbito privado (Zanello, 2016, 2017).

Levando em consideração a força deste dispositivo materno, o ato de uma mãe que demonstra desapego ou não amar os filhos é visto quase como um crime, uma aberração. Então não é surpresa que para os homens e mulheres sujeitos deste estudo isto seja significado enquanto razão para sofrimento. Como afirma Badinter (1985: 15), a ideia ainda predominante é que toda mulher nasce para ser mãe. Aliás, boa mãe, que se doa inteiramente aos filhos. Desde este ponto de vista, a contingência do amor materno é uma situação inaceitável, suscita angústias. Também não é suposto que exista “afeição seletiva” entre os filhos, já que ela deve amar tanto um quanto outro (idem), o que não aconteceu com Abigail, que acredita que a mãe

gosta mais de sua irmã adotiva que dela. Neste sentido, toda “exceção à norma será necessariamente analisada em termos de exceções patológicas. A mãe indiferente é um desafio lançado à natureza, a a-normal por excelência” (Badinter, 1985: 85). O desempenho de uma maternidade “fora do padrão” ou mesmo o “não desejo” de ser mãe dificilmente é debatido como uma possibilidade para as mulheres, o que pode ser significado enquanto experiência que traz sofrimento para filhos e mães.

Quanto aos casos de fragilização de laços familiares nos quais a pessoa a sofrer é a mãe, identificamos as seguintes situações: a morte de um filho e os constantes conflitos com os filhos. Na primeira situação, com a qual já tivemos contato no tópico anterior, Catarina vivencia a perda do filho mais velho:

“Eu era uma mulher alegre, você tinha que ver. Foi muito pior que a separação. Claro que foi muito pior. Mas pensa: era a pessoa que eu mais amava na minha vida. Meu filho (choro)... Meu filho, não é porque morreu, era altamente gente fina. Era gente que não era p’ra ser desse mundo mesmo. Muito inteligente, muito educado, muito conhecido [...] Mas meu filho era altamente, o meu companheiro. Meu filho era gente fina (choro). Eu tenho tanta saudade dele. Tanta saudade que eu falto morrer. Me bate uma tristeza tão grande” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

A potencialização da dor de Catarina pode ser explicada pelo fato de sua experiência ter rompido com a ideia de que os pais devem morrer antes dos filhos. O que se passou com ela foi um evento antinatural:

“Quando eu consegui um dinheirinho, eu comprei um tumulozinho [...] Agora eu pensava que era eu a primeira, né? (a morrer) Eu jurava que eu ia ser a primeira [...] Enterraram no meu túmulozinho que eu tinha comprado. Mas não era p’ra ter sido ele primeiro, não era, meu Deus. Eu nunca imaginei uma coisa dessas” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

Catarina é mãe de outros três filhos e com dois deles possui conflitos recorrentes, outra razão para o seu sofrimento. Ao contrário do que ocorria com o filho falecido, de quem recebia grande apoio emocional e material, não diz o mesmo sobre os filhos mais novos. Algo similar acontece com Serafina, mãe de sete filhos:

“Ele (filho falecido) não podia me ver triste: ‘Mãe, tá triste?’. Mulher, aquele menino ali não era desse mundo mesmo não. Pode existir filho igual àquele, que é difícil, mas mais do que aquele ali não existe [...] Eu acho que eu sofro mais por causa desses meninos (outros filhos) também, sabe? Eles são rebeldes comigo. Esse rapaz, o mais novo, poucos dias depois que meu filho morreu, ele pegou o som e ligou nas alturas. E eu pedi: ‘Oh, meu filho, não ‘tou p’ra essas coisas, não ‘tou p’ra festa’. ‘Ora, mas que porra, quem morreu não foi eu, quem morreu foi o outro. Agora só porque ele morreu ninguém vai mais escutar música?’. Não respeita os meus sentimentos. Isso aí me mata, minha filha [...] Essa minha filhinha mais nova, depois que ele morreu, ficou muito rebelde. Essa menina, eu peço. Às vezes, eu não tou bem e eu peço: ‘Filha, vamos dormir comigo? Só hoje?’. ‘Vou nada.’” (Catarina, F, 56 anos, divorciada)

“Não vou mentir, não me dou bem com nenhuma, nenhuma (das filhas), não tenho apoio e por isso que eu moro sozinha. Um dia a minha menina quis me matar foi de faca [...] Isso é a minha maior tristeza!” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Em ambos os casos, mesmo que tentem, as mulheres mães não conseguem desempenhar o seu papel satisfatoriamente. Isto porque o modo de interação com os filhos não funciona de acordo com as expectativas sobre o relacionamento entre mãe e filho. Dentro da família, os filhos também têm o seu papel social e este muda ao longo da história. Antes do século XVIII, tal como a figura tradicional materna não assumia as características que tem hoje, a figura do filho, também vista de maneira diferente, não era alvo de afeição “natural” por parte dos pais. Eram considerados “pequenos adultos” (Badinter, 1985) e a relação entre pais e filhos ocorria de forma mais ou menos indiferente. Ao longo da história, a família foi gradualmente se transformando em uma unidade de realização afetiva e de companheirismo e, neste contexto, os filhos não são mais diretamente um capital, mas um bem de consumo afetivo (Dias, 2015). Cunha (2005) informa que, atualmente, uma das funções sociais dos filhos na esfera da família é fundada numa dimensão afetiva que se refere, de uma maneira geral, ao universo de gratificações que preenchem na vida familiar: os filhos são vistos como uma fonte de prazer. Outra dimensão é a instrumental, que tem como uma de suas funções a solidariedade emocional: espera-se apoio dos filhos, um apoio emocional constante, uma companhia para a vida (idem). É justo o que Catarina e Serafina alegam não ter.

No caso de Catarina, outro agravante que ela teve que encarar após a morte do filho mais velho foi a responsabilização pelo provimento da família, visto que ele era o principal provedor da casa. Queixa-se da falta de ajuda financeira por parte do filho mais novo: “*Porque quem me ajudava era ele... O meu filho (mais velho, falecido). Ele dava tudo[...] Muita preocupação com esses meninos [...] Ele (o filho mais novo, vivo) trabalha, mas ele não me ajuda*”. Queixa-se ainda da sobrecarga de atividades na esfera doméstica, que é assumida quase integralmente por ela. Estes relatos também podem ser analisados em termos de funções sociais dos filhos, que na sua dimensão instrumental englobam uma função produtiva e outra de solidariedade material. A primeira alude à participação na esfera doméstica ou profissional, “mais concretamente as tarefas domésticas, na empresa familiar, ou na contribuição económica para o agregado” (Cunha, 2005: 5). A segunda, alude à expectativa de apoio em termos económicos e de cuidados.

O não desempenho satisfatório do papel social de mãe pode ocorrer de outras maneiras. O amor materno é considerado um instinto e a maternagem uma habilidade inata, ambos inscritos em uma natureza feminina (Badinter, 1985). Existe a ideia de que desde o momento

no qual a mulher se torna mãe ela é acometida pelo sentimento intenso de amor e automaticamente desenvolve a capacidade de cuidar. Mas nos relatos das nossas entrevistadas encontramos mulheres que sofreram porque quando grávidas, ao contrário de entusiasmo e da formulação de respostas automáticas para a sua nova condição, sentiram medo, angústia, dúvidas e insegurança, como aconteceu com Bárbara. Para ela, a romantização sobre o período de gravidez não aconteceu. Além disso, ela até sentia vontade de ser mãe, mas lidou com a obrigatoriedade social - também moral e até religiosa, segundo Badinter (1985) - em torno do papel que envolveu o desejo talvez mais dos outros do que dela própria e a cobrança incisiva sobre o cuidado para com o bebê:

“Quando eu fiquei grávida, eu me impressionei muito com a gravidez. O que acontece? Tipo depressão pós-parto. Não tinha nada com a gravidez, não ‘tava acontecendo nada. Eu acho que eu tinha medo de ser mãe. Eu queria ser mãe, mas a família do meu marido queria muito mais. E eu tinha medo, não tem? Eu ficava me sentindo culpada. Muita gente me cobrava p’ra cuidar direito, a família do meu marido. Eu quebrei o resguardo e, aí, a depressão veio” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Outra forma de desempenho do papel materno significada enquanto antinatural acontece quando, efetivamente, a mãe comete o infortúnio de descuidar de um filho. Sendo a ela atribuída a capacidade “natural” de dar à luz, amamentar, acarinhar (Vale de Almeida, 1995) e sendo a natureza “boa” (Badinter, 1985), o pior erro que pode cometer é o de não se mostrar uma mãe cuidadosa. Ou pior, mostrar-se uma mãe criminosa. Como sustenta Badinter (1985), uma das características da mãe criada no século XVIII é a vigilância: “quer esteja em boa saúde ou doente, ela deve permanecer vigilante” (idem: 210). Qualquer desatenção é vista como negligência. A culpa surge e gera sofrimento pois não se teve a habilidade necessária para cuidar. Feriu-se as exigências do dispositivo materno:

“Eu tive a minha primeira filha ‘tá com 34 anos, mas ela morreu. Eu botei ela em cima da mesa, ela caiu e morreu. Ela tinha cinco meses. Eu era bem novinha, eu fui buscar a fralda dela e botei ela em cima da mesa. Quando eu lembrei, que eu olhei p’ra trás, ela ia virando, eu corri, mas não deu mais tempo de eu pegar. Ela caiu de bruços, ela ficou... O médico disse que ela rompeu o intestino [...] Eu ‘tava com a minha mãe. E tem isso também... A minha mãe sempre ficava me chamando de criminosa, tudo isso aí juntou p’ra que eu fosse tão triste, tão aterrorizada, me sentindo culpada, muita culpa que eu carrego até hoje” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Ainda, para as mulheres, o papel de mãe deve se combinar com o de esposa. Primeiro, a mulher deve se tornar uma esposa para, apenas depois, tornar-se mãe – eis a ordem que é mais valorizada. Mais que a pessoa, valoriza-se o papel social que ela deve assumir. Engravidar antes de ser esposa é moralmente questionável. Ser mãe fora da esfera do casamento diminui o valor social da mulher. O sofrimento psíquico vem como consequência, tal como aconteceu com Abigail. Ainda hoje, apesar das transformações e variedades dos modelos de família (muitas

monoparentais e chefiadas por mulheres), a tradição da família nuclear burguesa (casal heterossexual e filhos) em certos contextos. Avalie para Abigail, que vivenciou esta experiência há mais de trinta anos. Ser mãe é um dos pilares na construção e valorização da identidade feminina, mas se ocorrer no âmbito do casamento:

“Nunca namorei p’r’os meus pais saberem. Toda vida foi escondido. Todo tempo. Engravidei (da primeira filha, falecida) com meu primo e foi dentro da casa do meu pai. Eu fiquei naquela... Sem querer dizer, eu comecei naquele negócio de enjôo. Mamãe disse: ‘Abigail tá cheia de verme’ (risos). Nem imaginava. Eu fui fazer exame e deu positivo. Eu disse p’ra ele (pai da criança) e ele se mandou, foi embora. Foi um vacilo [...] Ele (o pai da segunda filha) disse assim: ‘uma rapariga dessas emprenhando dos outros, quando acabar diz que é meu’. Dizia desse jeito. Se tu ver a minha filha, é ele todo. Ele nunca assumiu, nunca deu sequer nada. Sofrimento. Meus pais não me apoiaram. E ele disse que não era dele. Me tratou como nada” (Abigail, F, 53 anos, casada).

De acordo com Grossi (2004), uma mulher de respeito é aquela que controla a sua capacidade de reprodução e cuida de sua prole. Face a estes mandatos sociais, Abigail não cumpriu um nem outro, seja por ter engravidado fora de um casamento seja por não ter cuidado direito de uma das filhas. Ser mãe/mulher de respeito remete ao modelo de mãe sofrida e digna. É a *mater* dolorosa: “um modelo muito poderoso na sociedade cristã que é aquela mãe sacrificada pelos filhos, aquela mulher que morreu de dor no parto” (Grossi, 2004: 13). Algo próximo do sagrado, tal como é retratado através da imagem da Virgem Maria.

Dito isto, o dispositivo da maternidade surgiu neste trabalho como fonte de sofrimento psíquico para filhos e mães. No caso dos filhos, sejam estes homens ou mulheres, quando não recebem o afeto e a entrega total que é suposto ser oferecido pelas mães porque estas morreram ou porque sustentam relações fragilizadas com eles. No caso das mulheres mães, por desviarem ou terem dificuldades de exercer o papel materno.

No caso específico das mulheres mães deste estudo, o ato de maternar constitui uma tarefa com contornos bem definidos e impacta o *self* a ponto de produzir sofrimento. É através do ato de ser mãe que elas constroem uma imagem de si, positiva ou negativa. Isto tem a ver com a ideia ainda hoje disseminada de que a mãe é a “rainha do lar”, mesmo que, na realidade, este posto traga mais desvantagens que vantagens pois, como afirma Balzac (citado por Mizrahi, 1990), a mulher (especialmente a casada) é uma escrava que necessita saber montar um trono. A este respeito, não queremos afirmar a impossibilidade de se ter prazer sendo mãe. Contudo, baseado no que revelam as histórias de vida, o importante seria pensar em como estas mulheres, em vez de sofrerem por não conseguirem realizar a idealização da mãe perfeita, pudessem agregar às suas próprias experiências outras formas mais saudáveis (inclusive mentalmente) de ser mãe. Mães podem amar, mas este é um amor construído. Amam, mas também podem sentir raiva, cansaço, arrependimentos, podem errar. Podem se punir menos.

E mais: casos desejem ser mães, que dividam esta responsabilidade com os homens (porque embora, atualmente, seja mais comum que pais se envolvam nos cuidados com os filhos, isto ainda é uma tarefa sobretudo atribuída às mulheres) – inclusive porque, bem destacam Badinter (1985) e Zanello (2016, 2017), a procriação pode até ser uma habilidade animal das fêmeas, mas a maternagem é uma habilidade humana, podendo ser exercida por qualquer pessoa, independente do sexo.

5.3.1.2 Relações de poder no contexto da família nuclear

Como dito, a família é um espaço contraditório. Pode ser tanto fonte de afeto e materiais necessários ao bem-estar de seus membros, quanto de reprodução de práticas conservadoras e relações de hierarquia. Neste trabalho, a piora da saúde mental foi significada a partir dos conflitos nas relações de convivência e sociabilidade no cotidiano da família nuclear, ou seja, aquela, segundo Teixeira (2016), formada por pai, mãe e filhos.

Um dos casos é o de Arabela. A entrevistada refere uma série de mal estares sobre o casamento dos pais, a violência, a submissão (sua e da mãe). Relata os constantes conflitos na esfera da família, mais especificamente com o pai e os irmãos:

“Me senti deprimida... Também o meu pai adotivo... Antes ele bebia, ele, assim que eu cheguei de (cidade), em 2001, ele traiu a minha mãe adotiva [...] Porque meu pai já quis me enforcar... é, ele já tentou me enforcar. Depois ele tacou banco na minha cabeça que escorreu sangue. Porque assim: até foi um egoísmo meu... Porque eu mandei meu irmão mais novo comprar... Naquela época tinha cereal da Angélica. Tinha 13 anos. Eu mandei ele comprar. Eu disse que ia dar um pouquinho p’ra ele. Como eu não dei, ele chorou, aí, por causa disso ele quis me enforcar. Minha mãe disse ‘não faz isso! Não vai matar a filha alheia!’” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

Arabela evidencia o incômodo com atitudes do pai, que vivencia um modelo de masculinidade constituído pelo consumo de álcool e relações extra conjugais. Também relata a existência de um tratamento diferencial oferecido a ela e aos seus irmãos por parte do pai, o que tem relação com as expectativas parentais sobre os filhos em função do gênero (inclusive quanto ao exercício da sexualidade, como vamos ver mais à frente). Saffioti (1987) informa que, não raro, homens sustentam um padrão de moral dupla quanto aos filhos: por um lado, são bastante liberais com os filhos; por outro, extremamente rigorosos com as filhas. Muitos também mantêm relações extraconjugais estáveis, ao mesmo tempo que exigem castidade das filhas. Sustentam assim o estado de coisas que inferioriza os seres femininos (idem).

Com Arabela, o pai agia com frieza, rigidez, falta de afeto e de reciprocidade para com suas demonstrações de carinho. Para ela também não fazia questão de estimular a realização de certas atividades como o trabalho. Para os irmãos, elogios e incentivos – inclusive um dos

apelidos que o pai usava com um deles, “bola cheia”, faz referência à própria habilidade no futebol, atividade esportiva associada com o masculino.

“Hoje eu quero abraçar ele, ele não quer que eu abrace. Acha ruim. Não quer demonstração de carinho [...] Ele era rígido... O negócio dele é que ele é muito grosso. Ele defende mais os meninos do que eu ... Eu acho que tem muita diferença de tratamento. Eu acho. Nem tanto com o mais novo, mais com o mais velho (irmãos homens). Com o mais velho ele chamava de bola cheia, não sei quê, até porque ele jogava bola, essas coisas. Já eu ele não elogiava, essas coisas. Pelo contrário, fazia era me humilhar, me xingar. Eu sempre ficava triste com essas coisas, até hoje eu ainda fico [...] Porque meu pai ficava dizendo assim... Como ele bebia também, ele ficava dizendo assim: ‘Não, você é filha de jogador e eu sou muito conhecido, aí vão ficar perguntando coisas, não sei o quê’. Não queria que eu trabalhasse. Tipo ‘ah, a filha do fulano tá trabalhando!’. Já o meu irmão mais novo, ele com 10 anos ele pegava latinha, ia vender, sempre teve mais desenrolação do que eu” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

Além disso, Arabela faz uma queixa sobre o não acolhimento por parte dos familiares homens face ao seu desejo de possuir certos bens materiais, como se ela não tivesse o mesmo direito quanto a certos objetivos e ambições:

“Eu tinha o sonho de ter um notebook. Eu nem’tava tocando em negócio de material nem nada. Aí, eu fui beber água, e ele (irmão) falou: ‘Olha aí, gente, a Arabela quer ter um computador! Mas ela vai ter só se for um de brinquedo’... como se eu não fosse capaz de ter esse sonho. Aí, eu cheguei p’ra minha avó e ela disse: ‘Não desista do seu sonho, deixa que Deus vai te dar’. E a palavra dela surtiu, tanto que em 2010 eu realizei o sonho de ter esse computador. Minha mãe biológica mais minha tia que morava com a gente compraram” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

No âmbito da família são reproduzidas expectativas e hierarquias em torno de gênero e geração. No cotidiano familiar de Arabela, estes aspectos estão bem delimitados e expressos pelas atitudes parentais quanto ao gênero dos filhos. Estímulos, reconhecimento e até bens materiais foram destinados aos irmãos do sexo masculino em detrimento de Arabela. Isto também acontece quando o assunto é o exercício de um trabalho assalariado: o desencorajamento por parte do pai para com Arabela contrasta com o estímulo oferecido aos irmãos. Pelo “destino natural”, ela já estava confinada ao espaço privado. Também existe a estereotipação em torno de objetos mais voltados para homens ou mulheres: a intenção de ter um computador foi descrita pela entrevistada como um sonho. Mas Arabela foi censurada e até gozada pelo irmão como se não pudesse sentir tal desejo. Em cada minúcia do cotidiano, ela é censurada para que não desafie a hierarquia familiar, é inferiorizada em seus sonhos, desejos, pensamentos. Esta situação é similar ao que Daskal (1990) encontrou em seu trabalho sobre a vida cotidiana de mulheres que eram suas clientes na sua atividade como terapeuta. A autora pedia para que as mulheres fizessem um registro diário durante uma semana sobre quais ocasiões causavam mais incômodo durante tal período. Uma das respostas mais frequentes sinalizava para ocasiões nas quais as mulheres sentiam falta de respeito sobre as suas

necessidades, em que não se credibilizava os seus sonhos, situações de humilhação ou eram ignoradas, entre outras.

A hierarquia de gênero e geração na família também surge no relato de Nuno. O entrevistado demonstra sofrimento ao relembrar uma situação na qual se sentiu descredibilizado por familiares. Brigou com um rapaz da vizinhança e, depois, a irmã se interessou justo pelo tal vizinho. A reprovação da parte de Nuno não impediu que o rapaz pedisse a irmã em namoro diretamente ao seu pai. A família aceitou o relacionamento e, por isso, Nuno passou a se sentir desautorizado. Ele, homem e mais velho que a irmã, sentia-se com poder de ditar as regras – no caso, exigir que a irmã não aceitasse o pedido de namoro. Isto tem relação com o que Saffioti (1987) chama de supremacia do macho adulto: no âmbito da família, quando os filhos vão crescendo, vai-se estabelecendo o domínio do irmão sobre a irmã, repetindo o modelo parental.

Levando em conta os princípios e valores morais conservadores naquela família, se, de alguma maneira, Nuno tinha certa autoridade e controle sobre a irmã, perdeu quando ela não levou em conta a sua opinião. Além disso, a atitude da irmã foi aceita pelo pai e por um dos irmãos. E, contra a autoridade paterna, ele não poderia reagir. Suas qualidades de comando, virilidade moral e a capacidade de impor ideias foram ignoradas. Afinal, ser homem é ser um chefe e a verdadeira vida de um homem é uma competição pelo poder e pelo domínio (Falconnet e Lefaucheur, 1977). O sentimento de desempoderamento e perda de *status* no grupo familiar pode ser lido enquanto experiência fragilizadora da saúde mental:

“Tinha ocorrido que eu tinha me desentendido com um rapaz de lá, do interior, essas coisas de fofoca, ‘fulano disse isso’, ‘fulano disse aquilo’ [...] Só que a minha irmã começou a se interessar por esse cara, justamente por ele, ironicamente. Eu já reprovei de cara: ‘Não quero!’. Mas ele foi pedir ao papai e o papai autorizou. Eu disse que não queria, mas o papai ‘Não, eu que tou autorizando e tem que ser assim!’. Eu falei pro papai e p’ra ela: ‘Olha, esse cara, ele não é uma boa pessoa’. Aí o papai disse: ‘Olha, eu já decidi e ponto final’. E a minha irmã ainda disse que me matava p’ra ficar com o cara. Ela disse que se fosse preciso ela me mataria, mas ficaria com ele [...] Eu senti como se fosse uma traição da parte deles e também uma afronta porque o que aconteceu foi uma coisa que, de cara, todo mundo sabia que eu ia reprovar e mesmo assim ela não levou isso em consideração. Eu me senti desrespeitado, desconsiderado por ela porque era uma pessoa que eu considerava muito e ela também me considerava. A gente conversava, se dava bem, a gente era super amigo e, de repente, ela fez uma coisa que foi super inesperada, eu não imaginava que ela ia querer namorar um cara que eu já tinha reprovado. No final das contas, o meu irmão também falou p’ra mim que p’ra eu interferir no namoro deles, eu tinha que passar pelo papai e por ele. ‘Pois eu vou fazer o seguinte: eu só vou embora dessa casa e vocês ficam aí’. Nessa época, quando meu irmão falou isso, eu falei: ‘É, deixa lá, eu não tenho mais força contra toda a minha família [...]’. É demais, eu tenho que deixar p’ra lá’. E eu desisti, na prática, mas aqui (aponta para a cabeça), não dá p’ra desistir. ‘Ok, façam o que vocês quiserem’, mas a mente continuou rejeitando aquela situação toda” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Quanto às questões de gênero que se manifestam na família nuclear, os conflitos relatados pelos entrevistados evidenciam a tensão em torno do estabelecimento de espaços dedicados a cada membro que os colocam na situação de exercer/sofrer violência, dominação, poder. Enquanto as mulheres (caso de Arabela) sofrem por nunca terem ocupado um lugar com

o mínimo de autoridade e credibilidade na esfera da família (na verdade, como muitas mulheres, não possui poder a nível social, familiar e individual), os homens (caso de Nuno) sofrem por perceberem que, em alguma situação particular, tiveram ignoradas a sua autoridade e credibilidade. Embora forte, faz sentido a afirmação de Saffioti (1987) quando diz que, às vezes, a família, por ser palco de tantas assimetrias, pode ter mais semelhança com um vespeiro do que com um ninho de amor, o que torna inviável o prazer (não apenas para os dominados, mas para o próprio dominante, já que relações assimétricas causam prejuízos para todos). Acrescentamos que o prazer (e a sua falta), nesses casos, tem ligação profunda com a própria saúde.

5.3.1.3 “*Todo dia ela faz tudo sempre igual*”⁸⁰...”: sobrecarga do trabalho doméstico feminino

A sobrecarga de funções na esfera da família surgiu para algumas entrevistadas como desestabilizador da sua saúde mental. O provimento de cuidados e outras atividades voltadas para outros membros da família, estando estes doentes ou não, são assumidos quase que integralmente pelas mulheres. Elas são donas de casa, responsáveis por cuidar de tudo relacionado com a casa. Também são as que costumam se preocupar mais e oferecer o suporte e bem-estar aos filhos, netos, maridos, outros parentes – o que demonstra que, neste contexto, o trabalho doméstico não remunerado ainda é “feminino”. A sobrecarga objetiva é referida como gerando uma sobrecarga psíquica:

“O pedacinho que eu fico em casa, eu faço tudo isso. Não todo dia porque eu não tenho tempo. Minha casa não é das mais limpas, mas também não é das mais sujas. A última vez que eu varri minha casa foi domingo, não dá p’ra fazer todo dia. Tem dia que eu varro quintal, tem dia que não varro. Eu não tenho tempo. Ou eu vou trabalhar fora ou eu vou limpar a casa. Hoje, eu vivo de 15% do (loja). Só. Aí, eu também faço bico de pano de prato, sempre ando com um crochezinho na bolsa [...] Menina, tem dia que eu ando com uma bolsa que boto uma aqui, cheia de pano de prato, de sabonete, que eu ‘tou começando a vender sabonete p’ra me ajudar mais. Eu ando com uma bolsa aqui e outra aqui, tem hora à noite que eu ‘tou despedaçada” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

A dominação masculina também está presente na primazia concedida aos homens, afirmada na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas fundamentadas em uma divisão sexual do trabalho de produção e de reprodução biológica e social (Bourdieu, 2002). Devido à atuação do *habitus*, homens e mulheres, munidos da objetividade do senso prático, dóxico, aplicam às suas práticas elementos das relações de poder.

⁸⁰ Trecho da música “Cotidiano”, de Chico Buarque, 1971. Faz referência à rotina da mulher no espaço privado.

Ou seja, mais que um maniqueísmo simplista entre dominação e resistência, o que ocorre (no caso, para os subordinados) é uma série de servidões voluntárias. O cuidado e a consequente sobrecarga dele para as mulheres é uma dessas práticas.

Historicamente, o cuidado é incorporado como uma prática naturalmente atribuída às mulheres, especialmente para aquelas casadas e com filhos. Isto faz parte de uma ética da submissão a uma ordem doméstica e burocrática na qual viver é adequar-se ao inadequado, submeter-se, renunciar (Mizrahi, 1990). Ocorre que esta atribuição do cuidado enquanto algo feminino está fundamentada numa divisão sexual do trabalho típica (embora não apenas⁸¹) do modo de produção capitalista que, conforme Kergoat (2003: 1), é “a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais de sexo; esta forma é adaptada historicamente e a cada sociedade”. De uma forma geral, a despeito das mudanças (como o fato de as mulheres terem conquistado certas tarefas produtoras de força de trabalho no capitalismo), a divisão sexual do trabalho destina prioritariamente aos homens a esfera produtiva e às mulheres a reprodutiva. Além disso, opera a partir de dois princípios: o de separação (existência de trabalhos para homens e trabalhos para mulheres) e o de hierarquização (trabalhos de homens geralmente têm mais valor social que o de mulheres). Conforme Dimen (1997: 49), elas fazem um trabalho que nunca termina; que, mesmo sendo absolutamente essencial para a sociedade, não é remunerado por não ser reconhecido enquanto trabalho; é sentimentalizado, denegrado e banalizado; que reproduz – física, social e emocionalmente – os trabalhadores adultos e a próxima geração.

Como dito, na ideologia capitalista, o trabalho produtivo do espaço público está para os homens. Por outro lado, o trabalho reprodutivo do espaço privado, voltado para o desenvolvimento das pessoas ou, conforme Meillassoux (1976), para a “produção de produtores e reprodutoras”, está para as mulheres. Afirma Saffioti (2008: 10) que, seguramente, “este regime ancora-se em uma maneira de os homens assegurarem, para si mesmos e para seus dependentes, os meios necessários à produção diária da vida e a sua reprodução”. Pereira e Luz (2013: 139), através do conceito de “produção antroponômica⁸²”, de Daniel Bertaux, atestam que a produção de seres humanos ocorre de forma subordinada à produção econômica, isto é, “as pessoas se produzem e se distribuem conforme as necessidades de consumo de sua energia,

⁸¹ Tal divisão também ocorre em sociedades não capitalistas modernas e pré-modernas. Entretanto, no texto, focalizamos o contexto da pesquisa, o da sociedade capitalista atual.

⁸² De acordo com Bertaux (citado por Pereira e Luz, 2013), a produção antroponômica diz respeito à produção dos seres humanos, não como seres biológicos, mas como seres sociais.

de suas energias, de suas capacidades, pelo mercado”. Cada gênero contribui de maneira específica na produção e na reprodução da vida social.

Com o *habitus*, diferentes funções atribuídas a homens e mulheres são desenvolvidas de maneira muitas vezes naturalizada, como se fossem uma questão vocacional, o que dificulta que as mulheres entrevistadas reivindiquem no sentido de dividi-las com alguém. São exercitadas de maneira contratual. Entre tais funções estão: sustentar, acompanhar, compreender, tolerar, aguentar, calar, ser incondicional no afeto, ser terna, entre outras (Daskal, 1990). Neste ponto, torna-se clara a relação entre o estado mental deteriorado de mulheres e a sua função na divisão sexual do trabalho. Como atenta Daskal (1990), para ajustar-se à prescrição social acerca do que é ser mulher, elas acabam perdendo cada vez mais a si mesmas, vão se distanciando do que sentem e com isso surgem enfermidades físicas, angústias, medos, autopunições, depressões etc. Não é surpresa que surjam culpas e ansiedades geradas por um trabalho conflitante (Dimen, 1997).

Os trechos relatados revelam o ônus do trabalho não remunerado e socialmente não reconhecido no espaço privado da família. Além das tarefas domésticas propriamente ditas (a arrumação da casa, cozinhar, lavar roupa, passar roupa entre outras), os relatos mostram que é das mulheres a incumbência de lidar com as despesas fixas da casa, administrar a situação que envolve pobreza e conflitos familiares junto ao fato de ter sido avó precocemente e, ainda, cuidar de familiares com problemas de saúde devido ao uso de drogas. Mal têm tempo para pensar em si mesmas e o compromisso ativo para atender as demandas de outros, em uma jornada dia após dia, acaba fazendo com que adoçam. Convém pensar nas relações de poder que estão por trás destes adoecimentos verificadas através da sexualização das ocupações. Neste caso, é pelo trabalho doméstico, conforme Souza-Lobo (2011), que a subordinação das mulheres enquanto gênero se realiza em sua plenitude. Concordamos com Rosa (2009) quando argumenta que, na gestão do cotidiano do âmbito doméstico, o aspecto rotineiro e repetitivo é sentido por homens e mulheres, mas, geralmente, os homens vivem mais na esfera pública e, por isso, não vivenciam tanto quanto elas a monotonia e a rotina da esfera privada.

Como sustenta Bordo (1997), a divisão sexual do trabalho ainda ocorre de maneira rigorosamente dualista e exige das mulheres que aprendam a alimentar outras pessoas em detrimento de si próprias. Desejos de auto-alimentação e cuidado consigo mesmas podem ser vistos como excessivos e, assim, exige-se delas uma economia emocional quase totalmente voltada para os outros. Conforme Dimen (1997), há alienação não apenas no seu sentido clássico (que, geralmente, descreve a experiência do trabalhador explorado pelas necessidades

do lucro e pela extração da mais-valia), mas, no caso das mulheres, alienação também na vida pessoal (e não apenas no âmbito do trabalho).

5.3.2 As decepções amorosas

Neste tópico, analisamos a interface entre saúde mental e a esfera da vida amorosa em relacionamentos heterossexuais. O amor é tido pelos entrevistados como uma das fontes para a felicidade e, conseqüentemente, para a saúde mental. Desta forma, o sentimento de decepção amorosa é significado enquanto gatilho para a doença. São resgatadas situações nas quais as decepções amorosas proporcionaram um efeito negativo na sua saúde mental. Elas envolvem a frustração com a ideia do amor romântico, a impossibilidade de começar um relacionamento e as infidelidades cometidas pelos/as companheiros/as de homens e mulheres entrevistados, constituindo-se como fatores causadores de “crises”. Cada um destes fatores está atravessado por questões de gênero. Neste sentido, segundo Pais (1998), a vida amorosa pode até ser fugidia às racionalizações, mas nem por isso deixa de ser sociologizável. Afirma o autor (idem: 408): “o amor é um jogo – diz-se – mas é também uma prática de poder orientada sobre o saber e o sentir de outros que a Sociologia deve explorar”.

Algumas entrevistadas resgataram eventos negativos a respeito da relação afetivo-sexual. Eles reúnem em comum a decepção com a ideia do “felizes para sempre” no contexto de um relacionamento amoroso heterossexual.

“Eu casei mesmo sem querer porque eu pensava que casamento era uma coisa, um tipo de coisa que é boa [...] Me desiludi com essa história de casamento, de felizes para sempre” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“O meu marido, depois... A gente era namorado, a gente só casou em 2010. Desde 2001 até 2010 a gente era só namorado. Aí, ele tinha uma ex namorada em (cidade), antes de 2001, foi quatro anos essa namorada dele. Aí, em 2009, antes de a gente casar, ele disse que ‘tava com muita saudade da família dela e de pedir perdão p’ra ela. Mas ele não falou isso p’ra mim antes. Ele só me disse depois que eu descobri que ele ‘tava lá em (cidade) tentando falar com ela. Essa decepção que eu tive com ele me fez cair numa tristeza gigante porque, poxa, a gente ‘tava com oito anos juntos. O que custava dizer ‘Olha, vou em (cidade) encontrar com a (ex namorada), vou pedir perdão p’ra ela, quero que ela me perdoe’... mas não falou e eu me senti a corna, a última que soube. Ele disse que queria só pedir perdão. Eu quero perdoar ele por isso, mas eu não consigo perdoar. Fiquei zangada, me senti mal, com vontade de vomitar, de fazer tudo... De estragar a minha vida, me jogar na frente de um carro...” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Sentimentos como angústia, desvalorização, tristeza, raiva, desconfiança e até ideias suicidas passaram a predominar sobre o prazer e a satisfação no relacionamento. Houve a frustração com a idealização do amor romântico. Embora, como informa Giddens (1992), este ideal tenha surgido pelo fim do século XVIII, ainda hoje ele influencia o modo pelo qual as pessoas vivenciam suas relações amorosas. Igualmente, Moreira e Dutra (2013)

ressaltam que, apesar de algumas conquistas femininas terem contribuído para a fragilização deste tipo de amor e para o surgimento de novas configurações amorosas na contemporaneidade, pode-se dizer que isto coexiste com os ideais em torno do amor romântico. Para Toledo (2013), o próprio mundo contemporâneo intensifica este modo de amar. O impasse entre o culto às satisfações imediatas e o ideal do amor eterno na atualidade faz com que este ideal se fortaleça enquanto refúgio no interior de um mundo de experiências fugazes. Acontece que se, por um lado, a cultura das sensações efêmeras fortalece a idealização deste amor, por outro, enfraquece a sua possibilidade de realização prática (idem).

Segundo Giddens (1992), no amor romântico, o elemento do ardor sublime tem a tendência de se destacar mais que o elemento do ardor sexual. Mesmo que abarque a sexualidade, rompe com ela e a noção de “virtude” surge, para ambos os sexos, significando qualidades de caráter que visualizam a pessoa amada como “especial”. Há uma idealização do ser amado, a presunção de uma espécie de comunicação psíquica entre aqueles que se amam e a ideia de que o verdadeiro amor, quando encontrado, dura para sempre. A crença na relação eterna é que passa a motivar os casamentos, outrora contraídos não fundamentados na atração mútua, mas na situação econômica das famílias (idem).

Mas vale ressaltar que a ideia do amor romântico tradicionalmente tem sido mais disseminada entre as mulheres. Como informa Giddens (1992), contrariamente à maior parte dos homens, muitas mulheres continuam a se inserir no mundo externo (fora da casa da família de origem) a partir do estabelecimento de ligações. As próprias narrativas masculina e feminina demonstram este aspecto: enquanto os homens geralmente falam “eu”, as mulheres, quando falam sobre si mesmas, tendem a se expressar através do “nós” (idem). Similarmente, Moreira e Dutra (2013: 5) destacam que tal ideia ocorre de maneira peculiar para as mulheres, haja vista que muitas delas “crescem embalando os sonhos de encontrar, na vida adulta, um ‘grande amor’, ou seja, um homem por quem ela se apaixonará, com quem casará, constituirá família, viverá para sempre, e feliz”. Ainda, Navarro-Swain (2011) destaca que a existência de um dispositivo amoroso produz mulheres de corpos dóceis, dobra estes corpos às injunções da beleza e da sedução, guia pensamentos e comportamentos na busca pelo amor ideal constituído pela troca de emoções, partilha e cumplicidade.

O amor-romântico, desta maneira, mostrou-se um eixo estruturante nas vidas de algumas entrevistadas. Quando as expectativas em torno da virtude do ser amado e do relacionamento se rompem, há margem para o sofrimento. A fala de Bárbara exemplifica: “*Me senti decepcionada... O namoro era p’ra ser transparente como a água. Não foi. Eu pensava que um*

relacionamento não tinha essas coisas” (Bárbara, F, 31 anos, casada). Percebe-se o quanto do sofrimento psíquico vivenciado pelas mulheres sofre a influência de um dispositivo amoroso. De acordo com Zanello (2016, 2017), tal dispositivo, sobretudo nas relações heterossexuais, oferece às mulheres a possibilidade de seu valor pessoal ser confirmado pelo amor de outrem. O amor está para as mulheres tal como o sexo está para os homens enquanto fundamento identitário. Navarro-Swain (2011) afirma que ter amor/ser amada enaltece a imagem da “verdadeira mulher” e enfatiza suas qualidades e seus deveres: doce, amável, devotada e, especialmente, amorosa. Se isto é tão importante para a própria autoimagem, não surpreende que as queixas amorosas tenham sido tão enunciadas por nossas entrevistadas.

Zanello (2017: 5) criou uma metáfora para entender o processo de subjetivação através do amor que é vivenciado por tantas mulheres, a chamada “prateleira do amor”. Esta é guiada por um ideal estético e prioriza as características de ser branco, louro, magro, jovem. Quanto mais longe de tais características, mais chances se tem de permanecer na prateleira. É nesta que as mulheres são escolhidas (ou não) pelos homens. Este processo empodera os homens, já que têm a oportunidade de avaliar as mulheres, física e moralmente.

Outro caso de frustração com a ideia do amor romântico pode ser analisado através da história de Serafina. Primeiramente, devido à maneira pela qual se casou: uma união arranjada, contra a sua vontade, sem amor, em uma situação bastante diferente daquelas que os romances costumam descrever. Ela não sabia “como era namorar” e se viu obrigada a assumir o papel de esposa quando ainda era uma adolescente. Não pôde escolher o marido. Aliás, não pôde escolher não ter um marido. Esta figura, quem quer que fosse, já estava escrita em seu destino (social). Depois, na vivência do próprio casamento, foi vítima de diversas violências cometidas pelo marido. Pensou que o casamento poderia ser uma coisa boa, mas, afinal, não foi. Separou-se depois de décadas de violências sofridas cotidianamente, mas de certa forma as vivencia até hoje sob a forma do sofrimento psíquico que ela atribui ter surgido diante de todas estas circunstâncias. A sua fala explicita o suposto vínculo entre amor e casamento como um “estado final” (Giddens, 1992). Também revela a compulsoriedade do casamento enquanto mandato social ainda sólido.

“Eu não sabia o que era namorar e aí ele (ex marido) perguntou se eu queria namorar com ele, eu não respondi nada, aí, ele continuou indo lá em casa como que se eu ‘tivesse namorando com ele. Eu me escondia porque ele tinha 25 anos e eu tinha 15, eu tinha vergonha dele e ele disse que queria casar comigo e eu não disse que queria casar com ele. Ele continuou pedindo, aí, foi ficando e a gente acabou casando. Casamos no civil. Nem fui de ir p’ra festa, mamãe não deixava e também ela me botava muito no serviço e eu cansava mesmo trabalhando de roça, capinando, plantando. Mas, p’ra casar, não teve problema, ela deixou. Ela faleceu agora, mas eu falava p’ra ela que ela tinha me jogado p’ra cima do homem porque não era p’ra ela ter feito isso comigo, era p’ra ela ter conversado comigo, me orientado mais p’ra saber se ia dar certo ou não ia dar certo. Isso me deu muito problema.

Eles aumentaram a minha idade p'ra me casar. Eu só tinha quinze anos e eles botaram que eu tinha dezesseis” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Não queremos dizer que todos os relacionamentos amorosos são potencialmente nocivos à saúde mental, sobretudo, das mulheres – há casos nesta pesquisa em que o “amor romântico domesticado” (Aboim, 2009: 116), ou seja, aquele claramente influenciado por papéis de gênero diferenciados, são significados positivamente quanto à saúde. Tampouco queremos dizer que os homens não sofrem por amor. Mas, considerando a dimensão histórico-cultural do sentimento amor, não se pode deixar de perceber que, no modelo de amor romântico, “as mulheres são colonizadas em um processo de educação dos sentidos que implica em uma renúncia pessoal, no esquecimento de si mesma, em uma entrega total que potencializa comportamentos de dependência e assujeitamento aos homens” (Oliveira, 2017: 212). Ainda, segundo Bourdieu (2002), a lógica da economia de trocas simbólicas e, mais precisamente, na construção social do parentesco e do casamento, abriga a explicação da primazia da masculinidade. As mulheres são tidas como objetos de troca, definidos de acordo com os interesses masculinos.

Levando em conta a ordem de gênero, as expectativas das mulheres, geralmente voltadas à “outra metade”, correm grandes riscos de ser frustradas. De antemão, elas estão desfavorecidas quanto a vários aspectos do relacionamento e, inclusive, sofrem mais risco de vivenciar qualquer tipo de violência por parte de seus parceiros (embora também ocorra de a mulher ser a agressora em relações hetero ou homoafetivas).

Concordamos com Giddens (1992) quando destaca uma certa fluidez nos relacionamentos como algo não necessariamente pessimista. Refere o amor confluyente, ou seja, um amor “ativo, contingente e, por isso entra em choque com as categorias ‘para sempre’ e ‘único’ da ideia do amor romântico” (idem: 72). Envolve mais câmbio emocional e sexual. Pensemos nessa possibilidade especialmente para as mulheres: questionar a eternidade do amor e considerar a multiplicidade de formas de se relacionar pode conduzir a envolvimento mais prazerosos e menos opressores, menos desiguais. Não é preciso que passem a vida resignadas. Mais que desejar ter um relacionamento com um homem, desejar ser feliz, ter prazer.

Como afirma Zanello (2016), o que se pode fazer é salientar a ideia de que o amor não é um sentimento que surge naturalmente, não é “feminino” e não precisa ser um ponto central nas existências das mulheres. Muito menos precisa ser eterno. Além disso, considerar a possibilidade de outras maneiras de ser-estar homem e mulher e, conseqüentemente, de vivenciar as relações afetivo-sexuais para além do amor romântico pode contribuir para que se

produzam maneiras mais sadias de amar, menos prejudiciais à saúde mental. É necessário desconstruir a necessidade de se ser amada e aprovada o tempo todo, é necessário criar performances alternativas ao dispositivo amoroso. Pode ser uma via de libertação.

Ainda sobre o poder que o dispositivo amoroso exerce sobre as mulheres, destacamos a história de Rita. A entrevistada não mencionou diretamente sofrer por conta de questões amorosas. No entanto, o seu relato merece destaque por demonstrar a força do amor romântico. Como mencionado em tópico anterior, a entrevistada não acredita no diagnóstico psiquiátrico que lhe foi atribuído (segundo ela, esquizofrenia), no entanto, revela sofrer com alguns eventos. Rita acredita na existência de um satélite que proporciona a sua comunicação com alguns homens e torna possível que outras pessoas tenham acesso aos seus pensamentos:

“Mulher, foi uma coisa que aconteceu comigo, esse satélite, mas, se eu for contar, ninguém vai entender. É um site que eu tenho aí, uma coisa que aconteceu. É meio complicado. Eu conto e as pessoas não acreditam no que eu falo. É um site que eu tenho aí e mexe comigo, ataca meu sistema nervoso. É complicado. Por isso que eu não comento nada p’ra ninguém porque, se eu falar, ninguém vai entender porque eu que sei, eu que vivo. Eu tenho comunicação via satélite, comunicação com alguém, sabe? Com umas pessoas que eu conheço [...] Fizeram uma coisa comigo dentro da igreja que eu não entendo. Desde 2007, 2008, vem acontecendo umas coisas comigo, mas eu não entendia o que era. É tipo assim: eu sentia no meu coração, sabe, uma coisa no meu coração. Batia forte, acelerava. Eu acho que é via satélite, alguma coisa que fizeram aí. Uma pessoa instala um aparelho, alguma coisa. Aí, em 2012, aconteceu uma coisa estranha, que eu ‘tava ouvindo vozes das pessoas. Ouvia as pessoas conversando comigo[...] Eu não preciso ter computador em casa p’ra falar com alguém, com essas pessoas. Eu fico falando direto, dia e noite. Até hoje. Direto” (Rita, F, 37 anos, casada).

A entrevistada sugere que o satélite é capaz de estabelecer conexões amorosas (que, ao longo da entrevista, ela refere como “sedução”) entre as pessoas: “*Toda mulher tem uma força de um desejo que a gente sente por um homem, caso a gente veja a pessoa, a gente é atraída por uma pessoa muitas vezes... É essa coisa que eu tenho. É esse problema que eu tenho na minha vida com esse satélite*”. Quando pergunto como ela consegue falar e se relacionar com estas pessoas, ela diz que ocorre através de “um site”, mas que não precisa de computador para isso, pois tem tudo em seu pensamento. Apaixonou-se por vários homens por este meio, geralmente nas igrejas que frequenta (ela informa que quase não sai de casa), e isto ocasiona a falta de vontade de estar com o seu marido: “*Quando faziam a sedução em mim eu não tinha vontade de ficar com o (marido). Porque eles fazem p’ra tocar o coração da gente, assim, uma coisa [...]*Aí essa pessoa tem um aparelho que faz esse trabalho comigo. Tira minha energia, minha vontade, tira todo o excesso de desejo que eu tenho que sentir pelo (marido), eu não sinto. Não quero ficar perto dele. Ele não reclama. Ele nem percebe.”.

O satélite também proporciona o afastamento de Rita da sua espiritualidade: “*Agora, nesse momento, tem uma pessoa direto se ligando no meu site, fazendo sedução, tirando a minha espiritualidade. Eu fico com meus olhos cheios de luz. Eu fico suprimindo uma coisa minha dentro de*

mim. Eu fico fraca às vezes. Muda muito porque eu fico sem... É como se tivesse tirando a minha espiritualidade...” (Rita, F, 37 anos, casada). É importante ressaltar que Rita expressa a falta de carinho na relação com o marido e assim compara o tratamento que recebe dele e o que recebe dos homens por trás do satélite:

“Não é carinhoso comigo (marido). Ele é diferente da outra pessoa (que ela se comunica ‘via satélite’) que faz isso. A outra pessoa é carinhosa, diz palavras de amor... Mas também é porque não ‘tá convivendo junto. É diferente. Mas o (marido) não percebe. Ele nem acredita, vai dizer que eu ‘tou louca, que eu sou louca [...] Ele brigava sozinho porque eu não sou de brigar. Já se zangou comigo, mas nunca foi violento de me bater não. De querer se... Ele é calmo com essas coisas assim. Ele se vinga nas coisas. Ele pega qualquer coisa e dá um chute na janela, na porta, umas coisas assim” (Rita, F, 37 anos, casada).

Já comentamos anteriormente que a linha entre “loucura” e razão é muito tênue. Sintomas como delírios e alucinações, aparentemente de conteúdos desconexos, revelam muito sobre a nossa própria sociedade/cultura. A presença do satélite na vida de Rita afasta, no seu ponto de vista, o marido e a espiritualidade. Na nossa compreensão, o satélite (que interpretamos como o desejo que ela, mulher bastante religiosa, possui de amar e ser amada por outras pessoas) afasta a fidelidade e a castidade, influenciadas por uma associação entre as morais burguesa e cristã, respectivamente – ambas características valorizadas socialmente para as mulheres. Além de ser mulher e religiosa, tem poucas qualificações acadêmicas, o que pode sinalizar para um perfil sociológico bastante específico que, como sugere Pais (1998), vai ter uma determinada manifestação face a uma economia da ordem, da contenção, da norma que regulam a vida amorosa e sexual. O desejo (amoroso e sexual) afasta Rita de um ideal prestigiado de mulher no contexto de um amor romântico. À mulher resta ter somente um homem e com ele permanecer ao longo da vida. Diz a entrevistada:

“Quando eu ‘tava na igreja, eu sentia atração por um padre. Eu não sei se foi uma sedução que fizeram ou se foi uma ligação que Deus fez. Não dá p’ra saber. Foi um padre que sabe ... Uma ligação feita por Deus. E ele ‘tava até começando a frequentar o (evento da igreja). Eu achei estranho, eu fiquei desconfiada. Não sei onde ele ‘tá agora porque eu perdi o contato, saí das igrejas e fiquei muito em casa. Depois, eu fui frequentar a igreja (nome da igreja). E lá eu senti uma força, uma atração nessa igreja. Não sei, tinha um menino lá também que fizeram uma ligação, não sei. Eu ‘tando com o (marido) e fazendo uma ligação com esse menino. Eu frequentava essa igreja e me afastei também. Fui pulando de igreja em igreja porque faziam essas ligações comigo e esses homens. Eu vejo que não é coisa de Deus estar fazendo essa ligação. Eu acho que não é... Deus fazer uma ligação com outra pessoa? Mulher, não sei o que aconteceu, eu não entendo. Fez com um monte de gente. Quando eu ‘tava no (evento da igreja), eu senti atração por outra pessoa. Eu achei estranho porque eu ‘tando com o (marido) e sentia isso por outra pessoa. Só que, assim, eu sou uma pessoa muito calada, eu faço que ninguém perceba o que eu ‘tou sentindo. Ninguém percebe o que eu sinto. E eu acho estranho porque depois foi outra pessoa, outra pessoa [...] Tem o (um dos homens com quem ela se comunica ‘via satélite’), que agora que fala só de amor p’ra mim, de sentimento. Ele é carinhoso. Só fala de amor, de sentimento. Mulher, ele fala de amor, fala de sentimento, fala de... Quando um homem se apaixonou por uma mulher, uma menina, faz declarações de amor. Eu sinto dentro de mim ele falando. Eu me sinto bem. Às vezes, eu dou umas declarações também...” (Rita, F, 37 anos, casada).

Na fala de Rita, entre o “sagrado” (o amor romântico) e o “profano” estão os sintomas psiquiátricos (delírios, alucinações: o satélite, as vozes). Mesmo sem desviar de fato, isto é, sem concretizar ao pé da letra o desejo, este se realiza através do satélite. O sagrado (que representa uma cultura de recato da mulher na esfera do casamento) faz-se presente quando ela transparece a importância de ser uma esposa cristã, honesta, fiel, contida e que renuncia às tentações. Por outro lado, o profano surge quando ela ressalta a “sedução”, embora apenas no pensamento, entre ela e outros homens (sempre frequentadores da igreja, inclusive um padre). Permanece no dilema sagrado *versus* profano. Ora o profano é bom porque faz com que ela se sinta amada, querida, desejada; ora é ruim porque atrapalha o relacionamento com o marido e se sente pressionada, vigiada – no seu pensamento, quem controla o satélite sabe o que ela faz e pensa –, isto é, sente o peso da coerção social. Permanece no dilema do desejo *versus* mandatos sociais.

Mesmo que em alguns momentos Rita se sinta desconfortável quanto ao marido (“*Eu não gosto de sentir isso porque eu vivo com o [marido].*”), ela não demonstra culpa por ter “contato” com outros homens. Na nossa compreensão, a solução “encontrada” por Rita é atribuir o desejo a um outro. Neste caso, o satélite também funciona como um dispositivo que livra Rita da responsabilidade pelo desejo “errado” de querer estar com outros homens. A culpa não é dela, é do satélite. É como se este fosse uma força externa. A “sedução” não acontece por iniciativa dela, mas devido a um outro mais poderoso. Nega que as conexões amorosas venham de si mesma:

“Não é culpa minha. Foi culpa deles (de quem controla o satélite). Eu ‘tava na minha caminhada. Aí eles ficaram me perseguindo direto, dia e noite. Não acho que melhora, só se eu ou eles ‘morrer. Aí acaba tudo [...] Eu acabei ficando assim, tão nervosa, tão angustiada. Não sei se é sedução ou se Deus faz alguma coisa. Eu não sei. Eu não controlo, não sei [...] Eles é que têm o controle da situação, mas eu não tenho. Só se eu viajar p’ra sair daqui, ir p’ra outra cidade, alguma coisa...Uma vez eu saí, eu não sei o que aconteceu, eu fui p’ra (cidade). A mesma coisa... Tendo essa comunicação. Não sei se abriram o site lá... Mas eu continuava me comunicando, me seduzindo com um rapaz daqui” (Rita, F, 37 anos, casada).

Rita nega qualquer culpa. De acordo com Mizrahi (1990), a culpa é o instrumento mais efetivo para neutralizar as mulheres enquanto sujeitos autônomos e uma arma de domesticação para submetê-las à cultura totalitária que as acusa falsamente. Para elas, funciona como forma de auto-repressão, mas moldada por mandatos de poder. Sendo o satélite o responsável pela atração de Rita por outros homens, ele a livra desta culpa. Por meio dele, também mantém-se “pura”, não precisa se envergonhar. Continua sendo uma mulher “decente” e foge das rotulações pejorativas impostas ao gênero feminino – aqui especialmente quanto à obrigação de ser esposa fiel.

Rita, mesmo sem ter consciência disso, conhece algumas “regras do jogo” ou, em outras palavras, as consequências do rompimento de uma moral feminina que colocariam em causa o seu valor enquanto pessoa/mulher. Aqui percebemos a força de uma dominação simbólica que se faz presente sem qualquer coerção física, que atua apenas com o suporte das predisposições colocadas como molas propulsoras na zona mais profunda dos corpos (Bourdieu, 2002). E “se ela pode agir como um macaco mecânico, isto é, com um gasto extremamente pequeno de energia, ela só o consegue porque desencadeia disposições que o trabalho de inculcação e incorporação realizou naqueles ou naquelas que, em virtude desse trabalho, se veem por elas capturados” (idem: 24).

Bourdieu acrescenta que os atos de conhecimento e reconhecimento do poder simbólico por parte dos dominados assumem frequentemente a forma de emoções como vergonha, humilhação, timidez, ansiedade, culpa ou, ainda, de paixões e sentimentos como amor, admiração, respeito. A relação social é somatizada. Estas emoções, por vezes, se mostram dolorosas e expressam maneiras de se “submeter, mesmo de má vontade ou até contra a vontade, ao juízo dominante, ou outras tantas maneiras de vivenciar, não raro com conflito interno e clivagem do ego, a cumplicidade subterrânea que um corpo que se subtrai às diretivas da consciência e da vontade estabelece com as censuras inerentes às estruturas sociais” (idem: 25). Por sua vez, Dimen (1997: 46) afirma que é a “experiência da dominação, a perda do senso e do desejo de autonomia, como resultado de processos que jogam com as dúvidas de uma pessoa sobre a realidade e validade de seu ser, suas percepções e seus valores”.

Assim, mesmo que pelo pensamento (com o satélite), Rita agencia o seu desejo contra o domínio do sistema – ou a doxa, no sentido bourdieusiano –, já que tal desejo não pode ser interceptado pelos outros, mas apenas por si própria. De certa maneira, consegue driblar a dominação simbólica que a impede de ter outros amores, embora não o faça sem ser pela via de uma consciência libertadora. Paradoxalmente, se o satélite pode ser uma elaboração da mente de Rita para que não sinta culpa (a emoção dolorosa de desafiar a estrutura), ele não deixa de ser a conversão de um sentimento hostil, o de ser infiel, de autorepressão, em sintoma psiquiátrico (por representar o juízo dominante). É, simultaneamente, a configuração do desejo de cunho inconsciente e a consciência das exigências sociais. Entre o sagrado (que é aprovado socialmente) e o profano (que é condenado) está o satélite (o sintoma).

Tal como para as mulheres, as experiências amorosas também foram enunciadas por homens como eventos capazes de produzir crises. A ideia do amor romântico pode influenciar

o modo pelo qual os homens se relacionam afetivamente, tal como é possível perceber através do relato de Ciro:

“Foi uma menina que eu conheci, que eu gostava muito dela, ela era de (cidade). Ela falou umas coisas p’ra mim que me deixaram magoado e eu tomei essa cartela de diazepam p’ra me matar, acabar logo com tudo isso. Eu nunca cheguei a namorar com ela, mas eu gostei muito dela, do jeito dela, digamos, assim, um amor muito forte, diferente [...] Eu, às vezes, sou muito romântico” (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

Como visto acima, homens também vivenciam em profundidade e sofrem por amor. No entanto, como visto no tópico anterior, devido à própria diferença entre os gêneros na organização social em diversas esferas da vida, isto ocorre com menos frequência para eles do que para as mulheres. Provavelmente, porque o modelo tradicional de masculinidade nega a sensibilidade para os homens e, como se sabe, sentimentos e emoções são aprendidos no processo de socialização (Grossi, 2004) Já para as mulheres, segundo Pais (1998), há uma socialização que as orienta para a “cultura do romance”. Os homens não têm a necessidade de aprender as narrativas amorosas que são, preferencial ou exclusivamente, dirigida a elas (idem). O amor romântico é ainda tido como o requisito básico para selar uma união duradoura, mas mais para mulheres – cabe a elas manter o sentimento (Giddens, 1992). Para os homens, outros fatores entram em jogo.

Desta maneira, mesmo quando sofrem por amor, suas experiências incorporam outros contornos. Ilustramos um trecho da história de Nuno que, embora na altura do acontecimento narrado reconhecesse já ter uma doença mental, acredita que o mesmo tenha piorado a sua saúde:

“Nessa mesma época, um pouco antes, tinha acontecido um caso em 2007. Foi um período muito difícil. Eu tinha me apaixonado por uma garota que tinha sido criada por esse meu tio, que tem problema também. A mulher dele era muito cheia de confusão e reprovou. E eu gostava muito da menina, mas eles reprovaram e muito. Minha família também não queria, meu pai [...] Eu encontrava a menina escondido, até que a gente deu bandeira e eles cortaram geral [...] Mas também era uma época em que eu não trabalhava, eu não tinha perspectiva de um futuro. Eles achavam que eu não era a melhor opção e nem eu mesmo criei isso em mim. Eu reagia à reação deles, à atitude deles, mas eu mesmo reconhecia que eu não era o melhor p’ra ela. Mas, só que como a gente não manda no coração, eu fazia tudo aquilo por uma paixão e não porque eu dissesse que eu tinha razão [...] Mas o que eu não podia era dizer a ela ‘Confie, fique comigo’ [...] Aí, o papai disse: ‘Não, aqui não dá mais certo, a gente tem que ir embora daqui!’ [...] Só abri mão porque, quando meu pai se mudou comigo, eu acabei ficando muito longe e eu, já doente, não podia voltar [...] A mãe dela era de um povoado chamado (nome da localidade). Aí, a mãe dela morreu. Quando a mãe dela morreu, vieram avisar p’ra ela que ela tinha que ir lá ajudar nas tarefas de casa, já que a mãe dela tinha morrido. Aí, eu percebi que, quando vieram buscar ela p’ra ir p’ra mais longe ainda, eu vi que era o momento p’ra desistir definitivamente. Aí, foi que eu conversei comigo mesmo e eu mesmo decidi que aquilo era o fim de uma luta, de uma discórdia, de tudo, que aquilo não ia me levar a lugar algum. Acabei desistindo bem aí, mas não fiquei bem, não” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

A história de Nuno pode lembrar um romance sobre um amor quase proibido. A família da mulher amada não desejava a união deles. Tampouco o pai de Nuno por temer possíveis represálias. De certa maneira, o próprio Nuno compreendia as reprovações. A impossibilidade de manter o relacionamento estava motivada não por uma mera cisma por parte dos familiares, mas, sobretudo, pelo fato de ele não ser visto como uma pessoa apta a assumir um compromisso. E isto não por não “conseguir amar”, mas por não ser portador de um dos requisitos mais básicos, no caso dos homens, para sustentar uma relação: o do provimento financeiro. O impasse na esfera do amor esteve relacionado com o fato de ele não ser visto (inclusive por si próprio) como “homem para casar”, isto é, provedor, distinto do que tradicionalmente se percebe como a “mulher para casar” (pura, casta, dócil, dona de casa). Ou seja, esteve mais relacionado com outros fatores que com o amor em si.

Sobre isto, em uma pesquisa com homens franceses pertencentes a diversas classes sociais, Falconnet e Lefaucheur (1977) perceberam que, face ao casamento, os seus entrevistados reconheceram ter mais cedido às convenções do que realizado um “sonho”. Alguns deles consideraram o casamento enquanto saída lógica e obrigatória. A maioria tomou como esposa a “moça direita” que os amava. Outros relataram a coação pelas circunstâncias – casaram para agradar aos pais, encontrar um apartamento mais facilmente, porque a namorada engravidara. Também houve aqueles que, mais próximos à ideia do amor romântico, levaram em conta o sentimento de ter encontrado a “eleita”, a parceira que não se poderia deixar escapar.

Podemos depreender que, mesmo que os homens tenham as suas decepções amorosas, isto ocorre com menos frequência que para as mulheres no que diz respeito à saúde mental. Pode ser que isto explique em parte o fato de as queixas sobre o dispositivo amoroso surgir principalmente nos relatos das mulheres no nosso trabalho e também em outros como Santos (2008), Zanello e Bukowitz (2008), Zanello, Silva e Henderson (2015), Zanello, Fiuza e Costa (2015). Ademais, quando o dispositivo amoroso surge nas falas dos homens, geralmente é relatado de maneira que acaba por revelar mais sobre outros aspectos do que o amor idealizado em si. Revela que o homem ama outras coisas. Neste trabalho, o sofrer por amor nos homens surge relacionado com outros aspectos fundantes das identidades masculinas como a honra, a virilidade, o provimento econômico e componentes sexuais. Concluímos, com base em Pais (1998: 412), que a palavra amor não possui o mesmo significado para homens e mulheres. É claro que isto não é uma característica inata ou biológica, mas o produto de uma identidade feminina socialmente construída para o “sensível” e o “afetuoso” à qual as próprias mulheres buscam dar sentido valorativo.

5.3.2.1 Infidelidade conjugal, mulheres e homens

A infidelidade conjugal também foi apontada enquanto experiência fragilizadora da saúde mental tanto por homens, quanto por mulheres. A fidelidade, como apontam Falconnet e Lefaucheur (1977), é algo de extrema importância por ser o compromisso essencial do matrimônio. A fidelidade ainda é um valor muito estimado mesmo com as transformações nas relações amorosas, mas ambos, homens e mulheres, traem e são traídos (Goldenberg, 2013). Neste trabalho, todos os homens e mulheres entrevistados traídos por seus/suas companheiros/as relataram sentimentos de tristeza, revolta, baixa autoestima e até desejos de vingança. Mas a maneira como lidaram com a situação revela questões de gênero.

Primeiramente, falemos sobre as mulheres traídas. As entrevistadas atribuem o seu sofrimento ao estilo de vida dos maridos, o qual, para algumas, além das constantes relações extraconjugais, engloba também o consumo de álcool:

“Ele começou a gostar de mulher de rua, começou a beber porque antes ele não bebia e ele começou a beber [...] Meu marido ficou dando em cima das minhas colegas. Até ficou com uma delas. Agora com pouco tempo. Ficou com elas e eu não gostei. Ele queria que eu levasse elas lá p’ra casa p’ra ele poder dar em cima delas. Fiquei magoada com elas e ele ainda disse que pagou” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Eu tentei me matar três vezes. Mermã, é porque meu marido ‘tava se envolvendo com umas bichinhas que tinha ali perto do (casa de shows), umas cunhazinhas que usam droga. Aí, ele tinha relação com elas... Eu sabia de caso dele com mulher. Uma vez, eu peguei ele transando no sofá com uma mulher lá em casa. Tudo isso eu ficava aguentando, até que, um dia, eu não aguentei mais. Uma revolta, uma tristeza. Eu até digo a ele que eu agradeço é a ele (tom irônico) que ele me fez isso porque assim eu conheci o CAPS [...]. Outra vez, ele fez foi dizer assim ‘sobe na parede p’ra tu ver eu transando com ela’. Eu subi na parede, em cima da cama, fui p’ra parede, depois desci e fui chorar enquanto ele ‘tava com a outra lá no sofá. Depois, foi uma amiga minha lá p’ra casa, que disse que era minha amiga. Minha rede ‘tava armada em cima da cama, e ele veio da sala... Ficou se acariciando com ela, beijando ela em cima da cama, convidou ela p’ra ficar [...]. Mulher, eu já aguentei tanta coisa daquele homem...” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Pelas falas, compreendemos que as entrevistadas não encaram a infidelidade masculina como algo simplesmente “natural”, mas como um ato de desamor que causa dor, angústia, tristeza – impactos potencialmente lesivos à saúde mental, tal como verificado por Hita (1998) em seu estudo com mulheres das classes trabalhadoras de Salvador. Nenhuma das entrevistadas acima rompeu o casamento ao saber, pela primeira vez, das traições cometidas por seus maridos. Serafina, mesmo depois após a descoberta, não pensou de imediato numa separação. Os sentimentos negativos não conduziram logo a uma atitude de ruptura e mudança. Ao contrário, perdoou várias vezes as repetidas traições. Remoou por décadas a dor de ter sido traída. Abigail permanece com o marido. Além disso, ambas sofreram/sofrem violência (física, sexual, psicológica, patrimonial, moral) por parte dos (ex) companheiros. Diante de tanto

sofrimento, é quase inevitável não se questionar: por que estas mulheres continuaram durante um longo tempo ou ainda continuam com seus maridos? De uma maneira geral, podemos compreender estes prolongamentos a partir da força que o dispositivo amoroso tem para as mulheres. Zanello (2017) informa que um dos aspectos de tal dispositivo consiste na vulnerabilidade que sofrem as mulheres em tudo fazerem para não serem abandonadas responsabilizando-se pela manutenção da relação.

A resignação é um importante ingrediente da educação feminina (Saffioti, 1987). Devido à própria construção do amor romântico, que, segundo Aboim (2009), tem na perenidade do casamento um valor sacramental, algumas entrevistadas pareceram suportar as provações com o objetivo de manter o relacionamento “para sempre”. Se o amor precisa de provas, é porque, necessariamente, está submetido a barreiras. Se não ocorrem dificuldades (que devem ser enfrentadas), é porque não é amor. Tem que haver drama. A ideia que ainda predomina é a do amor arrebatador. Mesmo que faça sofrer, o amor tudo suporta. Depois de tantas privações, a “recompensa”, o final da história, deve ser satisfatório: o tal “felizes para sempre” tão difundido nos filmes, romances, livros infantis, novelas.

Ultrapassar as infidelidades pode ser uma dessas barreiras a serem enfrentadas. Foi o caso de Serafina, que suportou por anos as traições do marido por acreditar que ali, mesmo que no fundo, existia amor – embora num determinado momento tenha se frustrado com a ideia do amor romântico e se dado conta de que poderia levar uma vida mais tranquila longe de tantas traições e violência. O fato de receber um benefício decorrente de sua situação enquanto pessoa que sofre de um transtorno mental severo e persistente foi providencial para que ela tomasse a decisão de sair de casa. Ao menos, financeiramente, não precisava mais se submeter ao marido. Agora vive sozinha e afirma sentir-se melhor que antes.

Porém, a manutenção do relacionamento conjugal por parte das mulheres deste estudo não ocorreu apenas pelo sentimento de amor em si ou idealização do parceiro (a maioria vê defeitos em seus companheiros, inclusive), mas também por outros aspectos igualmente associados com um dispositivo amoroso no contexto das relações de gênero. Um deles diz respeito à separação enquanto algo socialmente indesejável. A sua (possibilidade de) concretização gera sentimentos de dúvida, vergonha, frustração:

“Oh, mulher, eu sei lá, porque eu nunca fui mulher de estar... Eu sempre acreditei no casamento, entende? Acreditei que no casamento você tem um homem p’ra vida inteira, né? P’ra vida toda, que você escolhe uma pessoa. Eu sempre acreditei nisso [...] A gente ‘tá vivendo junto porque é o jeito mesmo” (Rita, F, 37 anos, casada).

“Eu lutei foi muito porque eu achava muito ridículo uma separação. Eu achava ridículo demais. Por mim, eu nem teria separado. Eu ainda passei seis anos lutando, lutando, até que chegou um dia que ele disse p’ra mim que só ‘tava em casa pelos filhos dele e eu disse, então, que ele podia sair... Que se fosse pelos filhos... Ele saiu [...]

Revolta. Amor, não. Eu tenho aquela mágoa, eu me confesso. Eu falei p'ro padre e o padre disse p'ra mim: 'Catarina, isso, só o tempo'. Não tem quem arranque isso de dentro de mim porque ele fez muito por onde" (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

Catarina admitiu que o desejo de permanecer com o marido se dava não por amor, mas por não ver com "bons olhos" a separação. A geração à qual pertence e seu apego à religião católica provavelmente aprofundaram esta concepção. Demonstrou temer a solidão: mais que ter medo da sensação de estar sozinha, medo de ser julgada por estar sozinha, ainda mais por ter a idade que tem. É aqui que arriscamos desindividualizar a solidão, "a sensação íntima, própria e profunda de ser um mesmo para viver, sofrer, sentir, morrer" (Londoño, 1990: 62), para situá-la em um marco sociocultural mais preciso. Mais que um estado interno, pode também ser associada a circunstâncias externas (idem).

Neste sentido, a solidão que vem de uma separação surge como um fracasso social, uma ruptura não programada na vida dessas mulheres. Como afirma Londoño (1990), as mulheres são educadas e socializadas para temer a solidão; são castigadas e ameaçadas através da solidão; veem a solidão como ameaça externa, como o corolário dos fracassos, como inimiga. Muitas não conseguem enxergar a solidão como uma opção voluntária. Ameaça a identidade. Isto parece ter se agravado no caso de Catarina por ela ter se separado na faixa etária dos cinquenta anos de idade e contra a sua vontade, pois foi o marido quem saiu de casa.

Segundo Goldenberg (2013), a solidão parece ser uma realidade assustadora ainda maior para as mulheres mais velhas, pois, para muitas delas, ficam as opções de serem amantes de homens casados, o casamento insatisfatório, a solidão, a relação com outra mulher ou buscar parceiros mais jovens e de classes sociais mais baixas. No mercado matrimonial heterossexual, a desvantagem está para as mulheres, de uma maneira geral. No Brasil, uma mulher sem homem é tida como fracassada, abandonada, rejeitada, sem valor. Ser amante, por vezes, implica um *status* social menos desvalorizado do que ser sozinha (idem). Uma mulher mais velha ainda tem de lidar com os impactos objetivos e subjetivos em torno do envelhecimento que a desfavorece mais no contexto deste mercado. É assim que, neste estudo, tal como nomeou Goldenberg (2010: 35), para se sentirem/serem vistas com valor, as mulheres precisam ser portadoras de um "capital marital". Ademais, conforme Saffioti (1987), numa ideologia dominante, a mulher não deve revidar a traição na mesma moeda. Quando a esposa se mantém fiel ao marido, mesmo sendo por este traída, recebe aprovação social.

Assim, para Catarina, mesmo sendo traída e sem amar, manter o casamento era melhor que se separar. Uma separação é mais prejudicial para a imagem feminina que para a masculina

(com o agravante da geração à qual pertence). A perda do seu capital marital atinge a sua própria identidade feminina, altamente fundamentada num modelo tradicional de família que prioriza a presença de um esposo/pai, uma esposa/mãe e filhos. É como se a mulher que não consegue ou perde este capital acabasse não sendo uma verdadeira mulher. De acordo com Zanello (2016), as mulheres são subjetivadas na prateleira do amor e isto cria rivalidade com outras mulheres. E quem lucra com a desunião das mulheres? Os homens. Não é à toa que muitas mulheres enxergam as amantes, as “outras”, como suas rivais e as verdadeiras culpadas pela traição.

Há mais situações pelas quais as mulheres permanecem com os companheiros. Algumas rejeitam a ideia da separação porque conservam relações de cuidado, fraternais ou utilitárias/instrumentais com os seus maridos.

“Ele faz o maior esforço p’ra gente não se separar, não se deixar. Eu acho que também porque ele é só, ele não tem família também. Tem só um pai de criação, a mãe dele morreu, ele é só adotivo. Tem hora que eu penso que ele também ‘tá mais comigo... Não tem ninguém p’ra fazer as coisas p’ra ele também. Se a gente se separar, ele vai ficar jogado por aí. Eu ajudo ele. Eu que faço tudo em casa. Eu acho que ele gosta de mim, tipo assim, como... É que eu sou muito boa p’ra ele também, sabe? Eu não reclamo com nada, eu faço do jeito que ele quer, que ele gosta” (Rita, F, 37 anos, casada).

“Eu vivo com ele, eu gosto dele... Gosto da pessoa que ele é. Te disse que ele só é sem vergonha. Mas de resto, é bom comigo. Eu gosto muito dele porque... É quase como um irmão, um amigo. Mas ele me trata bem, ele me ajuda. Não gosto de transar com ele, não. Quando ele me procura, eu me lembro de tudo que ele já me fez. As traições. Tem relação, mas é difícil” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Os relatos remetem para um tipo de relação “utilitária” entre os cônjuges. Rita, que sustenta a crença do casamento como algo eterno, revela que não é apaixonada pelo marido, mas sustenta a relação porque tem consciência de que ele precisa dela para várias coisas. Faz parte do seu *script* enquanto mulher continuar cuidando da casa e do marido mesmo que com ele não mantenha um relacionamento apaixonado – é uma espécie de mãe do marido. Assume tal obrigação, havendo ou não sentimento, que deve ser seguida para a vida. Como sustenta Grossi (2004), outro elemento constituinte da ideia do amor romântico assinala uma dicotomia do homem brasileiro: a mulher que antes ele deseja sexualmente depois se torna uma espécie de “mãezinha”. Rita, por seu turno, continua sustentando o *status* de mulher casada. Mantém o capital marital que concede valor a ela enquanto mulher. Abigail, embora sinta-se mal quando pensa em tudo que já sofreu com o marido, admite que ele, em outras circunstâncias, é bom. Ajuda com algumas coisas na casa, executa pequenas tarefas, contribui financeiramente. Além disso, a relação fraternal que mantêm é outro motivo apontado para que não desfaça o casamento. Também permanece sustentando o *status* de mulher casada.

Dito isto, a infidelidade masculina não foi vista pelas mulheres deste estudo como algo simplesmente típico de uma “essência” masculina, pelo qual elas podem ultrapassar com certa naturalidade. Ao contrário, significou para elas, juntamente com outras circunstâncias (como vivenciar diversos tipos de violência), intensos custos para a sua saúde mental. Mesmo assim, ou demoraram a romper ou permanecem com o relacionamento insatisfatório. Na nossa compreensão, isto demonstra a importância de um dispositivo amoroso nas vidas das entrevistadas.

O dispositivo amoroso se expressa também através do medo da solidão decorrente da perda do capital marital e da ideia sobre o casamento como algo que deve ser duradouro mesmo que não exista afeição entre os envolvidos. Em suma, se a situação não é satisfatória com o marido, torna-se pior sem ele. É assim que muitas mulheres, como parece ser o caso de nossas entrevistadas, socializadas para não ficarem sozinhas, sofrem pressão para todo tipo de motivações e estilos de vida como, por exemplo, sustentar relações humilhantes e danosas. Não são alertadas para o perigo ocasionado pelas relações de coabitação enfermizantes (Londoño, 1990). Ou, ainda, conforme Zanello (2016), muitas mulheres se casam com o casamento e não com os homens que estão no casamento e isto pode levar à sua permanência em relações abusivas. A este respeito, Bourdieu (2002) informa que mulheres francesas que, de alguma maneira, se mostram mais submissas ao modelo “tradicional” continuam privilegiando o casamento como meio privilegiado de obter posição social. Isto mostra que a inclinação amorosa não está isenta de uma certa racionalidade que corresponde, de certa maneira, ao amor como destino social.

A continuação do relacionamento não aconteceu para os homens entrevistados que associaram o seu estado mental às infidelidades de suas esposas. Ao contrário das mulheres, estes homens não sustentaram por tanto tempo a relação quando souberam. O mundo logo “desmoronou”. Isto pode ser compreendido a partir do fato de a infidelidade feminina ser bem menos tolerada socialmente que a masculina. Enquanto das mulheres traídas se espera resignação, que perdoem os companheiros, dos homens se espera que reajam à traição (Falconnet e Lefaucheur, 1977; Goldenberg, 2013; Saffioti, 1987; Sosa, 2012):

“Negócio de traição. Porque eu nunca fui de trair. Me arrependi de ter casado com ela por causa disso. Ela me traiu e isso foi um baque p’ra mim [...] A minha vida descontrolou tudo. No caso, eu boto a culpa nela porque, se não tivesse sido isso, hoje eu não ‘tava assim. Ela fez isso e minha vida nunca mais foi normal [...] Eu fiquei com depressão, síndrome do pânico e esquizofrenia” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

“Meu problema é ‘cachiblenha’. Cachaça, chifre e problema [...] No início, era até mais ou menos, mas depois... Depois ela transou com um viajante. Ela trabalhava no (loja). Era muito era sem vergonha [...] Depois pegou outro,

pegou outro. Eu sei de tudinho. Tudo casada comigo. Eu na Teresina internado e ela fazendo a maior sacanagem comigo” (Tomás, M, 59 anos, separado).

Os homens permanecem menos tempo em uma relação na ocorrência de infidelidade por parte de suas companheiras. Se para as mulheres podemos observar a força de um dispositivo amoroso, no caso deles, podemos observar a força de um dispositivo da eficácia. Um dos aspectos componentes do dispositivo da eficácia é o da virilidade sexual (Zanello, Fiuza e Costa, 2015; Zanello, 2016). Uma mulher que trai o seu companheiro abala o seu atributo da virilidade ou, como afirma Bourdieu (2002), o seu *habitus* viril. Igualmente, Pais (1998) coloca que, grosso modo, uma economia doméstica do amor indica que as mulheres priorizam o amor enquanto os homens priorizam o sexo em uma relação de troca desigual.

A mulher que trai comete um grave erro contra a afirmação da masculinidade. Desobedece as regras sociais por fazer o que supostamente é da natureza masculina: não se submeter à exclusividade afetiva-sexual. Como afirma Pais (1998) a respeito da sociedade portuguesa, mas de maneira semelhante à brasileira, para as mulheres é defendida uma abstinência fora do quadro das relações matrimoniais; para os homens, há maior permissividade antes e depois do casamento. Para elas, o adultério é tido como prática imperdoável; para eles, como fraqueza lamentável, mas perdoável.

Dentro desta mesma lógica, mas sem envolver uma traição ao pé da letra, certas atitudes de mulheres casadas são vistas como condutas desviantes que geram sofrimento para o homem, tais como andar com roupas curtas ou ter hábitos como se embriagar e ficar mais “solta”, afinal, já têm um “dono” (o marido). Isto simboliza a abertura da mulher para uma possível traição. Representa um rompimento com um ideal feminino e, conseqüentemente, um abalo ou quebra no domínio exercido pelos homens. A seguir, o relato de Crispim sobre duas ex companheiras:

“O que acontecia com a primeira mulher que eu arranjei é que ela... Eu casei com ela e disse assim: ‘olha, eu não bebo, eu não fumo, eu não danço... Eu danço, mas não gosto de dançar. Eu posso ficar com você, morar com você, te respeitar, você me respeitar, mas tem que me respeitar de todas as formas’. ‘Respeito de todas as maneiras que tiver que respeitar’. Um dia, eu deixei ela em casa e fui trabalhar na casa de um fazendeiro, aí ela ficou num aniversário na casa de um irmão meu. Um primo meu deu cerveja p’ra ela, misturou com cachaça, ela se embebedou. Cheguei em casa, ela ‘tava deitada numa rede de tucum na sala, toda arreganhada, mostrando as partes dela e uns homens esperando receber uns garrotes que eu tinha comprado” (Crispim, M, 55 anos, separado).

“Ela (segunda esposa) foi p’ra festa, vestiu um shortinho bem curtinho que ela nunca tinha vestido. Ela era de família, não vou mentir. Ela era moça de família quando casou comigo. Quando a gente casou, eu tinha uns 29 anos e ela tinha uns 28. Ela vestiu esse shortinho curto, foi p’ra uma festa com as vizinhas, eu reclamei e ela disse: ‘Isso é só uma festa, não tem nada, não é nada que me bote a perder’. E eu: ‘Bota, sim, porque você me deixa em casa doente com esses dois meninos, um de 14 anos e o outro de 13, aí eu fico aqui chorando, me tremendo dentro da rede, nem comendo eu não como.’ [...] Quando ela era jovem, mulher nova, ia namorar, a mãe dela nunca deixava ela vestir nenhum short, só deixava ela vestir saia, vestido. Aí, quando namorou comigo, foi que eu pedi

p'ra 'veinha p'ra deixar ela vestir short. A 'veinha deixou ela vestir o short. Mas um short comprido. Ela tem só um shortinho curto que ela comprou, acho que foi só a tentação do bicho ruim, coisa p'ra provocar. Esse short eu acho que ela nem veste mais. A minha filha falou: 'pai, a mãe não tá nem mais vestindo aquele short, você acredita? O short da traição'. Ela diz assim, minha filha: 'O short da traição ela nem veste mais' (Crispim, M, 55 anos, separado).

O sofrimento vivenciado por homens em função da infidelidade feminina parece se maximizar quando as mulheres que traem passam por cima de atributos de respeitabilidade e reputação (Whitehead citado por Guerriero, Ayres e Hearst, 2002) centrais no ideal adulto de masculinidade. Neste estudo, os entrevistados expressam que a traição se torna mais difícil de tolerar quando: as mulheres que traem são “mães de família” (aquelas responsáveis por cuidar do lar e administrar a dinâmica familiar); eles são bons “pais de família” (provedores do grupo familiar). Sobre este último aspecto, o dispositivo da eficácia pelo qual os homens se subjetivam engloba, além da virilidade sexual, uma virilidade laborativa que tem como traços ser trabalhador, provedor e acumulador (Zanello, 2016). O que encontramos foi similar ao descrito por Machado (2004) em sua pesquisa sobre masculinidades no contexto do Distrito Federal (Brasil): existe um código relacional da honra que supõe responsabilidades recíprocas entre homens e mulheres e tem como um de seus aspectos o fato de a posição de provedor ser a contrapartida da fidelidade sexual feminina. A paternidade também está relacionada com a honra. Juntos, paternidade e provimento, fazem nascer o sentimento de responsabilidade (idem). Em suma, as mulheres, além de cometerem o ato reprovável da traição, ainda desrespeitam a conduta honesta, responsável, honrada ou ordeira de seus companheiros especialmente quanto ao provimento econômico e à paternidade:

“Não entendo (a traição) porque nunca faltou nada p'ra minha esposa... Eu falo isso e não tenho mais vergonha de dizer não... Eu pagava faculdade p'ra ela, pagava e era caro. Ela é formada em (curso), ela é técnica em (curso), foi formada. A faculdade que eu pagava p'ra ela era 1700 reais. Ela é formada pelo (instituição), das melhores faculdades que tem...Comecei trabalhando, era 15 reais por dia que eu ganhava, muito pouco. Quando eu consegui mais dinheiro, eu trouxe ela p'ra morar comigo. Depois, passei a ganhar mais trabalhando de domingo a domingo mesmo. Nunca fui de dar mole, sempre trabalhei. Tive minha filha mais velha. Depois, fui crescendo na minha vida, crescendo, comprando as minhas coisas. Coisas que família tem que ter. O tempo foi passando, tive mais o outro filho, fui só crescendo. Consegui meu apartamento, graças a Deus. Aí, tive esse baque na minha vida...[...] Eu era um marido exemplar. Mas eu passava o dia trabalhando, minha vida era corrida demais”(Miguel, M, 32 anos, divorciado).

“Ela me traiu com o caboco mais vagabundo que tem [...] Vagabundo, não botava as coisas dentro de casa [...] Foi por causa dela. Eu trabalhava demais e não via nada. Ela acabava com tudo. Dinheiro, com tudo. Ela me adoeceu. Eu trabalhava demais e não via futuro [...] botei um comércio p'ra ela, nada dava certo. Vendia de 4 sacos de farinha de puba por semana que eu comprava no [loja] e não ia p'ra parte nenhuma. Ela fez uma casa p'ra mãe dela melhor do que a nossa” (Tomás, M, 56 anos, divorciado).

Por outro lado, não seguir à risca um modelo hegemônico de masculinidade, isto é, desempenhar tarefas que são consideradas tipicamente femininas é visto como ser “bobo”. Tem

a ver com a afirmação de uma identidade de grupo – no caso, um homem enquanto membro do grupo dos homens – que se, por acaso, não for exercida por um de seus membros põe em risco a credibilidade de todo o grupo. Como afirmam Strey e Pulcherio (2010: 20), os homens ficam confusos entre duas categorias que se excluem: os papéis masculinos e papéis femininos tradicionais. Se exercitam o papel feminino, correm o risco de serem considerados “menos homens” pelos outros e até por eles próprios. E ser “menos homem”, “bobo”, constitui também um aspecto “facilitador” da infidelidade feminina:

“Minha mãe fala que eu sempre era besta demais e, por isso, que ela fez isso comigo. Eu gosto de cozinhar, eu fazia as coisas p’ra ela, passava roupa, lavava louça, eu sempre fui de casa mesmo. Enquanto isso, ela estudava. Eu cuidava dos meus filhos era muito, dava banho, eu trocava fralda. Eu que ensinei ela a dar de mamar pros meninos, eu cuidei muito, eu que cuidava deles. Isso sempre foi p’ra mim. Eu só posso ter sido besta demais, peguei foi um chifre” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

A visão sobre a infidelidade das esposas para os homens deste estudo é bastante similar ao encontrado por Falconnet e Lefaucheur (1977) em sua investigação com homens franceses. Segundo estes autores, a infidelidade da mulher é considerada muito grave para a maioria dos homens porque: significa negação, isto é, a destruição do casal; ameaça a virilidade sexual do homem, o que tem relação com uma crença em uma inclinação mais forte à monogamia por parte das mulheres; é uma questão de rivalidade, de competição com outros homens pela posse da mulher.

Embora na contemporaneidade não seja mais algo aceito juridicamente⁸³, ainda é bastante comum e até, de certa maneira, incitado socialmente que o homem traído (ou que supõe ter sido traído) vingue o fato através do cometimento de crime passionai. De modo popular, que “lave a sua honra com sangue”, uma vingança aparentemente privada, mas que guarda marcas de uma desigualdade de gênero que tolera tal comportamento (e a justificação para tal) apenas para os homens, ao passo que destina para muitas mulheres, sem exagero, a pena de morte (Sosa, 2012). Como informa Saffioti (1987), a mulher é muito mais socializada que o homem para assumir o papel de vítima (ser traída) do que o de transgressora (trair). Para as que assim agem ou, às vezes, por serem alvos de suspeita do companheiro, há um risco de serem assassinadas.

⁸³ No Código Penal Brasileiro (1890) já republicano era possível isentar da culpa quem estivesse perturbado de sentidos e inteligência no ato do crime. A paixão (decorrente de uma traição, por exemplo) podia ser considerada uma loucura momentânea e, por isso, os criminosos passionais frequentemente não respondiam pela sua responsabilidade criminal. Em 1940, o Código afirmava que a paixão não excluía a responsabilidade criminal, mas poderia ser vista como um aspecto atenuante (ou até de absolvição) do crime (Sosa, 2012).

Segundo Grossi (2004: 12), tal tradição, tão presente no coronelismo nordestino, na literatura e na televisão, significa que o homem, “se for enganado, se levar gaia, mata a mulher, mata o amante da mulher”, embora seja possível perceber nos noticiários e estatísticas que este crime é praticado nos mais variados contextos:

“Foi um baque p’ra mim (quando descobriu a infidelidade)... Eu colecionava armas, espada, faca. Peguei a espada, peguei ela pelos cabelos, quase que eu matava ela. Gritei ‘como é que você faz isso comigo?’. Foi na hora que meu sobrinho entrou, meus filhos entraram. Meu filho já era grandinho. ‘Não, pai!’. Mas eu peguei ela pelos cabelos, eu ia matando ela com a espada. Minha filha grita ‘Não, pai, por favor! Não faz isso!’. Peguei, joguei a espada p’r’o lado, larguei ela num canto, ela começou a chorar” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

“Ainda imaginei, não vou mentir... Ainda imaginei. Peguei um facão p’ra matar meu irmão e ela, mas pensei ‘não vou fazer isso não porque eu vou p’ra cadeia, vou ficar com essa cruz nas costas p’ro resto da vida e ela que vai ficar liberta, aí e eu vou ficar sujo’. Aí, desisti, não fiz nada” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Miguel não chegou a agredir fisicamente a ex esposa, mas acabou voltando a violência contra si próprio na forma de sofrimento psíquico e ao pensar em suicídio. Isto vai na direção do trabalho de Meneghel *et al.* (2012), que analisaram histórias⁸⁴ de homens que consumaram o suicídio e que haviam sido abandonados, desvalorizados ou maltratados por suas companheiras e, conseqüentemente, sentiam-se fracassados em suas relações conjugais. Esses dados, conforme as autoras, destoam de vários estudos que investigaram as possíveis razões para o cometimento de suicídio por parte de homens e mulheres e concluíram que se eles se matavam mais por questões econômicas, elas o faziam mais por questões amorosas. Eis o relato: “*Eu já tentei o suicídio cinco vezes [...] Foi desde o dia que eu descobri a traição. Continuei morando com ela mesmo depois de descobrir. Eu comecei a sentir uma coisa ruim*” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

Além disso, considerando que a sociedade exige uma vingança do homem traído e, conforme constatado em trabalho anterior (Alves, 2008), reverter a violência que seria contra a esposa para si mesmo via sofrimento psíquico pode funcionar como “saída” socialmente mais aceitável para o homem traído. É devastador não ser visto como um homem respeitável. Assim, é menos pior carregar o estigma de “louco” que de “corno”.

Como visto, as infidelidades masculinas e femininas causam impactos distintos sobre mulheres e homens. As maneiras de perceber e lidar com o ocorrido variam em função do gênero. Para eles, de uma maneira geral, a traição feminina é mais grave que a masculina. Em uma relação heterossexual na qual o homem trai, o estigma recai sobre a “outra”, ou seja, a amante (Goldenberg, 2013). Quando um homem tem uma aventura, isto não entra em

⁸⁴ Por meio da autópsia psicossocial realizada com familiares das pessoas que consumaram o suicídio (Meneghel *et al.*, 2012).

contradição com o ideal masculino, não fere a própria imagem (Falconnet e Lefaucheur, 1977). Por outro lado, quando a mulher trai, o estigma recai sobre ela e sobre o marido traído.

As diferentes percepções a respeito das infidelidades masculina e feminina são fundamentadas por um “duplo critério de moralidade” (Pais, 1985: 240) que também está na base das relações amorosas, matrimoniais e familiares de vários países latino-americanos. De acordo com o autor, distintos critérios de conduta e de moral são exigidos para homens e mulheres: há uma distribuição de qualidades morais conforme o sexo e, ainda, a exigência de comportamentos adequados para cada um deles. O prestígio dos homens é realizado em função de sua presença no mundo exterior à comunidade (inclusive, no que diz respeito à infidelidade) e o das mulheres relacionado com o interior da comunidade, com o interior da casa e com o resguardo do próprio corpo (Pais, 1985). Uma mulher perde a honra quando mancha a sua pureza sexual; um homem, não (Pitt-Rivers citado por Pais, 1985).

Em suma: tanto homens, quanto mulheres consideram que as infidelidades por parte dos companheiros afetam negativamente a sua saúde mental. Entretanto, para eles, atinge especialmente a sua virilidade sexual e, em alguns casos, a laborativa. Para elas, ameaça a sua subjetivação a partir de um dispositivo amoroso.

5.3.3 Pobreza e seus desdobramentos

De acordo com a OMS (2001: 44), a pobreza, “situação em que se dispõe de meios insuficientes, nomeadamente os recursos sociais ou educacionais”, é um dos fatores sociais relacionados com o desenvolvimento de perturbações mentais e comportamentais. Associada com condições como o desemprego, o baixo nível de instrução, a falta de moradia, entre outras, a pobreza se difunde não apenas entre os países mais pobres, mas também entre parcelas das populações de países mais ricos. E em países mais pobres ou mais ricos, as pessoas pobres revelam uma maior prevalência de perturbações, inclusive aquelas causadas pelo uso de substâncias psicoativas (idem).

Na contemporaneidade, o processo excludente, gerador e reproduzidor da pobreza pode ser explicado pelo funcionamento do sistema de produção capitalista, que se baseia na expropriação e na exploração para garantir a mais-valia, e na repartição injusta e desigual da renda nacional entre as classes sociais (Silva, 2010). O Brasil, na América Latina e no mundo, é um dos países que apresenta os maiores índices de desigualdade social e possui uma imensa concentração de renda, o que aprofunda a pobreza. Outro agravante, segundo Silva (2010), são as políticas sociais brasileiras, que têm prioritariamente um caráter marginal e assistencialista,

são desvinculadas de questões macroeconômicas, e administram/regulam a pobreza em detrimento de sua erradicação. Os usuários do Sistema Único de Saúde são, em sua maioria, pessoas de classes mais pobres. Por consequência, também o são os usuários dos CAPS. Este perfil se repete no nosso trabalho.

Expressões cotidianas da pobreza surgiram nos relatos de homens e mulheres. Por ser um fenômeno multidimensional, a pobreza não se reduz à renda. Como refere Silva (2010: 157), é também “desigualdade na distribuição da riqueza socialmente produzida; é não acesso a serviços básicos; à informação; ao trabalho e a uma renda digna; é não participação social e política”. Assim, destacamos como a pobreza nas suas diversas faces – desemprego, fome, privação material, preconceito, condições precarizadas de trabalho, trabalho infantil – afetou a foram apontadas por alguns entrevistados para explicar a própria doença mental:

“É o seguinte: eu passei por um momento muito difícil com o meu marido porque ele não tinha emprego, eu não tinha. Eu já tinha meus três filhos e a gente passava fome. A gente não comia, a gente passava o dia sem comer (choro). Não trabalhava mais em casa de família, meu marido andava atrás de bico p’ra fazer e não conseguia. Ele chorava porque as crianças ‘tavam com fome e eu não podia dar apoio p’ra ele e nem fazer nada [...] Hoje, doutora, se for p’ra comprar um quilo de frango, agora, eu não compro porque eu não tenho dinheiro [...] E era muito p’ra comprar os meus remédios e os dele, porque ele é diabético, tem pressão alta, essas coisas assim. O que a gente recebe é só p’ra gente pagar talão de água e luz, uma comida, comprar o meu remédio quando falta. Só isso mesmo” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

“Eu fico sem comer quando eu fico sem dinheiro. Quando eu passo por coisa ruim... Quando eu não tinha dinheiro p’ra comprar comida, nem para pagar água nem luz, voltou esse problema” (Sérgio, 42, M, solteiro).

“E aquilo ali me causou um sofrimento maior do que o que eu já vivia porque a gente dividia a despesa não ajudando [...] E foi o tempo que eu não consegui mais sobreviver mais com aquilo porque isso não é viver, chega um momento que a gente não consegue nem mais sobreviver. A gente precisa fugir, tentar de alguma forma... Eu precisava de dinheiro” (Nuno, 29, M, união estável).

As falas acima remetem ao desemprego, à fome, à privação material, à vergonha da própria condição enquanto experiências fragilizadoras da saúde mental. A grande parte dos entrevistados vive com apenas um salário mínimo que, em muitas ocasiões, é dividido para as despesas de toda a família. Alguns não têm renda alguma e dependem exclusivamente dos familiares. A preocupação em satisfazer necessidades básicas é uma constante em suas vidas. A maioria (ou algum membro da família) sofre com outros problemas de saúde como diabetes, problemas cardíacos, hipertensão, hérnia de disco. A falha na distribuição de medicamentos psicotrópicos, que deveriam ser fornecidos gratuitamente pelo poder executivo municipal, também é um agravante. O receio de não ter recursos suficientes para comprar o medicamento abate alguns usuários, haja vista que o tratamento medicamentoso é considerado fulcral pela maioria. Muitos gastam praticamente a pouca renda que têm com a compra de medicamentos.

Podemos perceber que a pobreza é significada pelos entrevistados como fragilizador de sua saúde mental, mas também na situação de sofrer uma doença mental a pessoa se torna mais empobrecida (muitos abandonaram o trabalho e/ou os estudos, por exemplo). Desta forma, conforme a OMS (2001), uma pessoa pode ser predisposta à doença mental devido à sua situação social enquanto outra que vivencia uma doença pode enfrentar maiores privações pelo fato de estar doente. Tanto a pobreza pode determinar a doença quanto a doença pode favorecer a pobreza.

Vale ressaltar que, na vivência da pobreza, a situação das mulheres é agravada pela sua condição de gênero. A própria OMS (2001) reconhece o peso dos múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres, que continuam arcando com o fardo de ser as principais responsáveis na esfera do lar sob a condição de esposas, mães, educadoras, provedoras de atenção para os outros. Simultaneamente, entram cada vez mais no mercado formal e informal de trabalho. Não é surpresa que elas sejam mais vulneráveis à doença mental quando pensamos na conjugação entre gênero e classe social:

“Depois que eu saí da casa da família lá (quando era empregada doméstica), consegui duas pessoas p’ra trabalhar na casa deles: um rapaz da (loja), que a mulher dele até morreu num acidente, e também na casa da (ex patrão), trabalhei lá um mês. Nessa época, meu marido foi p’ra (cidade) caçar comida p’ra gente, ia caçar bosta nos matos p’ra vender, fazia bico. Eu ia deixar meus filhos na creche p’ra ir trabalhar também e eu subi no banco da praça e pedi p’ra trabalhar e, aí, eu ficava lá pedindo ajuda p’ra trabalhar, p’ra dar de comida p’r’os meus filhos. Eu não tinha emprego, eu fazia qualquer tipo de coisa... Eu tinha que ficar em casa e tentar trabalhar em casa, mas tendo que trabalhar fora também. Mil preocupações... Aí, eu entrei numa depressão tão grande... A gente ia dormir com fome, só com a água do pote. E eu preocupada... Comigo, com meus filhos pequenos sofrendo [...]Teve a ver com minhas crises, com meu problema” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Deolinda, que durante tempos foi empregada doméstica em casas de família (ocupação da qual ela se orgulha muito), passou anos sem receber diretamente um salário. Em troca do seu trabalho, recebia moradia e comida. Uma das famílias para as quais trabalhou sugeria que Deolinda casasse com um rapaz com melhores condições socioeconômicas. Mas ela não aceitou e preferiu ter um relacionamento com o seu atual companheiro, pobre, mas, como diz, “com amor”. Ser jovem e fugir de casa para trabalhar, partir de um meio rural para um meio urbano, ter socialização com outros para além de sua família, dispensar uma união arranjada, manter um relacionamento por escolha própria: estas foram estratégias de resistência que Deolinda encontrou para contrariar o seu destino social, mesmo que elas não tenham ocorrido sem consequências – ser despedida do trabalho, ficar mais empobrecida.

“Eu fugi de casa (do interior) p’ra trabalhar. E aqui, (em Parnaíba), eu conheci o meu marido, mas o pessoal da casa que eu comecei a trabalhar queria que eu casasse com outro [...] Então, eu saí da casa deles quando eu conheci este meu marido [...] Depois, eu levei ele p’ra conhecer minha família. Eles (família de Parnaíba para a qual trabalhava) disseram que o meu marido não tinha condições. E, realmente, ele não tinha, mas aí eles me ajustaram

uma pessoa p'ra eu namorar ele, o (nome do rapaz), lá do bairro (nome do bairro). Ele tinha comércio, ele tinha carro, ele tinha tudo, e eu fiquei imaginando assim na minha vida. 'Olha, eu sou uma pessoa que trabalha em casa de família. Depois, ele vai querer passar na minha cara que eu não tenho condições, que eu trabalho disso e aquilo outro. Se ele disser isso comigo, eu vou querer bater nele e, então, não vai dar certo' [...] O outro tinha condição e o meu marido era fraco, não tinha emprego, não tinha casa, não tinha nada. O outro tinha comércio, boas condições e eu ficava com vergonha porque ele 'tava com boas intenções de casar comigo, ajeitado pelas pessoas, mas só que eu não tinha amor por ele [...] Na época, a mulher p'ra quem eu trabalhava me botou p'ra fora porque eu não casei com ele. Eu fiquei muito sentida porque eu gostava deles como uma mãe e um pai" (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

A pobreza também surgiu para algumas mulheres que, num dado momento de suas vidas, tornaram-se as principais provedoras do lar. Observamos isto no relato de Catarina, que teve a sua situação econômica bastante prejudicada após a separação do marido e, principalmente, após a morte do filho mais velho (que era o principal provedor depois da separação). Expressa bastante dificuldade para criar os filhos sozinha:

"Porque quem me ajudava era ele... O meu filho. Ele que dava tudo. Agora eu 'tou me virando nos 30 [...] Lá em casa, verdura nascia na geladeira. Agora é a coisa mais difícil do mundo [...] Nenhum apoio financeiro [...] Eu tenho que dar conta de pagar uma água, pagar uma luz, pagar um INSS, comida, tudo ser só eu. Diga como eu vivo? É só esses 400 reais que ele (ex marido) dá? O que eu faço? Comecei a vender boticário, saio de manhã e de tarde."(Catarina, F, 56 anos, divorciada).

A situação de Catarina faz-nos pensar, *a priori*, no conceito de feminização da pobreza. Este foi criado nos Estados Unidos, pela década de 1970, para destacar, em termos estatísticos, o aumento de lares chefiados por mulheres e a relação disso com a deterioração de suas condições de vida em termos de pobreza (Aguillar, 2011). No geral, pode-se entender que os lugares sociais construídos para homens e mulheres afetam especialmente as mulheres chefes de família, fazendo com que estas se tornem mais empobrecidas. No entanto, como defende Aguillar (2011), o termo feminização da pobreza torna-se impreciso porque reproduz um discurso no qual a feminização é reificada como algo dado e vinculado diretamente com a focalização da chefia feminina dos lares. Isto acaba reforçando os diagnósticos sobre a pobreza como um problema social desconectado de suas causas estruturais e do mercado de trabalho. Conforme a autora, é mais vantajoso se preocupar não com as formas visíveis do fenômeno a partir do diagnóstico da feminização (expressa especialmente no aumento de lares com chefia feminina), mas com as causas a partir das quais os lares adquirem estas características e a sua correlação com situações de desigualdade ou vulnerabilidade. Isto porque o foco nos lares chefiados por mulheres como os mais pobres entre os pobres dá a impressão de que a pobreza se deve mais às características do lar (que inclui o estado civil e marital) de quem os chefia do que aos contextos macrossociais e econômicos nos quais está situado este lar (Chant citada por Aguillar, 2011).

Além disso, o modo de analisar a feminização da pobreza com foco nos lares chefiados por mulheres pode reproduzir situações de vitimização e de carência em todos os casos, ocultando as situações nas quais chefiar a família pode ser positiva (inclusive quanto à saúde mental) para as mulheres. Este não parece ter sido o caso de Catarina, mas o de Serafina, que enfatiza uma melhora na sua vida, de maneira de geral, e do seu estado de saúde, em particular, após ter se separado do marido e escolhido viver sozinha quando começou a receber o benefício assistencial. Até em termos econômicos sua vida melhorou, pois antes não administrava os recursos familiares. No caso de Serafina, chefiar o seu domicílio gerou bem-estar. Ou seja, as causas para a chefia de lares por mulheres são variadas e tal condição não resulta automática e necessariamente em pobreza e deterioração da saúde. Também expressa uma diversidade de significados para quem a experiencia. Como afirma Macedo (2008: 389), a chefia feminina é uma situação vivenciada “por mulheres pertencentes a diferentes classes sociais e, em especial, aquelas residentes nos grandes centros urbanos”. É necessário romper a associação direta entre chefia feminina dos lares com processos de exclusão que acabam por definir um padrão tradicional de família “parcial” ou “incompleta”. Sob esta lógica, a chefia das mulheres é tida como sinônimo de quebra de valores familiares, de desorganização familiar e vulnerabilidade socioeconômica. Reforça estereótipos de vulnerabilidade e pobreza (idem). Por outro lado, não é difícil imaginar que estes valores e estereótipos em torno de ser “chefe de família” também possam afetar as experiências quanto à saúde mental.

Com base em Chant e Medeiros e Costa, Aguillar (2011) propõe, em vez de feminização da pobreza, utilizar outros termos com maior capacidade analítica. São eles: a feminização da responsabilidade e da obrigação ou a feminização das causas da pobreza. O primeiro diz respeito a como a carga de super vivência familiar recai desproporcionalmente sobre as mulheres: elas acabam assumindo uma maior responsabilidade frente às situações de pobreza (Chant citada por Aguillar, 2011). O segundo propõe enfatizar o caráter de processo social sobre como as hierarquias de gênero atuam de maneira a produzir e reproduzir situações de pobreza (Medeiros e Costa citados por Aguillar, 2011). Ambos sugerem que a feminização é um processo (e não um estado) construído a partir de relações sociais mais amplas e supõem a categoria gênero, que recupera o seu caráter relacional. Macedo (2008), por sua vez, sugere o termo “pauperização das mulheres”.

A separação do marido e a consequente assunção da chefia do lar por Catarina de fato teve a ver com o seu empobrecimento. E, segundo a mesma, isto trouxe sofrimento. Mas não podemos pensar na sua situação de pobreza reduzida à ausência do marido. Uma perspectiva

de gênero ajuda a compreender o empobrecimento porque, mesmo tendo outros filhos adultos, Catarina assumiu a responsabilidade. Isto pode ter tido relação com uma ideologia de gênero que, segundo Macedo (2008), define a identidade primeira de tal grupo: primeiro, mulher; depois, chefe de família. Antes de ser chefe de família, é mulher-mãe que deve exercer tal papel. Aliás, tornou-se chefe de família precisamente por ser mãe. Na sua intersecção com idade/geração, uma perspectiva de gênero ajuda a compreender porque Catarina teve dificuldades de conseguir trabalho ao se tornar a principal provedora: ela, que se separou com aproximadamente cinquenta anos de idade, sem qualificação, com pouca escolaridade (interrompeu a trajetória de trabalho/estudo quando virou “mãe de família”), com filhos... Some-se a isto a dupla jornada de trabalho. Ao mesmo tempo que trabalha informalmente, cuida das tarefas domésticas e provê cuidado aos filhos mais novos. Era quase impossível, em tais condições, Catarina manusear sem dificuldades o seu domicílio, a própria vida. Aqui, sim, foi possível desvendar os entrelaçamentos entre desigualdades e discriminações já anteriormente presentes em sua trajetória, mas que impactaram a sua experiência enquanto mulher chefe do lar – experiência porque se configurou de uma forma que gerou pobreza e é perspectivada em termos de piora da saúde.

Além da vivência de pauperização pelas mulheres e todas as dificuldades impostas por tal condição, outro aspecto que gera sofrimento é ser alvo de preconceito por ser pobre. Em diversas ocasiões, Deolinda sentiu-se tratada de maneira negativamente diferenciada nas suas relações sociais cotidianas por ser vista a partir de uma condição de inferioridade:

“Quando foi p’ra eu ter meu filho, a gente não tinha água encanada em casa, era água do poço. Meu marido foi falar com eles, com a sobrinha dele p’ra ajudar no meu resguardo e ela disse que, p’ra minha casa, só vinha se fosse o diabo. Isso aí me marcou muito, que só vinha o diabo p’ra minha casa porque eu era muito pobre. Eu não tinha uma televisão, não tinha um rádio, não tinha um sofá, som. Eu só tinha as panelas e um pote. Ele ficou triste, ele chorou... O meu marido. Ele não queria contar p’ra mim porque eu já ‘tava perto de ganhar neném, mas eu perguntei: ‘Nego, por que você ‘tá triste? E não adianta negar, não, porque tudo que eu tenho eu conto p’ra você. Você tem que se abrir comigo’. Então, ele contou que ‘tava com vergonha, que foi na (localidade da zona rural) pedir p’ra sobrinha dele ficar comigo durante o meu resguardo e aí ele soube que só o diabo pisava na minha casa porque eu sou muito pobre. Eles iam p’ra casa dos outros irmãos dele porque tinha som, tinha umas coisas boas e eu não tinha nada” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Deolinda descreve com sentimentos negativos algumas situações vivenciadas por conta de sua condição. Sente-se desprezada por ser pobre. De acordo com Sarti (1994), “pobre” é uma categoria que carrega conotações morais, não diz respeito apenas às desigualdades sociais em si, mas é relativizada pelo prisma moral.

Falando de aspectos identitários, num contexto onde mulheres estão em desvantagem simplesmente pelo fato de serem mulheres, a mulher pobre pode ser alvo de preconceito e/ou

discriminação inclusive por outras mulheres em melhores condições de vida. Há diversas feminilidades transversalizadas por outros marcadores sociais (Bandeira e Batista, 2002). Conforme Bandeira e Batista (2002), a heterogeneidade entre as mulheres, tal como ocorre com outras categorias identitárias, pode gerar preconceitos quando um determinado atributo tido como regra social é valorizado em detrimento de outro visto com valor negativo. É o que pode ocorrer entre mulheres brancas e não brancas, mulheres jovens e não jovens, mulheres ricas e pobres (idem). Possivelmente isto pode ter ocorrido com Deolinda, que se sentiu desvalorizada pela sobrinha por ser pobre. Como aponta Holmes (2007), a classe diz respeito à posição de alguém numa hierarquia social ou sistema de estratificação com base no que se faz, quanto dinheiro recebe, o acesso que isto oferece para obter outros recursos, o grau de controle que se tem sobre o próprio trabalho e o respeito que se recebe dependendo da posição que se ocupa na hierarquia. Especialmente sobre este último aspecto, quanto menor o respeito oferecido a uma pessoa, maior a chance de sofrer preconceito, maior a chance de sofrer danos psíquicos.

Além do desemprego, da fome, da privação material e do preconceito sofrido por ser pobre, outros aspectos associados à situação de pobreza também surgiram como experiência fragilizadora da saúde mental. Entre eles, estão as condições precarizadas de trabalho em meios rurais. Dificilmente um trabalho marcado por instabilidade e vulnerabilidade, exercido por pessoas pobres e com baixa escolaridade, pode levar à mobilidade social. Ao contrário, gera insegurança e medo da fome, problemas orgânicos de saúde, exclusão do espaço público com impactos na identidade (principalmente masculina), baixa remuneração, o que, conseqüentemente, perpetua a situação de pobreza. A instabilidade no trabalho foi apontada enquanto fonte de sofrimento:

“Tudo só por causa do meu serviço (tentativas de suicídio). Eu trabalhava só de roça, vendia carne, cortava a carne, carne de porco, carne de criação, galinha, capote, peru, pato. Tudo eu vendia. Vendia ovo, vendia tudo, vendia peixe. Trabalhava de roça, tinha minhas safras grandes, aí acabou minhas safras tudo... Aí, eu me achei muito apavorado, muito agitado... [...] Mas eu não me conformava, não. Acabou minhas safras e aí hoje, p'ra comer um quilo de qualquer alimento, eu preciso comprar e é caro [...] É por causa mais do meu serviço, do meu trabalho, porque eu perdi tudo o que eu tinha [...] Eu pensava que eu não ia mais arranjar safra nenhuma, que ia morrer de fome, ia passar muita necessidade” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Um resultado similar foi encontrado por Bezerra (2017) em seu estudo com homens de meios rurais e urbanos da Paraíba, nordeste do Brasil, a respeito das causas de adoecimento psíquico. A autora ressalta que homens moradores de meios rurais sinalizaram em suas falas os longos períodos de seca e estiagem. Isto está relacionado com a própria constituição das áreas rurais nordestinas, onde a seca tem sido responsabilizada pela situação de miséria e pobreza dos trabalhadores. As dificuldades em torno da produção da colheita e da comercialização dos

produtos, principalmente nos tempos de seca, pode gerar incerteza, estresse e muitas dificuldades financeiras para os moradores das cidades rurais (idem).

Também a vulnerabilidade na execução do trabalho foi mencionada. Crispim sofreu diversos acidentes materializados em danos físicos e psicológicos que comprometeram, ainda a partir da infância, a vida produtiva. Neste sentido, Bezerra (2017) apontou para dados semelhantes: os participantes da sua pesquisa, homens de meios rurais, associaram o seu adoecimento à perda da vitalidade física, nomeadamente em função do desgaste no trabalho com agricultura, da exposição excessiva ao sol e das variações climáticas que geram comprometimentos na saúde física e mental (idem).

“[...] Também por causa de um fogo que eu peguei, me queimei todo, fiquei com o sangue intoxicado, foi preciso ir tirar meu sangue em Teresina porque aqui não tinha aparelho p’ra tirar [...] Um monte de acidente... Um pau caiu na minha cabeça. Foi por causa do serviço, por causa dos acidentes. Eu magoava muito a minha cabeça. Isso aqui meu chega é fundo, o pau caiu aqui por cima chega fez um buraco, afundou o osso [...] Eu trabalhei muito de roça. Comecei a trabalhar com a idade de oito anos, eu desse tamanhinho, mais o meu pai e os meus irmãos” (Crispim, M, 55 anos, separado).

O testemunho de Crispim remete também para uma ideologia dominante que impõe, especialmente ao homem, mesmo para aquele que vive em meio rural, a necessidade de ter êxito via trabalho. Segundo Saffioti (1987), comumente, cabe ao homem ser o provedor das necessidades da família. Mesmo que a esposa trabalhe de maneira remunerada, ele é quem deve ganhar mais. Sendo o único ou um dos provedores do grupo familiar, não é permitido que fracasse, embora o êxito seja algo difícil de acontecer em uma sociedade com alto grau de desigualdades sociais. Ainda sustenta a autora (idem: 25): como exigir que todos os homens tenham sucesso no campo econômico? Como impor-lhes a necessidade de obter o seu sustento e de toda a família? Como responsabilizá-los pelo “fracasso”? Quantos não perdem o desejo de viver (como Crispim) face ao destino que a sociedade lhes reserva?

Outro aspecto no relato acima de Crispim conduz a mais uma face da pobreza que foi sentida negativamente quanto à saúde mental: o trabalho infantil. Apesar de a pobreza não ser necessariamente a causa do trabalho infantil, ela constitui uma de suas motivações mais comuns – caso dos entrevistados como Crispim, Deolinda e Serafina, que trabalharam desde a infância devido à inexistência de satisfação das necessidades básicas no âmbito de suas famílias. O trabalho funcionou como medida de sobrevivência e ocorreu principalmente na roça em contextos rurais. Todos tiveram comprometidas suas trajetórias escolares: Crispim, por exemplo, começou a trabalhar entre os oito e nove anos de idade e apenas assina o próprio nome; Deolinda estudou apenas os anos iniciais da educação básica e não chegou a concluir;

Serafina começou a trabalhar por volta dos dez anos e também não foi além da educação básica. Acrescente-se o serviço doméstico para as meninas, socializadas desde cedo para assumir esta função, tal como aponta Serafina sobre a “causa” de sua doença mental:

“Logo assim que começou esse problema em mim é porque eu nasci na casa dos meus pais, eu era muito sufocada de serviço. Em casa, na roça. Eu era criança, eu devia ter mais ou menos uns dez anos, a mamãe já me botava p’ra tirar mel, tirar aquelas abelhas. Isso lá no (localidade). Minha vida foi muito sofrida no interior [...] Eles trabalhavam de roça, eu ajudava eles no serviço, meus irmãos também. A gente comia era peixe seco, minha mãe botava de molho p’ra tirar o sal e a gente comia com cuscuz, só que eu não gostava [...] Nem fui de ir p’ra festa, mamãe não deixava e também ela me botava muito no serviço e eu cansava mesmo trabalhando de roça, capinando, plantando” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Aqui a questão da dupla jornada de trabalho parece se repetir para a mulher menina. Além de trabalhar na roça, ainda era designada para exercer tarefas domésticas enquanto parte da condição de ser mulher. Desde muito cedo, Serafina teve reduzido ao extremo o seu leque de escolhas. O trabalho dividido entre a casa e a roça impactou o seu acesso à educação. Sem escolaridade, as chances de um futuro com mais garantias diminuiriam drasticamente. Tinha pouco tempo para o lazer. Relembramos que Serafina foi estimulada a casar com quinze anos de idade, evento motivado especialmente pela sua situação econômica precária. Suas possibilidades de melhorar de vida ficaram praticamente restritas ao casamento, que aconteceu sem Serafina escolher quando e com quem, e à maternidade – embora tenhamos conhecimento dos inúmeros sofrimentos vivenciados por ela na sua relação com o (ex) marido e os filhos. A junção de todas estas vivências foram tidas como experiências fragilizadoras de sua saúde. O itinerário de sofrimento psíquico de Serafina começou bastante cedo, ainda na infância, atravessado por questões de gênero e classe.

5.3.4 *Bullying*: corpo, práticas, posses e habilidades

Ser alvo de *bullying* em diversos espaços sociais também surgiu nas experiências de alguns entrevistados. Segundo Mattos e Jaeger (2015: 350), o *bullying* “se configura em um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas como, por exemplo, implicância, discriminação e agressões verbais e físicas”. Arabela, Beto e Crispim relataram uma série de situações nas quais se sentiram ou ainda se sentem humilhados e foram experienciadas por eles como fragilizadores da saúde. Entretanto, a forma pela qual o *bullying* é realizado pelos autores e recebido pelas vítimas está fundamentada em representações de gênero. Eis a fala de Arabela:

“Olha, eu sinto falta de ter amizade... Quando eu era criança, teve muito *bullying* comigo. Quando eu era menor, eu era muito magrinha, então, as pessoas achavam ruim. Apelidavam... Magricela... E aquilo doía. Com onze, treze anos, eu engordei um pouquinho. Aí, já começaram a me chamar de baleia. Tinha uns jovens que jogavam bola na

minha cabeça, me botava p'ra brigar com pessoas que nem tinham feito nada comigo” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

Segundo Arabela, o *bullying* sofrido durante os tempos de escola ocorria através do uso de xingamentos (magricela, baleia) que simbolizam o controle social do corpo das mulheres através da aparência. E, como se sabe, o corpo tem um papel ativo nos processos de gênero (Connell, 2013). No caso, os xingamentos sofridos pela entrevistada remetem para a exigência sobre o corpo feminino quanto aos padrões de beleza estabelecidos em uma dada época e cultura. Falamos do corpo feminino aqui porque, como informa Bordo (1997), embora a nossa cultura seja narcisista como um todo (o que inclui homens e mulheres), é inevitável reconhecer que a preocupação com a aparência afeta de modo mais incisivo as mulheres. Segundo a autora, mesmo com a abertura do âmbito político às mulheres, o panorama contemporâneo mostra que elas gastam muito tempo com o tratamento e a disciplina de seus corpos, guiadas por um ideal de feminilidade evanescente, mas homogeneizante, mesmo que sempre em mutação. A busca por este ideal pode ocorrer sem fim e sem descanso e exige das mulheres que se adequem às constantes mudanças – muitas vezes insignificantes e/ou extravagantes – da moda (idem). Seus corpos são docilizados, disciplinados, sujeitados, orientados para o aperfeiçoamento (Foucault, 1987).

Boris e Cesídio (2007) resumem da seguinte maneira: no caso da cultura ocidental, sob a interferência do capitalismo, a subjetividade feminina que se destaca é a da mulher sensual e provocante, estável profissional e financeiramente. Por outro lado, influências conservadoras (por parte da Igreja ou da família, por exemplo) ainda atuam sobre tal subjetividade valorizando traços como obediência e padrões de moralidade. Por influência da cultura, a construção da subjetividade engloba modos de linguagem, hábitos, costumes, padrões de comportamento, valores, modelos de apreciação estética, estes especialmente voltados ao corpo. Ainda segundo os autores, a mídia, ao impor padrões estéticos, éticos e políticos quanto aos corpos exerce cada vez mais peso sobre a existência dos sujeitos, tocando as suas subjetividades. Como argumenta Touraine (2007), o corpo tem uma importância extrema por funcionar enquanto espaço de relação consigo e de construção de si.

As estratégias de *marketing* utilizadas em contextos capitalistas são fortes a tal ponto de criar desejos, sonhos, fantasias, anseios e angústias com o objetivo de que os sujeitos consumam o que se lança no mercado. E, frequentemente, contra qualquer tentativa de substituir ou transformar relações de poder, os jornais, as revistas e outros dispositivos utilizados pela mídia mais promovem relações de gênero tradicionais que anseios de mudança (Bordo, 1997). Conforme Touraine (2007), atualmente, as mulheres buscam cada vez mais experimentar o

prazer do corpo, submetendo-o a transformações pela maquiagem, ginástica ou cirurgia estética. Entretanto, é difícil traçar a fronteira entre uma sexualização do corpo da mulher por e para ela mesma (num sentido mais libertador) e aquela que responde às demandas de outrem, sobretudo, os homens (num sentido mais conservador).

No caso de Arabela, no contexto de sua infância/adolescência, não se podia ser gorda nem magra ao extremo, embora hoje o modelo corporal feminino em voga, bastante difundido na mídia ocidental, seja o da mulher super magra. Como afirma Goldenberg (2013), no Brasil, o corpo valorizado é aquele cuidado, sem marcas (rugas, estrias, celulites, manchas), sem excessos (flacidez). É o corpo trabalhado e o único que, mesmo despido, está decentemente vestido. Além disso, o corpo, por funcionar como um capital, também pode influenciar o destino no mercado amoroso, no mercado sexual e no mercado de trabalho (idem) – não apenas, mas, especialmente, para as mulheres. É sinal de distinção. Em suma, o corpo é marcado por uma construção ideológica da feminilidade que sempre está a homogeneizar e normalizar, a despeito das diferenças de raça, classe e outras, objetivando que todas as mulheres aspirem a um ideal coercitivo e padronizado (Bordo, 1997). Entretanto, isto rende consequências para a subjetividade.

Como afirma Bordo (1997), mulheres são todos os dias disciplinadas e podem memorizar nos próprios corpos os sentimentos e a convicção de carência e insuficiência, achando que nunca serão suficientemente boas. Ainda segundo a autora, a disciplina e a normatização do corpo feminino são talvez as únicas opressões de gênero que se exercem por si mesmas, apesar de variarem em graus e formas a depender da classe social, idade, raça, orientação sexual.. Lembremos de Bourdieu e Foucault, para quem a dominação/o poder não se exerce simplesmente por um grupo dominante contra um grupo dominado: dominantes e dominados geralmente estão “na mesma vibração”, isto é, são guiados pela mesma lógica. Neste caso, como afirma Bordo (1997: 21), baseada em Foucault, o poder exercido sobre os corpos femininos, mais que repressivo, é constitutivo especialmente quanto à feminilidade, “onde tanta coisa depende da aparentemente voluntária aceitação de várias normas e práticas”. Portanto, quem está do lado dominado, está à mercê de sofrer consequências: desmoralização ou, mais concretamente, *bullying* na escola, como ocorreu com Arabela. Do *bullying* ao sofrimento psíquico foi mais um passo porque, de certa forma, Arabela sabia que não estava a cumprir certos ideais estéticos.

Sob uma lógica similar ao que ocorre com o corpo enquanto capital, especialmente para as mulheres, outros tipos de capital são priorizados pelos homens. No nosso estudo, uma

frágil sociabilidade, bem como a falta de posses ou certas habilidades físicas, psicológicas ou intelectuais constituíram razões para que Beto e Crispim fossem alvos de *bullying* por vizinhos e membros da família, respectivamente. Vejamos o relato de Beto:

“Os meus amigos, que eu curtia a vida com eles, que eu saía com eles p’ra conversar, curtir a vida... Então, depois disso que eu aceitei Jesus, que eu entrei na igreja, os meus amigos começaram a se afastar de mim, a falar mal de mim. No começo, eu fiquei traumatizado porque eles falavam mal de mim. Fiquei com trauma, fiquei doente. Falavam mal, com falsidade... ‘Olha, o Beto, na casa dele, ele toma é café com farinha de puba’. Porque eram pessoas que tinha mais posses de renda. Tiravam onda comigo porque eu andava com eles, comecei a ir p’ra igreja e eles eram falsos comigo. Eu adoeci, aí, que eles se afastaram mesmo e passou a haver uma barreira entre mim e eles, e as pessoas normais. Aí, eu tive o problema” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Beto sente-se humilhado pelos amigos por ter passado a frequentar a Igreja e por ser pobre. A escolha de mudar o estilo de vida teve como consequência a redução da sua sociabilidade. O fato de ele se desligar do grupo de amigos soa como uma espécie de deslealdade para com os seus pares, afinal, parou de partilhar com eles o mesmo código. Já não frequenta os mesmos espaços, parou de consumir drogas e até deixou de ouvir certos tipos de música. E os amigos, segundo Strey e Pulcherio (2010), são uma das principais maneiras de se aprender a masculinidade nas sociedades industrializadas.

O relato de Beto também expressa a importância de se ter dinheiro/bens materiais como prova de poder e masculinidade. Ser um homem “de verdade” é ter capacidade de consumo. Dinheiro proporciona, até certo grau, independência, característica valorizada especialmente para o masculino. Portanto, por ser pobre/dependente, é desqualificado não apenas quanto à classe social, mas no tocante à sua própria identidade masculina. Como sugerem Rocha e Torres (2009), o fracasso de classe também é um fracasso de gênero.

Não portar certas habilidades também surgiu enquanto aspecto potencializador de *bullying* e vivenciado enquanto sofrimento:

“Uma das coisas que mais me deixou p’ra baixo [...] Um irmão que mora na (cidade), que é encostado em mim. Eu nasci num ano e ele nasceu no outro. Com a idade de quinze anos, ele foi embora p’ra lá e nunca mais veio. Um dia, ele veio e, aí, ele me disse uma coisa que me humilhou muito. ‘Oh, um otário velho como tu só no interior, não quer ir p’ra cidade, abestado, besta, otário que nem tu na rua. Não sabe de nada. E eu sei dirigir, sei tudo, sei ler, sei tudo, graças a Deus’. Aí, meu pai dizia assim p’ra ele: ‘rapaz, dá graças a Deus que teu irmão (o Crispim) tá ao menos vivo porque, depois de tudo o que aconteceu com ele, já era p’ra ele ‘tá é morto se a gente não tivesse cuidado com ele’. Eu achei um pouco de traição o que ele fez comigo. Ele me humilhou, me rebaixou muito. Ele foi p’ra casa de um cunhado dele. Eu fiquei trabalhando no serviço pesado todo tempo. Uma humilhação das grandes. Ele se acha melhor que eu. Não sei dirigir, só sei andar de bicicleta, nem de motor, eu não sei. Ele sabe dirigir todo tipo de carro” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Crispim afirma ser desmoralizado pelo fato de o irmão ser portador de certas habilidades que o elevam enquanto homem, como saber ler e dirigir. Ter se mudado para uma zona urbana parece ter potencializado tais habilidades para o irmão, algo que não aconteceu a

Crispim porque ele, que nunca saiu do interior, não “quis”, não se empenhou o suficiente, como poderia ter feito. O resultado foi não ter melhorado o seu *status* social e, conseqüentemente, tido a sua masculinidade avaliada e desaprovada.

Merece destaque o fato de os homens entrevistados terem sido alvo de *bullying* por outros homens. Isto demonstra que uma sociabilidade masculina engloba um senso de competição que, no fundo, serve para “medir” o quanto se é homem. Homens impõem uns aos outros exigências das mais variadas naturezas: quem trabalha mais, quem ganha mais, quem sabe fazer mais coisas, quem “pegou” mais mulheres, quem bebe mais, quem tem mais amigos, mais força física. Como dito, há diversas masculinidades (Connell, 2003; Kaufman, 1995; Gomes, 2008) e, embora partilhem valores em comum, são desiguais por ocuparem distintos lugares numa escala hierárquica. Segundo Welzer-Lang (2001), mesmo os homens, dominantes, enfrentam as hierarquias masculinas, pois nem todos têm acesso ao mesmo poder e aos privilégios.

Nesta batalha diária, aquele que não consegue ser minimamente bem sucedido em determinados aspectos, está à mercê de ser reprovado pelos demais. Beto e Crispim, que partilham os códigos de virilidade impostos a eles e outros homens, percebem que estão “atrás” em alguns aspectos na hierarquia que talvez mais fundamenta as suas próprias existências.

5.3.5 “Joga pedra na Geni!⁸⁵”: o controle da sexualidade feminina

De acordo com Giddens (1992: 33), a “sexualidade é uma elaboração social que opera dentro dos campos do poder, e não simplesmente um conjunto de estímulos biológicos que encontram ou não uma liberação direta”. Segundo Foucault (2003), a partir do século XVII e em contextos ocidentais, a sexualidade foi regulada menos por questões de repressão/proibição em si e mais para fortalecer o Estado como um todo. Mais que um julgamento sobre o sexo, existia uma preocupação em policiar o seu uso. Por trás de uma aparente repressão, havia, na realidade, a incitação. Pela igreja, pela psiquiatria, pela literatura, pela justiça penal... Mesmo que sob a capa da interdição, passou-se a falar mais e mais sobre o sexo. O objetivo destes discursos era a regulação dos indivíduos. Neste sentido, há saberes e poderes associados com a sexualidade.

⁸⁵ Trecho da música de Chico Buarque, “Geni e o zepelim”, de 1978. A música refere Geni, supostamente uma travesti, ora aclamada ora apedrejada pela cidade.

Foucault não problematiza as questões de gênero relativas à construção histórica da sexualidade. Entretanto, revela como um dispositivo da sexualidade exerce poder e controle mais ou menos sutil sobre a maneira pela qual os indivíduos se relacionam com os seus corpos e faz-nos compreender as origens sociais da sexualidade. Corpos são docilizados, regulados, treinados e entregues às normas culturais. Como sugere Bordo (1997), corpos são agentes da cultura e lugar prático direto de controle social.

Sobre a obra de Foucault, Giddens (1992: 31) informa que, já no século XIX, entre os discursos existentes sobre o sexo, havia aqueles sobre as mulheres: “a sexualidade feminina foi reconhecida e imediatamente reprimida”. Assim, divergindo de Foucault (quanto a uma aparente repressão/censura), Giddens afirma uma real repressão e censura⁸⁶ sobre a sexualidade, principalmente a feminina, “como podem plenamente atestar várias gerações de mulheres” (idem). O poder social sobre os corpos soma-se ao fato de o comportamento feminino ser avaliado principalmente em termos corporais. Mesmo que, de uma maneira geral, tal poder se faça sobre todos os corpos, há um peso sobre os corpos femininos. Neste sentido, pode-se afirmar que o mundo da sexualidade ou o que os corpos fazem são dominados por uma cultura em prol do masculino.

Como expressa Gomes (2008), a sexualidade (vista como o exercício da atividade sexual), embora seja uma expressão dos sujeitos, não se reduz ao seu funcionamento biopsíquico porque é influenciada por um contexto cultural que a autoriza. Não é, portanto, autônoma. Discursos e práticas sobre a sexualidade são atravessados pelas desigualdades entre os gêneros. O que é considerado ser um homem ou uma mulher ajuda a entender melhor a sexualidade. Analisamos nesta seção de que maneira a vivência de mulheres sobre a sexualidade – tão reprimida, negada e temida – esteve presente na constituição do adoecimento psíquico, visto elas serem “herdeiras de uma moral inquisidora” (Mizrahi, 1990: 15).

De acordo com Gomes (2008), as sexualidades de homens e mulheres são determinadas e se tornam viáveis, ou não, no âmbito das relações de gênero socioculturalmente construídas e demarcadas. Este autor afirma que os seres humanos precisam de um aprendizado social para compreender de que forma, quando e com quem agir sexualmente e, além disso, agem dando sentido aos seus atos. Sob esta lógica, pode-se afirmar que as condutas sexuais das

⁸⁶ Um exemplo de censura, segundo Giddens (1992), foi o fato de a diversidade de textos sobre a sexualidade (principalmente em fontes médicas) estarem disponíveis em mínima escala à massa do público. Isto porque as revistas médicas e outras publicações semi-oficiais eram acessíveis a poucos e também, pelo menos até a última parte do século XIX, a grande parte da população não era alfabetizada. Portanto, havia de fato uma censura sobre a sexualidade, haja vista que tal temática estava praticamente confinada às áreas técnicas de discussão.

pessoas sofrem influências histórico-sociais e, sendo assim, embora sejam uma esfera específica do comportamento, não são autônomas.

São vários os tabus que rondam o exercício da sexualidade. Dizem respeito ao componente da discriminação e do preconceito “para o conjunto de palavras, atitudes, práticas e valores morais que a sociedade não aceita, conferindo-lhe significados negativos” (Furlani, 2007: 87). Tabus e uma vigilância em torno da sexualidade feminina estão na descrição dos itinerários de adoecimento:

“Sempre dizia (o pai) que eu era muito novinha p’ra namorar, essas coisas. Ele não sabia direito do namoro que eu tinha na época, mas ele dizia que eu era muito nova e se eu tivesse feito alguma coisa com ele, no caso, transar (fala baixinho), ele ia me trancar num quarto e não ia mais deixar eu sair. Eu tive esses problemas assim com ele, me deixava muito triste” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

“Uma vez, eu entrei em crise porque meu marido viajou e o meu sogro foi lá na minha casa olhar se eu ‘tava com macho. Eu fiquei deprimida. Me deu uma crise. Fiquei nervosa mesmo. Duvidou de mim. ‘Olha, seu (nome do sogro), não precisa o senhor vir me vigiar e olhar minha casa p’ra ver se eu ‘tou com macho, olhando se tem rastro” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

De uma maneira geral, a ideia da vigilância diz respeito ao fato de a mulher não ter a liberdade de exercer a sua sexualidade nas situações em que desejar, mas somente dentro de contextos bem delimitados como o do casamento. Ainda hoje, não é incomum que os roteiros sexuais femininos sejam estruturados para funcionar apenas neste âmbito. Por exemplo, Arabela era constantemente vigiada e violentada pelo pai porque era “nova demais” para namorar ou, mais especificamente, ter relações sexuais. Ela, enquanto mulher, deveria saber com quem e quando agir sexualmente (Boson citado por Gomes, 2008): com um marido e quando casada. Deolinda alega ter tido uma crise quando o sogro procurou averiguar se ela estava se relacionando sexualmente com outras pessoas na ausência do marido. Um requisito, o de ser mulher casada, ela já havia cumprido, mas ainda é necessário garantir a reputação de mulher fiel, de “um homem só”, extremamente importante na construção de uma identidade feminina valorada socialmente – tanto que encarou a atitude do sogro como uma grande ofensa. Em ambos os casos, a vigilância de seus corpos e de sua atividade sexual por membros homens da família visa manter a sexualidade “casta” das filhas e esposas, típica na esfera do casamento. Além disso, como sugere Bourdieu (2002), a reputação e a castidade, que definem o valor simbólico das mulheres, se constituem em medida fetichista da reputação masculina, o que orienta uma vigilância não apenas por parte dos esposos, mas também pelos pais e irmãos e, como visto acima, até pelo sogro.

Pode-se observar que a vigilância das mulheres (não apenas, mas principalmente) pelos homens ainda é fundamentada pela suposição de uma fragilidade moral:

“O seu filho deixou uma mulher e não uma cachorra. E, se fosse p’ra eu dar meu rabo, não precisava seu filho viajar, não. É meu corpo! Eu dou p’ra quem eu quero!”. Eu passei na cara dele. ‘Quem tem que respeitar sou eu. Eu não vou sair com qualquer um. Da primeira vez que eu escolhi o seu filho p’ra ser meu marido é porque eu quero ele p’ra ser marido. Eu jamais quero outro homem p’ra vida. Nem passa isso na minha cabeça’” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Interessante observar a expressão que Deolinda utiliza para demonstrar que é capaz de defender a própria honra/o casamento e, ao mesmo tempo, afirmar a autonomia sobre o próprio corpo/a sexualidade: ela diz que não é uma “cachorra”. Este xingamento – equivalente, no contexto brasileiro, a “vaca”, “piranha” ou “galinha” – tem conotação sexual. Faz referência a mulheres que têm relações sexuais com vários homens. Por ser ofensivo, diz respeito ao lugar que não deve estar e nem se constituir subjetivamente a mulher (Zanello, 2008). Além disso, refere-se a animais, seres que agem por instinto. Tal como as mulheres, frágeis/impulsivos/inconsequentes por “natureza”? Historicamente, a fragilidade moral feminina foi considerada em termos de ameaça ao equilíbrio social. A mulher, muitas vezes vista como uma espécie de “animal” no que diz respeito à sua sexualidade, precisava ser domada pelos homens (Del Priore, 1997), detentores da razão. Com isto, acabou sendo confinada ao espaço do lar. Tal como a natureza, merece ser domada, domesticada, civilizada. Esta crença ainda se faz presente hoje, não sem resistências, como podemos perceber pelo relato de Deolinda (“*É meu corpo! Eu dou meu corpo p’ra quem eu quero!*”). Mas nem por isso causa menos desgastes psíquicos, conforme perspectivado pelas entrevistadas.

Ao contrário dos homens, que são representados socialmente como seres sexualmente ativos e permanentemente desejosos de sexo, estas não são características desejáveis para as mulheres. Jovens homens costumam ter a atividade sexual como um rito para constituir a virilidade, como um aprendizado técnico. Para as mulheres, a primeira experiência sexual comumente é associada mais com o estabelecimento de vínculos afetivos do que com uma experiência sexual em si (Gomes, 2008).

Em suma, para os homens, variedade (inclusive em prol de sua própria saúde) e, para as mulheres, exclusividade sexual (Giddens, 1992; Gomes, 2008): o mesmo ato e distintas valorações atribuídas em função do gênero. Em ambos os casos, Arabela e Deolinda foram fiscalizadas e expostas a processos normalizadores. Isto porque a ameaça ou o rompimento efetivo da credibilidade feminina em termos de suas condutas sexuais afeta a reputação não apenas das mulheres que se comportam “mal” sexualmente, mas também dos membros da família próxima. Os homens, neste processo, se mostram enquanto os principais guardiões e vigilantes da honra feminina, o que, na prática, significa defender a própria honra que depende também, segundo Machado (2004), da respeitabilidade de todas as mulheres, e não apenas as

esposas, mas as que fazem parte de seu círculo de parentesco (filhas, noras, irmãs). Igualmente, Grossi (2004) afirma que a honra do homem na sociedade brasileira, entre outros aspectos, é constituída quando ele tem uma mulher “de respeito”. Ou seja, “recatada e do lar”⁸⁷ (e, de preferência, bela). No entanto, esta lógica propicia que os corpos femininos não sejam vistos como corpos humanos que têm desejos, mas aquelas que causam o desejo (masculino). O processo de fiscalização destes corpos ocorre por meio de uma violência (física, psicológica, moral) que, para as mulheres, constitui sofrimento. Corpos femininos que têm/expressam o desejo são corpos desonrados.

A partir deste ponto, damos destaque para a história de Abigail. Como o exercício da sexualidade está atravessado pelo ensino e aprendizagem de regras, o desvio das mesmas gera uma série de deteriorações e sofrimentos. O percurso a ser seguido está traçado de alguma maneira. Abigail cometeu alguns rompimentos face ao *script* da sexualidade escrito para as mulheres. Quem rompe, transgredir e, por isso, está à mercê da exclusão ou do abandono. Identificamos os “rompimentos”, uma série de “punições” para eles e a possibilidade de “salvação” para a mulher “transgressora”. No contexto que envolve rompimentos, punições e salvação, estão o sofrimento psíquico e a doença mental.

O primeiro rompimento de Abigail foi ter iniciado uma vida sexual muito “cedo” (adolescente). Mais rompimentos: antes do casamento, não com o objetivo de reprodução ou no contexto de vínculos afetivos necessariamente. Não por necessidade (financeira, por exemplo), mas casualmente, de maneira hedonista, pelo próprio prazer. Abigail transgrediu o tabu da iniciação sexual feminina antes do casamento. Como informa Furlani (2007), tal tabu considera a virgindade feminina como sinônimo de virtude, mas afirma a necessidade masculina antes do casamento – ou seja, retira da mulher esta possibilidade e revela uma hipócrita moral sexista na origem de tratamentos desiguais para homens e mulheres sobre direitos e deveres sexuais.

A iniciação sexual de Abigail ocorreu quase quarenta anos atrás: outra geração, pouca abertura para liberação sexual feminina – não que hoje isto seja uma questão bem resolvida⁸⁸,

⁸⁷ Adjetivos em referência à frase “Bela, recatada e do lar”, utilizada numa matéria jornalística para descrever a então primeira-dama do Brasil, Marcela Temer. A matéria ficou amplamente conhecida e gerou bastante polêmica, especialmente nas redes sociais, por conta de seu tom considerado machista. *Link* para a notícia: <https://veja.abril.com.br/brasil/marcela-temer-bela-recatada-e-do-lar/>.

⁸⁸ Isto porque, a despeito das mudanças na intimidade (nas esferas da sexualidade, da família, do casamento), a distinção entre as mulheres decentes e indecentes ainda ocorre, em certa medida, a partir do exercício da sua atividade sexual, bem como os homens ainda são valorizados a partir de uma ética da conquista masculina guiada pelo sucesso sexual (Giddens, 1992).

ainda mais em contextos predominantemente conservadores, como o de Parnaíba –, caracterizando um cenário bastante diferente daquele onde surgiu a sexualidade plástica que, nas palavras de Giddens (1992), é descentralizada, liberta das necessidades de reprodução, incentivadora do prazer da mulher e que promove a dissociação entre amor e casamento. A interdição sobre questões de sexo, conseqüentemente, influenciou que Abigail não tivesse acesso a uma educação sexual emancipadora.

Além de Abigail, outras entrevistadas na faixa etária dos cinquenta anos tiveram pouco acesso à educação sexual. Deolinda, por exemplo, não sabia o que era a menstruação e, anos depois de ter menstruado a primeira vez, foi o marido (mais jovem que ela) que a ensinou usar pensos higiênicos. Leonor não sabia como “era namorar” e apenas depois de anos deu-se conta de que era abusada sexualmente por um “namorado” (ela sendo uma criança e ele um adulto). Serafina relatou que, na época da sua juventude, as mães não davam muitos detalhes sobre a “vida de casada” para as filhas, algo que depois elas descobriam sozinhas e, na falta de preparação para agir diante de certas circunstâncias, acabavam traumatizadas. Assim, prevenção da gravidez, contração de doenças e a identificação de violência/coação sofrida no exercício da sexualidade eram temas fora de discussão. Tendo em conta a faixa etária de Abigail e das outras entrevistadas, pode-se afirmar, conforme Boris e Cesídio (2007), que o pudor no tocante à educação sexual das moças era tão intenso que retirava delas o direito de saber mais sobre a sexualidade antes do casamento, o que frequentemente fazia com que suas primeiras experiências sexuais fossem vivenciadas com culpa e vergonha.

Já mencionamos o fato de Abigail ter vivenciado sozinha suas duas gravidezes (sem os respectivos pais das crianças). A primeira delas, com um primo: o primeiro baque com a falta de apoio da família na ocasião de uma gravidez precoce oriunda de relações sexuais casuais. A segunda, com um rapaz da vizinhança, de quem gostava, com o qual mantinha uma relação duradoura de sua parte, mas não da dele. Nenhum dos pais assumiu as respectivas filhas. Aborto masculino? (Apenas) tecnicamente não, mas a decisão consciente de “sumir” – sem prestar qualquer tipo de apoio emocional ou financeiro –, adotada pelos pais das filhas de Abigail, foi um agravante em seu percurso. Como aponta Arilha (1998), aos homens resta uma possibilidade que não é factível para as mulheres: evadir. Para elas e eles, é possível deixar ser ou interromper a gravidez. Apenas para eles, todavia, é possível não precisar tomar qualquer decisão: sumindo (idem). Em nosso contexto sociocultural, a gravidez é vista como algo exclusivamente do mundo feminino. Para Abigail, significou mais punição e mais sofrimento

visto que, sob esta lógica, o fracasso foi seu, pois era a única responsável pelos processos reprodutivos.

Também é preciso mencionar o tipo de tratamento que Abigail recebia do segundo companheiro. Ainda na primeira gestação (do primo), recebia os gracejos do outro rapaz: “*Ele me conheceu criança. Ele era mais velho que eu. Quando foi um dia, ele, parece que viajou p’ra não sei onde, quando ele voltou, eu já tava mulher adulta, aí, ele ... Eu tava grávida da outra menina, aí, quando eu tirei a barriga, ele começou essas frescuras comigo*” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Abigail foi assediada por este companheiro desde a primeira gravidez. Certamente era vista por ele como mulher-objeto para cometer proezas sexuais e aventuras enquanto atos de dominação: “*Uma vez, eu ‘tava grávida da minha segunda filha... Eu ‘tava com 3 meses... Aí convidou p’ra ir p’r’os matos. Sempre esse negócio de mato! Eu fui...[...] Eu era novinha*”. A perda da virgindade, a gravidez não estando casada e não ter tido a sua criança assumida pelo pai funcionavam como a prova de que Abigail não era “mulher de respeito”. Ser “mãe solteira”, bem como ser viúva ou divorciada, pode significar, para alguns homens, que a mulher não é merecedora de um relacionamento sério. É um estigma especialmente para aquela mulher que se tornou mãe sem adquirir um relacionamento estável. Esta é tida como irresponsável e pode sentir sobre si o aprofundamento do *status* de objeto sexual que afeta as mulheres como um todo. Outra punição: a mulher que exercita a sua sexualidade como “bem quer” passa a ter que ficar à disposição dos desejos de outros. Quanto menor o seu “pudor”, menor o valor do seu corpo. Isto tem relação com uma economia das trocas simbólicas que, segundo Bordieu (2002), engloba o valor simbólico das mulheres: quanto mais preservadas a sua reputação e, especialmente, a castidade, maior o seu valor.

Como coloca Giddens (1992), em sua maioria, as mulheres têm sido classificadas entre as virtuosas e as perdidas. A virtude, neste caso, corresponde à recusa de uma mulher em sucumbir à tentação sexual. Ao falar sobre o contexto de Portugal no século XIX, Pais (1985) faz observação semelhante, talvez não muito diferente dos dias atuais, mesmo que com outros contornos: havia a mulher para casar, pura, abnegada e respeitadora (no caso, a mulher portuguesa) e a mulher para gozar, associada com as proezas sexuais fora do casamento (a mulher espanhola), “perdida”. A virtude de uma dependia da má reputação de outra (idem).

Mas também há uma cisão no conjunto das mulheres consideradas “perdidas”. Definitivamente, as perdidas não são apenas aquelas que realizam a atividade sexual por “necessidade”. Segundo Brandão (2008: 92), “a mulher cuja conduta sexual escapa ao ideal da castidade e ao contexto do casamento representa, pois, a mulher poluída e potencialmente poluidora, consagrada, ao longo dos tempos, nas imagens de diversas categorias sociais

particulares, das quais a prostituta é apenas a mais óbvia”. Todas são “perdidas”, mas, neste caso, Silva (2008) afirma a existência de uma construção ambivalente entre a prostituta “teatral” e a prostituta “genuína”. A primeira, é considerada “culpada”, pois a sua conduta é motivada especialmente pelo prazer – o estereótipo da mulher “fácil”; a segunda é tida como “inocente” porque sucumbiu à “má conduta” por razões de necessidade econômica, familiar ou psicológica. A princípio, Abigail pode ter sido considerada pelo companheiro como uma “perdida” ou “prostituta teatral”, que merecia um tratamento equivalente à sua reputação.

Abigail considerava o companheiro um namorado. Para ele, ela era uma amante (Abigail veio a descobrir que ele tinha uma esposa): *“Uma vez, eu fui atrás dele na casa dele e uma vizinha disse: ‘esse cara, ele era junto, separou da mulher, ela foi p’ra (cidade), mas voltou agora’. Fui na casa dele outra vez ... Todo mundo sabia, minha mãe sabia, era assumido p’ra todo mundo (o relacionamento entre eles). Mas, aí, a mãe dele me disse: ‘Olha, o Fulano, a mulher dele voltou e ele tá p’ra praia com ela. Você não venha mais aqui’”*. Não importa se Abigail sabia ou não que o seu companheiro era casado, ela era a amante, comportamento desvalorizado – outro rompimento. Foi alvo de violência física por parte da esposa de seu companheiro – outra punição:

“Com quatro meses de grávida, ele mandou a mulher dele me bater. Ele era junto com uma mulher e eu não sabia. Eu não sabia, fui atrás dele e vi ele com ela [...] Quando eu fui passando, eu já com a barriguinha, ele disse assim: ‘Que é que essa bicha tá olhando p’ra mim que eu nem conheço?’. Ela: ‘Quem é essa vagabunda?’. ‘Eu não conheço’. E eu grávida dele [...] Nós brigamos lá na beira do rio. Ela ia me jogar dentro d’água, eu não sabia nadar, foi obrigado o pessoal me socorrer” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Uma maior aceitação da infidelidade masculina pode ter justificado a agressão pública da esposa sobre Abigail, haja vista que, nestas circunstâncias, muitas mulheres traídas possuem a tendência de ver não o companheiro que trai, mas a rival enquanto a culpada. O dispositivo amoroso e a prateleira do amor, segundo Zanello (2017), englobam enquanto aspecto a subjetividade das mulheres em rivalidade umas com as outras (de querer ser escolhida em detrimento das demais).

Mais dificuldades surgiram para Abigail. Na ocasião do nascimento da primeira filha, o pai tinha a intenção de doar a menina: *“Mas eu tive uma raiva tão grande dentro do hospital que me deu uma febre de quarenta graus. Ele ‘tava dizendo que ia dar a menina e eu fiquei com raiva. Gente mais ou menos ficava visitando as crianças, aí eu peguei ele falando da minha filha: ‘oh, essa menina aqui é p’ra dar. Não querem não?’*. Eu ouvi aquilo, comecei a chorar, dei essa febre muito alta, minha cirurgia abriu todinha. Já sofri demais, mulher!” (Abigail, F, 53 anos, casada). Acabou permanecendo com a criança, que faleceu pouco tempo depois. Quando teve a segunda filha, diante das dificuldades financeiras e da falta de trabalho, recebeu a seguinte sugestão do pai:

“Eu tive ela (a segunda filha) e eu pedia pro meu pai, que eu era mãe solteira, mas não era mulher de andar vendendo o meu corpo p’ra homem nenhum. Eu tinha dezessete anos quando eu tive a minha segunda filha. Quando eu pedia p’ro papai p’ra ele me dar dinheiro p’ra eu comprar um leite, uma massa, ele pedia p’ra eu ir atrás de algum velho p’ra me dar dinheiro p’ra comprar [...] Fazer programa. Eu ficava sentida com aquilo (choro). Meus pais não me deram apoio” (Abigail, F, 53 anos, casada).

A inicial resistência acabou quando a falta de alternativas fez com que Abigail tentasse sair com homens enquanto moeda de troca para conseguir subsídios para a filha:

“Eu morro de vergonha de falar... Eu, novinha, papai sempre dizia: ‘compra as coisas p’ra tua filha’. ‘Eu não tenho dinheiro’. Eu não tinha dinheiro, às vezes’ os caras convidavam p’ra sair. ‘Oh, meu Deus, vou sair com esse cara p’ra ele me dar um dinheirinho p’ra eu comprar umas coisas p’ra minha filha’. Eu ia, às vezes, não dava nada, eu saía chorando. ‘Tal dia a gente se encontra’ [...] Só teve uns três que me deram dinheiro, Deus até já levou eles. Eles eram mais coroas. Os mais novinhos não davam, não. Mas só que eu não era mulher de programa, de cabaré, dessas coisas assim, não. Eu saía com eles p’ra tentar conseguir alguma coisa. Muitas vezes nem davam...” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Guardando as respectivas particularidades face ao tempo/espço, a situação de Abigail não era tão diferente da de mulheres no Brasil colônia descrito por Del Priore (1994). De acordo com a autora, pelo século XVII, a sexualidade das mulheres era adestrada dentro da esfera conjugal com o objetivo principal de fazer da família o eixo irradiador da moral cristã. A mulher era lisonjeada para que se submetesse sem maiores resistências. O modelo ideal de mulher era orientado pela continência e castidade e até podia ser mais ou menos alcançado por mulheres brancas da elite. Mas noções como virgindade, casamento e monogamia eram situações de oportunidade e ocasião para outro tipo de mulheres, as da colônia, haja vista a suas difícilimas condições materiais e insegurança econômica. O consenso estava em torno do casamento enquanto elemento de equilíbrio social e, dentro dele, a subordinação da mulher. Mas era justo aí que imperava a hipocrisia deste sistema normativo: tentava-se implantar um modelo ideal de mulher para implantar a família e a fé católica na colônia, mas “quão distantes da pregação erudita e religiosa não se encontravam as mulatas e negras forras e as brancas empobrecidas, todas as mulheres livres a lutar contra as dificuldades do cotidiano” (idem: 20). Mais filhas de Eva do que de Maria, estas mulheres necessitaram elaborar, embora enquanto rascunho dos modelos eruditos, suas próprias regras e éticas (idem). Até no campo do “amor” estavam desvantagem.

Mesmo levando em conta as transformações inerentes à passagem do tempo, não exige muito esforço transpor o modelo ideal feminino do Brasil colônia do século XVII para a contemporaneidade. Abigail precisava garantir a sua própria sobrevivência e a da filha. Mulher pobre, negra, “transgressora”. Aqui percebemos, mais uma vez, porque Connell chama o gênero de *linking concept*: as relações de gênero não são uma esfera autônoma, mas permeiam a vida

social com outras esferas (Connell citado por Busfield, 1996). Junto com a raça/etnia, classe e outros marcadores, o gênero participa do processo de construção dos sujeitos (Saffioti, 1987, 2004) e constitui a simbiose entre três tipos de sistema dominação-exploração, o patriarcado-racismo-capitalismo, que colocam a mulher na última posição da sociedade: no caso, a mulher negra e pobre. Relembremos, ainda, a metáfora da “prateleira do amor” criada por Zanello (2017: 5), na qual as mulheres negras geralmente ocupam as posições mais desfavoráveis, haja vista que, na escala das preferências afetivas, acabam sendo as mais preteridas por conta do racismo.

Um trecho do texto de Carneiro (1994: 190) é emblemático ao relatar a condição da mulher negra/pobre no Brasil. Primeiro, esta não se inclui no “mito da fragilidade feminina” que, historicamente, justificou a proteção paternalista dos homens sobre as mulheres. Isto porque as mulheres negras compõem um contingente, possivelmente majoritário, que não reconhecem tal mito em si mesmas porque nunca foram tratadas como frágeis. Ao contrário, trabalharam durante séculos como escravas nas lavouras ou nas ruas como vendedoras, quituteiras, prostitutas. Inclusive, não entenderam nada quando as feministas disseram que as mulheres deveriam ir trabalhar nas ruas. Carregam a identidade de objeto: no passado, a serviço de sinhazinhas e de senhores de engenho tarados; hoje, empregadas domésticas de mulheres liberadas ou mulatas tipo exportação. Romper com o mito da rainha do lar? Como? Pois nunca foram rainhas de nada, mas retratadas como as antimusas da sociedade brasileira, já que o ideal estético é o da mulher branca, que está presente também em anúncios de emprego que contêm a frase “exige-se boa aparência”. Todas estas colocações sustentam a inexistência de totalidades femininas (e masculinas).

Como sublinha Zito (citado por Nunes, 2015), ainda hoje, os próprios meios de comunicação em massa representam a mulher negra quase sempre como empregadas domésticas, babás, serventes, prostitutas, dançarinas, isto é, em espaços fixos. Nunes (2015) em sua pesquisa com prostitutas negras no Recife (Pernambuco, Brasil) refere que as escolhas de suas entrevistadas por estas ocupações, mais que pautadas por um único fator, seja a baixa escolaridade, a falta de experiência em trabalhos formais ou o abandono financeiro dos seus parceiros, é determinada pela própria hierarquia que designa esses espaços para as mulheres negras. Em suma: privilégios (ou a falta deles) de gênero, classe social e raça/etnia partilham injustamente o valor social das pessoas.

Mas, entre rompimentos, punições e possibilidades de escolha limitadas, eis que surge uma chance de “salvação” para Abigail: via casamento. Conheceu o atual marido quando ainda

estava grávida da segunda filha. O casamento aconteceu após uma espécie de acordo entre o pai de Abigail e o futuro marido:

“Ele (o marido) tinha umas coisas, uns negócios de pescar, umas espingardas, ele vendeu tudo e deu o dinheiro p’ro meu pai. ‘Tá aqui o dinheiro. Se você quiser, eu caso com ela amanhã’. O meu pai disse: ‘Não, dois já enganaram ela. Isso aí é só enrolação!’. ‘Não, se eu disser que eu caso com sua filha, embora eu case hoje e amanhã eu largue, mas eu caso. Que eu caso, eu caso’. E casamos mesmo e, ainda hoje, a gente vive. Casamos padre e civil. Até hoje. Minha filha, registrada no nome dele, tudo certinho” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Por meio do casamento com um homem provedor, Abigail recuperou a honra e ganhou um nome que se estendeu à sua filha. Adquiriu o estatuto de mulher respeitável, embora isto não tenha impedido de sofrer futuramente sob o domínio do marido. Mas quando casou não pôde levar a filha para morar com eles: *“Aí, minha filha nasceu, meu pai criou ela, mas sempre jogando na minha cara. Ele falou assim: ‘você só leva ela se você pagar desde quando ela nasceu até agora as despesas que eu fiz!’. A menina tinha dois anos. Então, eu não pude levar. Eu não podia, não tinha condição e deixei lá”*(Abigail, F, 53 anos, casada). Não ter criado a filha, fato em parte determinado pela sua situação de pobreza, fez surgir entre elas um relacionamento instável:

“Com isso a minha filha ficou revoltada comigo. Ela diz p’r’os outros que não gosta de mim, que a mãe dela não sou eu, é a minha mãe. Só que ela me chama de mãe entre aspas. Não me dou muito bem com ela e é por causa disso. Eu já expliquei várias vezes p’ra ela, que é porque eu não tinha condição, mas ela se sente abandonada. Ela diz que a mãe dela é a mamãe, tão tal que ela chamava a mamãe de mãe. Talvez ela tenha ouvido coisas...” (Abigail, F, 53 anos, casada).

As desigualdades de gênero na ocasião de uma gravidez não planejada estão explícitas no caso de Abigail. Pagou sozinha o preço por ter sido “mãe solteira”. Até hoje, vivencia um relacionamento problemático com a filha que se sente abandonada. Um fato a ressaltar sobre a filha é que esta, segundo Abigail, é lésbica. Ela se manifestou a respeito: *“Isso nunca foi motivo de sofrimento ou desgosto p’ra mim. Foi uma preocupação. É até melhor ela ‘tá assim do que ficar tendo filho de um e de outro sem ter condições de criar”*. Depois do exposto, torna-se claro compreender porque, na sua concepção, uma relação lésbica apresenta menos riscos para uma mulher que uma relação heterossexual.

Abigail relata que, desde jovem, chora muito, às vezes, sem saber o porquê. Porém, se atentarmos para a série de “punições” sofridas por ela ao longo da vida, torna-se possível vislumbrar ao menos algumas razões para o choro. Depois de contar sua história de vida, ela própria acaba se dando conta de tudo o que passou e justifica o seu sofrimento: *“Olha, tudo isso é p’ra ser normal? Não é! Não tem como eu ser normal, mulher!”*(Abigail, F, 53 anos, casada).

Há uma definição diferencial dos usos legítimos do corpo, especialmente os sexuais e, além disso, a identidade feminina é constituída essencialmente de proibições que acabam por

gerar ocasiões de transgressão (Bourdieu, 2002). A força simbólica é uma forma de poder que se exerce sobre os corpos (idem) e a vivência corporal é ao mesmo tempo moral. Como defende Dimen (1997: 46), em um sistema de dominação patriarcal, o desejo, característica inconsciente que anseia toda ação humana, é reduzido ao sexo e este, por sua vez, é definido nos termos politizados do gênero. Em contrapartida, a sexualidade, por ser estruturada desta forma, torna-se reciprocamente esculitora do desejo e com o gênero organizando simultaneamente parte do desejo dentro do ser. Assim, “não apenas a sexualidade, mas todas as manifestações do desejo são influenciadas pelo gênero e, dessa forma, as raízes do desejo, ele mesmo fonte da experiência pessoal, são escalonadas em hierarquias” (idem: 46). Acrescentamos, segundo Dallery (1997), que a sexualidade feminina ainda é submetida à alienação, ao controle, negada, usada e entregue a outrem e, à semelhança do trabalho nas classes alienadas, dificilmente é desenvolvida autonomamente. Como a autora afirma, “se a sexualidade da mulher não existe como um fato social independente – se é produto das projeções masculinas – então a mulher não existe” (idem: 62). Sua sexualidade funciona como um complemento da sexualidade masculina.

De acordo com Touraine (2007), é pelo corpo – no caso, o corpo que deseja, mas que também é ameaçado – que ocorre uma construção de si operante através da sexualidade. Para o autor, é através da sexualidade, principalmente, que as mulheres constroem a si mesmas. O olhar que uma mulher tem sobre sua vida que a faz falar de vitória ou de derrota é subordinado pela consciência da vitória ou derrota de sua sexualidade. De maneira similar, Dimen (1997: 45) afirma que a experiência feminina é muitas vezes uma experiência que associa e explora a mente e o corpo, a mente e a matéria. Segundo a autora, “às vezes, somos coniventes com essa evisceração de nossa subjetividade, mesmo quando resistimos. O processo pelo qual a vida pessoal escapa ao nosso controle, quando a dominação a arranca de nós, está enredado na experiência das mulheres. A dominação torna possível a alienação”.

Sem um propósito político/revolucionário/libertador, Abigail encarnou a antítese da mulher ideal a partir dos usos que fez de seu corpo, acabou contrariando o que era esperado em termos de gênero. Exercitou o próprio desejo, mas, devido à sua condição de gênero, foi severamente punida por isto, desvio que foi significado em termos de fragilização da saúde mental, não apenas pela humilhação social vivenciada, pela série de punições que sofreu pelas mãos de outrem, mas pela própria visão deturpada/alienante que passou a ter de si mesma enquanto mulher. Como afirma Bourdieu (2002), os dominados aplicam categorias construídas

do ponto de vista dos dominantes e as veem como naturais, o que pode levar a uma espécie de auto-depreciação ou auto-desprezo sistemáticos.

5.3.6 Múltiplas faces da violência vivenciadas por mulheres

Todas as entrevistadas vivenciaram violência nas relações interpessoais ao longo da vida. Sejam estas cometidas pelos pais, irmãos, outros membros homens da família e principalmente pelos (ex) companheiros, englobam situações que variam desde ironias, humilhações, deboches públicos, privações materiais até agressões físicas e sexuais. Ao longo desta seção, evidenciamos e analisamos estas vivências, bem como elas foram referidas pelas mulheres como pontos marcantes nos seus itinerários de adoecimento psíquico.

A violência corresponde ao “uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou possa resultar em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação” (Dahlberg e Krug, 2002: 1165). Nossas entrevistadas foram alvo de violência de gênero, submetidas a diversas ocasiões de controle e dominação levadas ao extremo por homens. A violência de gênero, em específico, corresponde a uma força social cheia de significados e com capacidade de estruturação da realidade de tal forma que modela culturalmente o corpo das vítimas e dos agressores (Corradi citada por Bandeira, 2017). Lamentavelmente, enquanto construção social é um dos fenômenos mais comuns no mundo: atinge mulheres de todas as classes sociais, raças/etnias, idades.

É válido ressaltar que as categorias analisadas anteriormente ao longo deste capítulo são permeadas pela violência. Seja nas relações familiares (com pais, filhos, outros parentes), nas relações amorosas, no cuidado com os filhos, no exercício do trabalho, na experiência com o *bullying* ou na vivência da própria sexualidade, a violência é uma constante na vida das entrevistadas. Em diversas ocasiões, ela ocorre de forma simbólica (Bourdieu, 2002), mas não menos degradante para a saúde mental. Entretanto, neste tópico, por questões analíticas, optamos por selecionar os relatos nos quais diversos tipos de violência surgiram de forma mais “manifesta”, mais extrema nas suas faces psicológica⁸⁹, física, moral, patrimonial, sexual. Estes diversos tipos se entrecruzam, estão fundamentadas pela mesma lógica – uma ordem social de gênero que designa não somente diferenças, mas hierarquias de poder – e são vistos, pelas

⁸⁹ Consideramos que a expressão psicológica da violência de gênero não está separada das demais, haja vista que, passar por uma situação violenta, seja de qual tipo for, implica abusos emocionais (psicológicos).

mulheres, como causadores de sofrimento psíquico que perdura mesmo depois que elas não convivam mais com os respectivos agressores.

5.3.6.1 Violência física, moral, patrimonial

A violência física na esfera privada foi mencionada por algumas entrevistadas como causa da própria doença mental. Os (ex) companheiros foram os principais responsáveis pelas lesões em seus corpos.

“Mermã, eu gostei dele (ex namorado), mas aí ele me batia. Ele, uma vez, eu buchuda.[...] Outra vez eu ‘tava passando, eu sempre me encontrava com ele nuns quiosques ali perto da avenida, aí, eu nem lembro o que eu falei que ele me deu um murro na minha boca... Cheguei em casa toda suja de sangue. Só que uma cunhada minha viu e falou p’ra mamãe. A mamãe disse assim: ‘espera aí, que é agora que eu mato ele com essa tesoura’. Aí, eu corri e fui avisar p’ra ele fugir, que a mamãe ia furar ele. Ele disse: ‘não, ela não vai fazer isso não’. Aí, a gente ficou numa boa, ele bebendo e eu lá do lado dele. Minha mãe chegou e me esculhambou: ‘tu é uma sem vergonha, ele te bate e tu ‘tá aqui mais ele’. Desse jeito. Era assim que eu era” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Como afirma Saffioti (1987), mesmo em sociedades como a nossa, onde as máquinas desempenham as funções mais brutas e a relativa incapacidade de carregar peso não impede por total o sustento de qualquer ser humano, uma (via de regra) menor força física das mulheres ainda é utilizada como argumento para justificar agressões e discriminações contra elas. Faz parte da tentativa de inculcar nos seres humanos a ideologia da “inferioridade feminina” através de argumentos como o da menor força física, menor inteligência, menor capacidade para desempenhar certas tarefas, entre outros aspectos. Entretanto, como também aponta a autora, a inferioridade feminina é exclusivamente social.

Atualmente, embora os castigos físicos contra mulheres e meninas sejam cada vez mais condenados, em muitos contextos, ainda continuam com base legítima e ancorados em um papel de gênero para os homens que viabiliza o controle sobre os comportamentos e as vidas das mulheres. É uma espécie de direito deles agir sobre elas como e quando queiram (Brasil, 2016). Tem um objetivo “corretivo”, disciplinar ou de demonstração de poder (Machado, 2004) e, no caso das nossas entrevistadas, ocorreu porque elas desobedeceram os companheiros: não queriam ter relações sexuais, não fizeram algo direito na casa, queriam terminar o relacionamento.

Frequentemente, a violência física vem acompanhada de violência psicológica. Ressalta-se que estes comportamentos e emoções (agressões físicas, psicológicas, tentativa ou ameaça de feminicídio, agressividade, ira) não são constituídos de maneira isolada, biologicamente. Também não são algo estritamente de foro íntimo ou relacionados com

distúrbios psíquicos, mas dependem de um amplo contexto sociocultural que legitima tais estados quando cometidos pelos homens. Porém, ainda hoje, muitas vezes, são tidos como naturais e tolerados pela sociedade, incluindo órgãos de justiça, sob a perspectiva dos “crimes passionais”. A ira masculina é justificada porque faz parte da manifestação da violência física enquanto forma natural de se resolver conflitos. As emoções (sentir-se deprimida, desumamizada, como um objeto que não tem valor) e comportamentos (que inclui ideias ou tentativas suicidas) das mulheres agredidas são determinadas pelo mesmo contexto que exalta a superioridade masculina. Tal como verificou Oliveira (2007), em seu trabalho sobre mulheres que sofreram violência física por parte de agressores com quem tinham algum vínculo afetivo, erótico ou sexual, pancada de amor dói muito e adocece. A seguir, o relato de Serafina:

“E eu tinha medo de dormir porque eu tinha medo de ele (ex marido) me bater [...] Ele puxava muito os meus cabelos. Naquela época não tinha lei nem nada [...] Uma vez ele deu um chute no meu bumbum que eu sentia uma dor aqui dentro, dentro de mim e eu me soquei no chão de cara e eu tive que fazer uma ‘períneo’ (perineoplastia). Porque ele deu um chute tão forte que prejudicou a minha bexiga, aí baixou o útero [...] Eu já fui p’ro balão de oxigênio por causa de um murro que ele me deu, eu fui p’ro pronto-socorro lá perto do cemitério. Fui p’ra lá, me botaram p’ra (hospital com ala psiquiátrica). Aí, ele disse que não ia mais fazer eu ficar no balão de oxigênio, que ia me botar era na UTI (unidade de terapia intensiva) porque era mais difícil de eu sair. Ele jurou de me matar” (Serafina, F, 54 anos, separada).

A lei à qual Serafina se refere é a Lei nº 11.340, de 2006, mais popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, que cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher (Brasil, 2006). É reconhecida enquanto progresso na causa dos direitos das mulheres e nas lutas feministas e tida pelas Nações Unidas como uma das legislações mais avançadas no mundo sobre a violência contra a mulher (Brasil, 2016). A lei é recentíssima se pensarmos na violência como um problema de saúde pública e fenômeno talvez sempre presente na história da humanidade. Algumas das nossas entrevistadas vivenciam/vivenciaram situações violentas ao longo de décadas sem qualquer tipo de apoio de legislações/políticas públicas.

Atualmente, mesmo com a lei, muitas mulheres, como o caso de algumas entrevistadas, por diversas razões pertinentes ao próprio contexto no qual vivem, permanecem sem acessar a justiça. Como afirma Bandeira (2017: 16), parafraseando Simone de Beauvoir, “não se nasce mulher, mas se morre por ser uma mulher! E, nesse caso, as estatísticas falam por si”. As taxas de feminicídio no Brasil são assustadoras – um dos países mais violentos do mundo para as mulheres. Tanto que o feminicídio foi, em 2015, incorporado ao Código Penal Brasileiro como uma das circunstâncias qualificadoras do homicídio e enquanto crime hediondo (Brasil, 2016). Conforme o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2017), o estado do Piauí foi aquele

com maiores taxas proporcionais de feminicídio de todo o país em uma pesquisa que comparou dados de 2015 e 2016.

De acordo com Meneghel e Portella (2017: 3079), o conceito de “femicídio⁹⁰” foi utilizado pela primeira vez no ano de 1976 por Diana Russel no Tribunal Internacional sobre Crimes Contra as Mulheres em Bruxelas. Foi caracterizado enquanto forma de terrorismo sexual ou genocídio de mulheres como o assassinato de mulheres pelo fato de serem mulheres, realizado por homens e motivado por ódio, desprezo, prazer, sentimento de propriedade.

Usar o termo “feminicídio” faz a distinção entre crimes cometidos em função do gênero e outros. Não é “apenas” um homicídio por ser produto de uma atitude misógina. Enfatiza que tal crime não é de natureza passional ou de foro íntimo; reforça o compromisso do Sistema Judicial Criminal em mudar a sua ação baseada em estereótipos de gênero e na discriminação contra as mulheres; combate a impunidade e os sentimentos de injustiça; considera a impunidade penal como resultado do não reconhecimento da violência de gênero como crime; considera a categoria gênero desde a investigação até a decisão judicial; reforça a responsabilidade da sociedade e do Estado na tolerância a estes crimes (Brasil, 2016). Sobre este último aspecto, vale dizer que a presença da sociedade e do Estado no combate ao feminicídio significa romper com o tradicional ditado de que “em briga de marido e mulher, não se mete a colher”. É necessário meter, sim. De fato, e recuperando um antigo *slogan* feminista, o “pessoal é político”. A contribuição da esfera pública na resolução deste tipo de conflito pode favorecer o empoderamento e salvar a vida de tantas mulheres. Este foi o caso de algumas entrevistadas. Serafina, por exemplo, atribui às suas interações no CAPS a reunião de forças para sair de casa e, conseqüentemente, deixar para trás um passado marcado por todo tipo de violência cometida pelo ex companheiro. Antes, isolada, sem poder contar com amigos, familiares ou qualquer instituição, passou perto de ser morta. Deolinda, ao conviver com outras mulheres usuárias do CAPS, percebe as diferenças e semelhanças entre sua vida doméstica e as das colegas. A partir dessas trocas de experiências, aprende a negociar com o companheiro uma relação mais igualitária.

⁹⁰ Segundo Meneghel e Portella (2017), existe um debate atual sobre qual termo utilizar, se “femicídio” ou “feminicídio”. No entanto, ambos servem para qualificar o assassinato misógino de mulheres. Há países que tipificaram legalmente o termo femicídio (Honduras, Chile, Guatemala) e outros feminicídio (México, Nicarágua, República Dominicana). Diana Russel utilizou pela primeira vez o termo femicídio (idem). Neste trabalho, optamos, porém, pelo uso do termo “feminicídio”, haja vista que é o que está tipificado na legislação brasileira a respeito da matéria, como a Lei 13.104/2015, a “Lei do Feminicídio”.

Outra face da violência sofrida por mulheres neste estudo foi a moral. Humilhações, xingamentos, deboches públicos, calúnias e consequentes sentimentos de vergonha foram eventos frequentes nas vidas de algumas entrevistadas:

“Ele me humilhava tanto dentro de casa que só você vendo. Se eu ‘tivesse numa mesa p’ra tomar um café, almoçar, qualquer coisa, ele não sentava. Se ele ‘tivesse e eu sentasse, ele se levantava e ficava em pé, comendo em pé com o prato na mão, mas não sentava na mesma mesa que eu. Mulher, eu vivi tanta coisa... Se eu não fosse assim, eu acho que eu já tinha era morrido. Aí, eu não aguentei mais. Não aguentei mais de jeito nenhum” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

“Ele (ex namorado) tinha trabalhado no serviço de uma construção, aí, eu fui atrás dele p’ra ele me dar um dinheirinho p’ra eu comprar umas roupinhas, as coisas p’ra menina que eu ‘tava esperando dele. Ele ‘tava num barzinho bebendo, eu já ia p’ro centro, ‘tava com a barriga de uns quatro meses, e ele foi falar assim na frente dos caras: ‘eita, tu já vai abrir o rabo p’ra parir?’, desse jeito, na frente dos caras. Mermã, aquilo foi uma vergonha p’ra mim [...] Ele ainda andou na minha casa me atentando, dizendo p’ro meu marido que eu era uma vagabunda, dizendo que não era p’ra ele ficar comigo. Isso, eu já sendo casada, acredita? E meu marido já sabia quem era ele. Ele chegava no meu marido e dizia: ‘Rapaz, tu tá com essa mulher? Essa bicha é uma vagabunda!’” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Além das expressões física, psicológica e moral, a violência sofrida pelas entrevistadas também foi de cunho patrimonial. Segundo a Lei Maria da Penha (Brasil, 2006), a violência patrimonial é aquela que resulta em retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, bem como os destinados a satisfazer as próprias necessidades. O caso mais emblemático é o de Catarina, que, mesmo antes da separação do marido, passou a vivenciar fortes privações materiais:

“Porque, olha, só uma pessoa ser que nem eu... Eu já sofri demais desde a época da minha separação. Porque eu não ganhei nada de marido, eu moro na minha casa porque foi eu que fiz. Nós nos separamos e ele botou um advogado particular porque ele tem dinheiro, eu arrumei um da defensoria pública. E, aí, ele ganhou tudo. Ficou com dinheiro de carro, de oficina, de tudo, E eu não ganhei simplesmente nada [...] Aí, eu boto a menina p’ra pedir as coisas a ele porque ele mora na frente, é dono de uma oficina, faz todo tipo de móvel que você imaginar. Mas sabe o que ele diz? No começo, ele fazia era dizer assim: ‘se vire! Vocês que se virem’. ‘Não, a gente vai se virar mas é trabalhando’ [...] Eu tenho também uma revolta de ver que ele tem tanto dinheiro, que ele é tão endinheirado e ele vê que a gente passa sufoco [...] Meu filho (falecido) deixou uma moto novinha, mas ele já tinha terminado de pagar. Eu fui p’ra transferir na defensoria pública e a moça disse que era herança do pai, p’ra dividir p’ra mim e p’ra ele. Eu ia vender p’ra me ‘desaperrear mais. Eu digo: ‘deixa quieto’. Vendi mais, não. Ele dificultou tudo” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

Na prática, a situação de violência patrimonial vivenciada pela entrevistada é, tal como outras expressões, orientada por uma dominação econômica masculina que, neste caso, inculca a ideia da inferioridade e dependência feminina face ao homem provedor (Brasil, 2016). Diz respeito a uma situação de desequilíbrio de poder na esfera econômica que produz sentimentos de humilhação, revolta, tristeza, preocupação com o sustento dos filhos. Para Catarina, a pressão

econômica limita a sua emancipação social. É determinante na piora da sua qualidade de vida e significada por ela negativamente face à sua saúde mental.

5.3.6.2 Violência sexual

Em outras ocasiões, a experiência fragilizadora da saúde mental das mulheres esteve relacionada com o fato de terem sido submetidas à violência sexual na sua forma mais extrema, o estupro. Em todos os casos autorrelatados, elas tiveram algum vínculo com o agressor: irmãos mais velhos, cunhados, vizinhos, professores e (ex) companheiros.

Algumas entrevistadas foram violentadas (às vezes, de forma recorrente) quando crianças ou adolescentes por irmãos (o que configura incesto), cunhados, professores, vizinhos. Segundo o relatório da ONU Mulheres (Brasil, 2016: 36), as manifestações da violência de gênero combinadas com as etapas do ciclo de vida (infância, adolescência, juventude, vida adulta, velhice) apresentam aspectos relacionados com, pelo menos, dois fatores: o tipo de violência e o tipo de relacionamento/vínculo entre a vítima e o agressor. Também o *status* da vítima e do agressor pode vulnerabilizar a condição das meninas. No interior de uma hierarquia, a criança pouco pode reagir face às investidas de um homem adulto que usa de sua autoridade, diferença de idade e/ou ameaças (idem). Acrescentamos as relações de poder em torno do gênero: de acordo com Machado (2013), estatísticas apontam que a proporção de meninas abusadas é substancialmente maior que a de meninos. Algumas entrevistadas passaram anos de sua infância/adolescência sendo violentadas:

“Quando eu ‘tava na faixa de uns cinco anos de idade, eu fui molestada e, aí, isso demorou a passar e eu tive a perda da minha mãe e ficou bem pior. Meu irmão (mais velho). Na época, eu tinha muito medo. Foram várias e várias vezes (silêncio longo). Não tenho contato com ele hoje. É um dos únicos irmãos que eu não falo nem o nome e esqueço que tenho. Ele mora em (cidade). Ano passado, ele veio p’ra cá e eu ‘tava muito impaciente, eu ‘tava piorando [...] Trauma. Traumatizante. Aí, os meus familiares foram descobrir isso, quando eu já ‘tava com dezesseis anos. Eu contei pro psicólogo o que tinha acontecido. Nunca tinha falado p’ra ninguém. Tanto que, quando eu perdi a minha mãe, ela nunca soube disso. Ele era filho dela também. Irmão meu de sangue, mesmo [...] E ele, o meu cunhado, começou a forçar uma relação comigo. Outro relacionamento, outra vez” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Eu tive um professor e esse professor fez coisas erradas comigo, sabe? Tipo de relação sexual mesmo. Foi abuso na infância, na minha infância. Eu acho que eu tinha uns onze anos, eu era bem novinha. Ele fechava a porta e fazia. Isso me maltratou muito, sabe? Foi bem uns cinco anos. Dos onze aos quinze anos [...] Foi uma coisa que me marcou muito porque ele pegava muito nos meus seios, abuso sexual. Me encostava na parede” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Quando muito jovens, estas mulheres não tiveram o apoio da família (porque não teve conhecimento ou desconsiderou a queixa sobre o ocorrido), o que provavelmente prolongou/maximizou o seu estado de submissão e sofrimento. Em alguns casos, o agressor

sexual estava no âmbito da própria família. Isto acaba por desnudar a ideia da família enquanto instância sagrada, intocável, segura. Em outros, fazia parte da comunidade da vítima (vizinhos, professores). Além disso, as entrevistadas, quando crianças, sequer sabiam exatamente o que se passava, não entendiam bem os gestos do agressor ou não reagiam à agressão em troca de comida, roupa, promessa de casamento e outros gostos, necessidades ou favores:

“A gente criança, a gente não tem certeza, não é? Não sabe direito nem o que é, se a pessoa vai fazer alguma coisa. Ele chegava e fazia, mas ele também me dava bolacha, agradava com bombom. Ele me agradava com roupa” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Eu ‘tava esperando me casar com ele como a gente tinha combinado. Eu pensava em me casar quando eu tivesse uns dezessete anos e ele falou pra mim, ele jurou que ia me esperar. Aí, quando foi um dia, ele me levou p’ra casa da mãe dele, ela me recebeu muito bem (na altura, tinha dez anos de idade). Aí, ela disse assim p’ra ele: ‘Olha, você vai deixar essa menina em casa porque essa menina não serve p’ra você, não. Essa menina é uma criança’. A mãe dele que falou porque ele tinha a idade mais avançada que a minha. Naquela época é que ‘tava começando a nascer as maçãzinhas dos meus seios. Aí, ele pegava assim, acariciava e eu não sabia nem o que era. Eu pensava que o que ele ‘tava fazendo ali comigo, me alisando, era namoro, entende? Eu não sabia que era abuso. Eu pensei que era normal, que era namoro, porque ele tinha prometido casar comigo e eu confiei plenamente nele [...] Só ele sabia o que ele ‘tava fazendo comigo. Eu não sabia era o significado daquele gesto, daquela atitude dele comigo. Então, tá. Pensei que toda moça namorava daquele jeito” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Outra situação de violência sexual presente nas histórias de vida das entrevistadas foi o estupro no namoro/casamento. Frequentemente, este tipo de agressão não é reconhecida enquanto tal, inclusive pelas próprias vítimas. Isto tem relação com a ideia antiga de que o sexo com o companheiro faz parte de uma espécie de contrato no relacionamento: a mulher tem o dever de dar prazer ao homem, estando ela com vontade ou não. É servidão. É uma atribuição do seu papel de esposa, que deve estar disponível para realizar qualquer prática que for do desejo do outro, o que confirma a virilidade masculina proporcionalmente à submissão feminina. Neste sentido, o ato sexual é tido como uma relação de dominação, de apropriação e posse (Bourdieu, 2002: 15). Está inculcado na consciência dos indivíduos.

“Meu marido me deixou muito traumatizada porque ele queria fazer sexo comigo e eu... Às vezes, eu até queria, mas ele queria fazer umas coisas que eu não queria. Ele queria botar o pênis dele na minha boca, era de um jeito que eu não queria, queria minhas partes aqui atrás. E ficou uma ferida, um trauma, porque eu não queria que fosse daquele jeito” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Eu já passei por tanta coisa que eu tenho até vergonha de contar (choro). Uma vez, esse pai da minha filha (ex companheiro), dessa última, uma vez ele só... Não é meu marido, meu marido é bom. Uma vez ele... Ele só transava comigo nos matos. Uma vez ele foi transar comigo, aí, ele foi ter relação comigo, tudo bem, teve. Quando terminou, eu vi ele tirando um negócio do bolso, aí, eu fiquei assim... ‘Meu Deus, o que será isso?’ . Era tipo um vidro. Ele tirou esse vidro e disse assim: ‘ou tu aceita eu meter esse vidro dentro de ti ou, então, eu te mato’, ele dizia desse jeito assim (choro). ‘Não, eu não quero fazer isso, não, porque eu não aguento’. ‘Tu vai ter que aceitar ou, então, eu vou te matar com uma faca’. Aí, eu deixei e, então, ele soltou o vidro dentro de mim. Quando ele ‘tava tentando tirar o vidro, ficava tocando no meu útero e eu sentindo aquela dor, dor. Ele foi tirando até que saiu. Tudo isso eu passei. Por isso que eu... (choro). Eu não queria uma coisa dessa... [...] Outra vez ele me levou p’ra ali, ficamos. Ficamos uma vez, duas... ‘Não, não quero mais, ‘tou cansada’. Minha filha, ele me bateu tanto, puxou meus cabelos e eu ‘Oh, não faz isso comigo, tu vai matar a criança!’ (estava grávida). ‘Tu vai transar de novo comigo! Por que

tu não fica?’. Eu já ‘tava cansada e ele queria mais. Ele era mau elemento mesmo. A gente foi se embora 2h da manhã” (Abigail, F, 53 anos, casada).

No relato anterior, Abigail se refere a um ex companheiro. Afirma que o atual marido, por sua vez, é bom. Entretanto, com este também sofre violência sexual:

“Não forçar, mas você sabe que eu tomo remédio p’ra dormir, né? Ele (marido) já teve relação comigo eu ‘tando dormindo. Oh, mulher, eu tenho vergonha de contar essas coisas, mas tu sabe que eu sou doidinha e eu conto mesmo. Uma vez, ele teve relação comigo e eu ‘tava num sono muito pesado e eu não ‘tava nem reagindo, não deu nem p’ra ... Outra vez, ele ‘tava tendo relação comigo e eu fingindo que ‘tava dormindo p’ra ver se ele se tocava e me deixava quieta. Eu fingindo, fingindo, mas eu ‘tava morrendo de ódio. Ele, na hora que ele ‘coisou’ lá, eu só fiz passar a mão em mim e passei a mão na cara dele: ‘Cabra sem vergonha, p’ra quê que tu faz isso comigo? Isso aí não é p’ra ter prazer não. Tu ‘tá tendo relação mesmo que ‘tá fazendo com uma morta. Isso é um estupro’. Ele diz que acha que não é. Você acredita que ele já fez isso? Fui perdendo a vontade” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Fica claro o reconhecimento, para Abigail, que ter relações sexuais sem o seu consentimento é estupro. Fala, inclusive, da intimidade forçada pelo marido quando ela está sob o efeito de medicamentos psicotrópicos. Já chegou a fingir que estava dormindo com o objetivo de que ele parasse. Em algumas ocasiões, reagiu contra as atitudes do companheiro que, por seu turno, não enxerga o que faz enquanto estupro – ao contrário, encara como algo normal que deve ser realizado pela esposa, ou seja, remete à ideia do débito conjugal⁹¹. Questionei por que ela, se tinha consciência a respeito e repudiava o estupro, continuava com o marido. A sua resposta revela que, apesar do reconhecimento sobre o fato “estupro”, o significado que isto tem parece estar mais associado com uma “sem vergonhice” do marido do que com uma expressão de violência. Além disso, o fato de considerar o marido uma boa pessoa parece “compensar”, de alguma maneira, a violência sofrida. *“Eu vivo com ele, eu gosto dele... Da pessoa que ele é. Te disse que ele só é sem vergonha. Mas, de resto, é bom comigo. Eu gosto muito dele porque... É quase como um irmão, um amigo. Mas ele me trata bem, ele me ajuda. Não gosto de transar com ele, não”* (Abigail, F, 53 anos, casada). Acaba abdicando de sua liberdade/dignidade sexual e do seu direito de escolha e de disposição do próprio corpo em troca de certas “vantagens” em outras esferas do relacionamento – ele é trabalhador, “ajuda” nas tarefas domésticas, assumiu a filha de uma relação anterior de Abigail. O seu corpo não é seu, é propriedade do marido.

A lógica que orienta o cometimento de violência sexual contra meninas ou mulheres, inclusive no âmbito da própria relação amorosa, é a da dominação masculina (Bourdieu, 2002). Assim, “sujeitos e corpos femininos são controlados como se ‘pessoas’ não fossem, isto é, como

⁹¹ De acordo com Saffioti (1987), o direito do companheiro ao uso sexual da mulher estava inscrito no capítulo do “dever conjugal”, outrora presente no Código Civil brasileiro. Certamente, isto, ainda hoje, influencia a ideia de que a mulher tem obrigação de prestar serviços sexuais ao companheiro quando é solicitada.

se fosse possível suprimir o saber sobre a sua inserção em relações sociais, tornando-os, assim, puros corpos disponíveis” (Machado, 2004: 36). Não importa se a mulher é sujeito desejante (ora, nem ao menos é vista enquanto pessoa), contanto que ela se submeta a ser objeto do desejo masculino (Saffioti, 1987). A sexualização de seus corpos serve para responder as demandas dos homens (Touraine, 2007). Devem apenas se sujeitar à autoridade e vontade masculina. Seus corpos não lhe pertencem.

A violência psicológica sofrida durante os estupros (ou tentativas) aprofunda o sofrimento das entrevistadas. Mas é possível constatar que satisfazer sexualmente os companheiros (no caso das mulheres que tinham/têm um relacionamento) não possui relação apenas com um suposto dever natural de oferecer prazer ou com uma necessidade de manter o vínculo por conta de um ideal de amor eterno (capaz de suportar as “intempéries”). Em outras circunstâncias, submeter-se à violência sexual foi uma forma de negociar a sua integridade física e, em casos mais extremos, a própria vida. Diante de uma eventual resistência por parte das mulheres, os companheiros recorrem à força física. Os relatos acima mostram que, muitas vezes, o estupro ocorre junto da violência física e psicológica. Por tempos, elas permaneceram num ciclo de silenciamento, constrangimento, violência, esperança de que algo mudasse para melhor e ambivalência sentimental (amor e decepção). Este tipo de situação – o estupro, que não exclui o marital – é crime previsto no atual Código Penal Brasileiro, lei 12.015/2009 (Brasil, 2009). Com as entrevistadas que foram violentadas ainda meninas, passou-se algo parecido, o medo de que o agressor acabasse com a sua vida ou com a vida de entes queridos: *“Ele me ameaçava a todo momento, que ia me matar, que ia matar minha mãe e meu pai. Eu ouvia isso com cinco anos de idade”* (Flora, 28, F, separada); *“Ele ameaçava, dizia que ia fazer coisas p’ra minha mãe e p’ro meu pai. Não era p’ra dizer p’ra ninguém, nunca dizer p’ra ninguém”* (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Outro aspecto fragilizador da saúde mental das meninas/mulheres que passaram por violência sexual é a sua culpabilização. Direta ou indiretamente, são consideradas culpadas. Não bastasse o estupro, ainda são responsabilizadas e penalizadas socialmente e, às vezes, por elas próprias. Diversas condutas das mulheres são vistas como aspecto “facilitador” do ato sexual. Para não sofrerem violência, não devem instigar o aguçado “instinto sexual” masculino. Consequentemente, isto atenua ou cessa a responsabilidade do agressor. As situações englobam: desejar o ato (o “não” da mulher que, no imaginário de tantas pessoas, significa “sim”), instigar o ato através de roupas e atitudes e até não saber se defender:

“A minha irmã de lá fala que foi eu que quis. A daqui também fala que foi eu que quis” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Quando meu marido chegou, eu contei p’ra ele, mas ele me bateu. Ele me enforcou, arranhou a minha garganta. ‘Se ele anda atrás de ti, é porque tu anda dando confiança p’ra ele’. ‘Eu não dei confiança p’ra ele’. Meu marido disse: ‘se ele vem atrás de ti, é porque tu dá confiança’” (Abigail, F, 53 anos).

O “não” que, para muitos homens, quer dizer “sim” pode ter relação com o que Machado (2004) argumenta: socialmente, a sexualidade masculina é pensada como a que penetra, a que toma e se apodera do corpo do outro. O pênis tem primazia em uma sociedade falocêntrica. A mulher, mesmo dizendo “não”, parecer querer dizer “sim”, pois, no imaginário cultural, a iniciativa cabe ao homem. Um “não” comumente é visualizado como forma de sedução, já que à mulher não cabe a iniciativa. Quanto a isto, os relatos são ilustrativos. Todas as entrevistadas esclarecem que não queriam o ato, mas, de alguma maneira, os outros (os agressores ou pessoas próximas a elas) argumentam que elas queriam, sim, pois deixaram que acontecesse. Portanto, a culpa é da mulher.

Outra forma de responsabilização da mulher pelo estupro (ou possibilidade de ser estuprada) diz respeito a certos hábitos e atitudes. O uso de roupas curtas, segundo o imaginário de alguns usuários do CAPS II, além de provocar o apetite sexual masculino, ainda revela que tipo de mulher se é, ou seja, que ela está disponível para o sexo, que está “pronta para a caça”. Condutas como dançar “vulgarizando” o próprio corpo também são vistas como facilitadoras. Por trás dessas opiniões, estão valores de gênero que diminuem a liberdade feminina – mulheres não podem agir conforme a própria vontade sem serem importunadas⁹². Já correm certos riscos apenas pelo fato de serem mulheres, mas portar-se de forma considerada “vulgar” aumenta mais as chances de serem agredidas:

“Eu vim hoje (ao CAPS) vestida desse jeito, de short, contrariando a vontade dela (irmã), que queria que eu viesse de calça. Isso ela falou umas cinco vezes p’ra eu não andar de short curto p’ra não chamar atenção” (Flora, F, 28 anos, separada).

“Mulher que se veste com roupa curta demais ‘tá querendo mesmo. A mulher, p’ra se dar ao respeito, tem que andar bem vestida” (fala de usuário em grupo de música que discutia letras de marchinhas de carnaval).

“Mulher que é mulher de verdade não anda descendo até o chão dizendo que é cachorra. Não anda com as roupas mostrando metade da bunda” (fala de usuária em grupo de música que discutia letras de marchinhas de carnaval).

Ainda, há quem tenha sido penalizada por não saber se defender: “*Minha mãe eu nunca falei, até porque ela ia era me bater. Ia. Ela ia acreditar em mim, mas ia me bater por eu não saber me*

⁹² Tive acesso a essas perspectivas na ocasião em que participava de uma atividade em grupo no CAPS II, que discutia as letras de marchinhas de carnaval com conteúdos misóginos, racistas e classistas.

defender.” (Bárbara, F, 31 anos, casada). Isto também pode ser analisado a partir da representação sobre a sexualidade masculina: o homem é um “ser ativo sexualmente por natureza”. Neste sentido, é obrigação da mulher saber se defender dos instintos masculinos.

Este ciclo de violência e culpabilização da vítima acaba por legitimar o estupro como ato comum, já que não põe em causa a ideia do suposto apetite sexual masculino incontrolável. Também, ao individualizar a questão – foi “culpa” da mulher ou “fraqueza” do homem –, ofusca o seu caráter estrutural, fundado nas hierarquias entre os gêneros.

O sentimento de vergonha é outro aspecto que afeta a saúde mental das entrevistadas que foram violentadas sexualmente.

“Nunca falei nada p’ra ninguém. Depois dos quinze anos, graças a Deus, que Deus tirou ele da minha vida. Ele sumiu da minha vida, graças a Deus. Eu me sentia ameaçada porque eu era criança e queria sair correndo, gritando, mas eu não sabia qual ia ser a reação dele, dos outros professores, da secretária, da diretora, porque eu ficava com vergonha. Nunca falei com minha mãe, nem com ninguém” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Eu morro de vergonha de dizer [...] Pensar que eu sou vagabunda, essas coisas” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Algumas entrevistadas silenciaram a violência sofrida por medo de serem vistas por outros a partir de uma imagem negativa ou por medo de serem castigadas, especialmente as que foram violentadas quando crianças/adolescentes. Sobre isto, podemos mencionar o caso de Flora. Primeiramente, foi violentada por um irmão durante a infância. Poucos anos depois, já na adolescência, por um cunhado. Quando conseguiu verbalizar a respeito, não recebeu o apoio da família. Os familiares oscilaram entre castigá-la/culpabilizá-la pelo ocorrido e desqualificar o seu discurso a respeito dos estupros sob o argumento de que ela estava “delirando”:

“Eu também sofri muito foi de questionarem o que eu ‘tava dizendo. Os meus irmãos, até hoje, não acreditam. Só acreditam nele (no irmão que a violentou). Eles acham que eu invento, mas não: eu vivi na pele, eu senti [...] Meus irmãos, quando ficaram sabendo, porque eu contei pr’a minha irmã daqui. Ela sabia, mas ficava achando que era invenção minha porque, quando eu tinha meus dezesseis anos, já ‘tava passando por problemas, aí, eu falei isso p’ra eles e eles disseram que não acreditavam. Aí, alguns dos meus irmãos ficaram querendo bater no outro, foi uma confusão. Aí, minha irmã falou assim: ‘Você para de falar que aconteceu isso. Isso não aconteceu!’. Ela não acredita até hoje. Ela cuida de mim, mas ela não acredita” (Flora, F, 28 anos, separada).

Aqui também entra em cena outro aspecto: assumir a ocorrência do estupro arriscaria a “paz” intrafamiliar. Flora seria a culpada por desestabilizar o bom convívio nesta esfera. Diante das posturas da família, restou para Flora sofrer (mentalmente, inclusive) as consequências de ser duplamente estigmatizada: por ser “louca” (o estupro foi fruto da sua mente adoecida) e/ou por ser “oferecida” (foi acusada de querer se envolver sexualmente com os respectivos agressores).

Os relatos da maioria das mulheres sugerem a ideia de que, para os seus agressores, o estupro, principalmente no âmbito da relação amorosa, é um ato sexual banal. É reproduzido como se fosse naturalizado, considerado da própria relação entre homens e mulheres (estas são propriedade masculina), que, na esfera sexual, correspondem, respectivamente à potência e ao objeto. Mesmo que dentro de alguns limites, ainda é aceito socialmente. E isto porque ainda existe uma cultura do estupro que insiste em naturalizar e silenciar tal ato de violência. Como afirma Machado (2004: 46), “o erotismo ocidental constrói a passividade feminina e a agressividade masculina, e faz borrar as diferenças entre ato sexual e estupro”. Neste trabalho, o sofrimento psíquico das entrevistadas, para além da violência sexual em si, também é percebido em termos da punição de ordem moral (e os consequentes sentimentos de culpa, vergonha) decorrente do fato de serem responsabilizadas por terem sido estupradas.

5.3.7 Violência de gênero entre homens

Alguns entrevistados atribuíram a própria doença mental à sua participação em episódios de violência. As ocasiões mencionadas englobam experiências junto a outros homens e no espaço da rua, em contextos comunitários e/ou rurais. Assim, mais que legitimar o seu poder diante das mulheres, a violência também serve para que homens se imponham diante de outros homens (Pagés e González, 2009). Nuno e Crispim, mesmo que não tenham sido, ao pé da letra, agressores e/ou vítimas de violência, relatam as tensões pós-vivência de conflitos entre homens, conflitos estes dificilmente resolvidos com negociação, mas, primeiramente, através de ameaças e/ou agressão física:

“Eu tinha me apaixonado por uma garota que tinha sido criada por esse meu tio que tem problema também e a mulher dele era muito cheia de confusão e reprovou. [...] E meu tio começou a me perseguir, querer me matar [...] E essa situação toda foi me deixando mais zangado, agressivo, inconsequente [...] Eu não media mais consequências, quando me dava na cabeça, eu ia afrontar ele lá dentro da casa dele [...] Sempre eu fui uma pessoa que, p’ra pessoa falar que eu tinha feito uma coisa sem eu fazer, eu nunca fui de deixar barato. Eu fui tomar satisfação com ele, falei p’ra ele que ele tinha errado, mas, aí, ele não pediu desculpa, nada disso[...] Aí foi uma briga bem grande e eu ameaçava mesmo e a gente, no interior, a gente sempre usa aquelas espingardas [...] E o papai com medo de a gente brigando, porque a gente andava armado lá na (localidade da zona rural)... Só andava armado, todo homem andava armado. E o papai tinha medo de a gente acabar se matando. Eu pegava a espingarda e saía procurando ele, eu queria dar um tiro nele e eu até pensei de morrer também com a espingarda” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Eu gostava de comprar animal, vender, eu pegava animal e ia p’ro (estado brasileiro) com uns tios meus, ia p’ra lá com os animais, a gente passava de mês p’ra lá vendendo animal. Quando eu voltava de lá, eu vinha bem melhor da minha cabeça e meu pai dizia: ‘tá bem aliviado, né, porque gosta de andar no risco’, porque ele não gostava que eu vendesse animal, não. Era perigoso porque, p’ra gente receber o dinheiro, que a gente vendia fiado e eles não queriam pagar, eles juravam de matar a gente. Ele tinha medo de me matarem lá [...] Numa dessas, que a gente foi cobrar o dinheiro, o homem fez foi puxar um revólver. Disse que tinha era um revólver p’ra dar um tiro na nossa boca. A gente vendia fiado, confiava, era conhecido, aí, na hora de cobrar, dava briga. Ia eu, o (amigo) e o meu tio (nome do tio). Aí, disseram: ‘pois atire em nós, atire!’. Aí, mandou ele atirar em nós porque ele também

‘tava armado com revólver. Fiquei aperreado demais. [...] Primeiro, eu comecei a chorar e o (amigo) disse: ‘Não vem chorar, não, te aguenta porque nós vamos resolver com esse bandido’. Aí, deram dois tiros nele (no rapaz que estava devendo). Um atirou no braço e o outro no peito. Quando deu dois tiros nele, fechou a família dele, um bocado de gente, a polícia já ‘tava. Ele (o baleado) ficou gritando lá, dizendo que ia devolver o tiro e o (amigo) falou assim: ‘Rapaz, se eu quiser, eu te mato e te piso agora. Paga tuas dívidas!’[...] Me deixou na derradeira gota d’água porque eu fiquei sem saída na frente de três revólveres. Dois contra um e só um contradois. Eu digo: ‘Vai ter morte aqui e é arriscado até me matarem’. Aí, quando atiraram no bandido, que ele caiu, a polícia chegou, eu comecei a chorar” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Ao longo da história da Humanidade, a violência tem sido uma característica associada aos homens. Mas é preciso ter em mente que tal fenômeno é uma construção social e, ao contrário do que vulgarmente costuma se pensar, homens não são naturalmente mais violentos que as mulheres. O que há, na realidade, é uma construção simbólica do masculino em torno do desafio da honra, da disputa entre homens e do controle das mulheres que abrange grande parte das formas de violência masculina brasileira, bastante influenciada pelos padrões de masculinidade mediterrâneos (Machado, 2004). Sobre esta influência, Grossi (2004) informa que as relações de gênero do mundo mediterrâneo são constituídas em torno da honra e da vergonha.

Como sublinham Pagés e González (2009), desde crianças, os homens são ensinados que, para serem considerados verdadeiramente homens, devem controlar o mundo. De maneira similar, Welzer-Lang (2001) afirma que a educação, para homens e mulheres, ocorre por mimetismo: eles, entretanto, praticam um mimetismo de violências – inicialmente contra si mesmos e, depois, contra os outros.

Primeiramente, devem controlar a si mesmos e as mulheres que os rodeiam. Desta forma, a violência acaba por ser uma parte intrínseca na construção de suas identidades e isto é reforçado pela família, pela escola, pela interação com outros meninos, pela rádio, pela televisão, pela mídia em geral. Sobre esta última, Falconnet e Lefaucheur (1977: 37), analisando anúncios publicitários franceses, concluíram que suas mensagens transmitem que uma verdadeira vida de homem corresponde a “afrontar, conquistar, cavalgar. Dominar, adestrar, domar. Encarar, enfrentar. Assenhorear-se, submeter, subjugar. Agir, empreender. Vencer”. Um modelo de masculinidade que engloba tais características (o que facilmente inclui a violência) é tão disseminado num contexto ocidental mais amplo que, numa investigação anterior sobre saúde mental e gênero (Alves, 2008), um dos entrevistados, paciente de um hospital psiquiátrico de Teresina, Piauí, nordeste do Brasil, afirmou que suas fontes inspiradoras

de vida eram Lampião⁹³, Bruce Lee e Sansão, figuras portadoras de vários dos atributos valorizados para o masculino, como a coragem e o vigor físico.

O uso da violência é algo comum no cotidiano de homens entrevistados. O comportamento agressivo é direcionado a outros homens. Nestas situações, as posturas mais comuns envolvem a demonstração de coragem, a ameaça, o desafio e a afronta, o agir impulsiva e irresponsavelmente, o risco, a necessidade de competição e de ser o “vencedor do conflito” e, em casos mais extremos, a agressão física e até a morte – o que inclui, muitas vezes, o uso de armas, objetos símbolos de masculinidade. Por trás destas posturas e por trás do objetivo que as fundamenta (no caso de Nuno, lutar pela mulher desejada e, no caso de Crispim, fazer com que um devedor pagasse as suas dívidas), há a necessidade de se provar ser um verdadeiro homem.

Um agravante para o uso da violência também tem relação com o contexto no qual os entrevistados viveram: ser homem em uma zona rural é diferente de ser homem em uma zona urbana. Nas comunidades onde estes homens vivenciaram estes conflitos parecia imperar ainda um conservadorismo que praticamente os impedia de ter qualquer conduta que não fosse violenta. Consideremos o contexto ao qual pertencem os entrevistados: região nordeste do Brasil, vivência na zona rural de Parnaíba, ainda que na contemporaneidade. Conforme Albuquerque Júnior e Ceballos (2004: 136), uma produção discursiva do início do século XX elaborou o “tipo regional nordestino” como uma figura masculina, forte, valente, viril, descendente direta dos antigos patriarcas que foram responsáveis pela conquista e colonização da região. A noção de nordestinidade está intimamente ligada à de masculinidade e compõe uma identidade regional que implica uma identidade de gênero. Como os autores afirmam, “ser nordestino é ‘ser macho’” (idem). É ser áspero, rústico, conservador, truculento.

A conduta violenta pode também estar relacionada com a classe social à qual pertencem os entrevistados. Considerando a existência de diversas masculinidades, os ideais dominantes variam de uma sociedade e até de uma comunidade para outra. Como argumenta Kaufman (1995), cada subgrupo – levando em conta a raça/etnia, orientação sexual, classe social, tempo/espço – define o seu ideal de homem conforme as suas possibilidades econômicas e sociais. O autor exemplifica: enquanto parte do ideal de masculinidade de homens norte-americanos de classes menos favorecidas é a priorização da destreza e da habilidade física

⁹³ Lampião era a alcunha de Virgulino Ferreira da Silva (1898-1938), cangaceiro brasileiro que atuou em quase todo o Nordeste brasileiro. O cangaço foi um fenômeno do banditismo brasileiro que agrupava principalmente homens que buscavam justiça e vingança para a falta de emprego, alimento e cidadania. Fonte: [https://pt.wikipedia.org/wiki/Lampião%C3%A3o_\(cangaceiro\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Lampião%C3%A3o_(cangaceiro))

para manipular o meio ambiente, outros homens norte-americanos de classes mais favorecidas priorizam habilidades verbais e a habilidade para manipular o ambiente por meios econômicos, sociais e políticos. De maneira similar, Falconnet e Lefaucheur (1977: 59) argumentam que “um homem, digno desse nome, deve ser o senhor, nem que seja de si mesmo ou de seus sentimentos. Na impossibilidade de exercer o poder político, econômico ou social, é preciso ao menos ser o senhor em casa, ou dono de seu pardieiro...”. Apesar das diferenças, o conceito de masculinidade está conectado intimamente e, há séculos, com a noção de poder. Homens – ricos ou não, pretos ou não, entre outras características – buscam o poder a partir das ferramentas reais que possuem. No caso dos nossos entrevistados, pertencentes às classes empobrecidas, o poder e a dominação se realizam em parte através do exercício de atos violentos. Há ainda, no caso de Nuno, o fato de os conflitos se desenrolarem no âmbito da vizinhança. Sobre isto, como afirma Grossi (2004), é bastante comum, no Brasil, briga entre vizinhos e, não raramente, com um desfecho que envolve morte.

No interior de um contexto rural, a violência como forma de resolução dos conflitos era estimulada inclusive pela polícia. Em tal cenário, o instinto de vingança e a lógica da “justiça com as próprias mãos” é legitimada socialmente. Vence o mais forte. Crispim revela:

“[...] p’ra vender animal não fui mais, não. Nunca mais. Ainda hoje, é perigoso. Se vender e cobrar, eles dizem que vão matar e hoje ainda é pior porque a polícia só sabe mandar se defender: ‘se defenda e dê conta porque senão você vai morrer’. De qualquer maneira, você morre, se você não der conta. A polícia se sai porque sabe que não resolve. Se a gente não resolver com as próprias mãos e a polícia tentar resolver, dá mais problema” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Dito isto, pelos relatos, percebe-se que os homens também pagam um preço na busca de um sentido individual do próprio valor através do envolvimento em episódios violentos. Isto porque a violência é uma forma social de poder que fragiliza a própria pessoa que a pratica (Brasil, 2008), inclusive associada com o adoecimento psíquico, conforme se vê com os entrevistados.

5.3.8 Questões relacionadas com a orientação sexual e a identidade de gênero entre homens

Os sentidos que alguns entrevistados homens dão à sua doença pode ser analisado em função da orientação sexual e da identidade de gênero. Em ambos os casos, há referência para as emoções danosas e a opressão decorrentes da atribuição de uma identidade estigmatizada.

As falas dos entrevistados transmitem que o axiomático é ser heterossexual. E a heterossexualidade, embora seja apenas uma entre as diversas orientações sexuais possíveis,

aqui também remete à identidade de gênero. Isto porque, num mundo onde predominam naturalismos e binarismos, a ideia de uma masculinidade heterossexual exige, mais que a questão da orientação do desejo e/ou da parceria afetiva em si, posturas e valores opostos ao “ser mulher”. Identidade de gênero e orientação sexual se misturam e se confundem para fundamentar uma masculinidade heterossexual. Sobre isto, Pires (2004: 117) coloca que diversas expressões identitárias como gays, lésbicas, travestis, transexuais, ao não reproduzirem os modelos oferecidos pela heterossexualidade e pelo casamento monogâmico são tidas como anormais, criminosas, pecaminosas e, por isso, cria-se uma generalização que agrupa todas enquanto “farinha do mesmo saco⁹⁴”.

A análise das falas de Beto e Iuri revela que o seu sofrimento psíquico está relacionado com a questão da orientação sexual. Beto, por exemplo, transparece incômodo por supostamente ser rotulado de homossexual pelos vizinhos:

“Meu problema todinho é esse satélite porque eles (vizinhos) usam p’ra me espionar. Eles me provocam também. A provocação era que ... Essa mulher, ela me dizia coisas, palavras, que eu fui observando que ela dizia... ela dizia piadas referentes a um homossexual. [...]. Ela dizia que eu não saía de casa, que eu não tinha ninguém. Ela nem queria entender se eu era evangélico ou não. Ou, então, ela não sabia que eu ‘tava usando remédio controlado. Eu me sentia incomodado por eles. Eu tive uma recaída e comecei a tentar me defender. E eu comecei, depois disso, ver os meus vizinhos, as crianças ‘tavam totalmente mudadas, elas ficaram rebeldes comigo. Pessoas ficaram totalmente mudadas, vi coisas totalmente diferentes, olhares totalmente diferentes. Foi uma grande transformação. E o pessoal da rua... Eu sentia que eles zombavam de mim, diziam coisas... Essa minha vizinha dizia muitas coisas imorais. Ela se escondia dentro da casa dela e eu na minha casa. Então, a convivência com a minha avó, que a minha avó já era uma velhinha, e eu ficava assistindo TV, ficava trancado dentro de casa e minha ‘vó sempre me chamava. Quando minha ‘vó chamava meu nome, essa mulher gritava sempre uma piada. Minha ‘vó dizia: ‘Beto, venha aqui’. E, de lá, ela respondia, como se estivesse respondendo por mim. Uma vez eu tive que dizer um palavrão de dentro de casa p’ra ela. [...] Ela ficava me chamando de homossexual, era a coisa imoral que ela falava. Era inveja... Eu acho que eles são o estilo de pessoa que podem matar um homossexual” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Não é possível constatar se, realmente, Beto é rotulado de homossexual por seus vizinhos. Como dito em capítulo anterior, nosso uso da história de vida não pretende fazer uma reprodução factual das vidas, mas captar a realidade das histórias para os atores/autores. Tampouco é possível constatar se a fala de Beto, no fundo, diz respeito a um desejo “reprimido” que faz parte do seu imaginário erótico (o de sentir atração sexual por outros homens) que, por alguma razão, ele está “lutando contra” e deseja ocultar demonstrando repúdio sobre as acusações dos vizinhos. Ou, ainda, se ele passou por alguma experiência traumatizante que tenha participação na sua ideia sobre o satélite. O que nossa análise apreende é o significado

⁹⁴ Mas, tal como há diversas formas de ser homem ou mulher, há também, segundo Pires (2004), diferentes formas de ser gay, lésbica, travesti, transexual, pontuando especificidades e necessidades que merecem atenção. São exemplos: problemas ginecológicos específicos de lésbicas, problemas com aplicação de silicones que são mais comuns para travestis, problemas da cirurgia de transgenitalização para transexuais.

em torno de seus pensamentos que, por sua vez, refletem o desconforto em ser reconhecido como homossexual. Beto nega uma orientação sexual homoafetiva e, claramente, recusa a identidade atribuída a ele por outros. Parcialmente ciente das lógicas sociais que enformam tal identidade, estigmatizada, reage contra ela. Parece saber também os riscos que uma pessoa corre simplesmente pelo fato de ser homossexual. O sofrimento psíquico se instala em algum ponto deste percurso.

É possível compreender que, para Beto, ser visto com mulheres é um requisito fundamental para que não seja reconhecido enquanto homossexual (“*Ela dizia que eu não saía de casa, que eu não tinha ninguém*”). Inclusive, justifica o fato de não sair de casa/não ter um relacionamento. Primeiramente, afirma ser evangélico e, aqui, há referência para toda uma série de hábitos, atitudes e comportamentos que por vezes destoam do que requer uma “masculinidade viril” – não sair tanto de casa e não ter muitas mulheres podem ser alguns destes aspectos. Depois, argumenta que está tomando “remédio controlado”, o que implica algumas restrições, especialmente de cunho afetivo-sexual – o estigma em torno de consumir medicamentos afasta as mulheres e também prejudica o desempenho sexual.

Para provar que não é um homossexual, Beto revela que já teve relações sexuais com várias mulheres. Isto soa como uma prova de sua masculinidade heterossexual. Ser reconhecido como homem/hetero envolve provar-se sexualmente ativo continuamente. Por ser fabricada, a virilidade sempre deve ser provada (Badinter, 1993).

“Tive relações com mulheres, mas o satélite continua. Eu não entendo isso, não... Se eles querem me tornar... Um exemplo, os moleques de rua... Eles podem chegar assim num menino e dizer: ‘Ah, ele é um viado (homossexual). Ele é um viado, um baitola (homossexual), um viadão’. Eles ficam falando ‘viado, viado, baitola’. Por exemplo, os moleques de rua... Se alguém ‘tá na porta da minha casa e eles ficam falando ‘Tu é viado, tu é viado, tu tem jeitinho de viado’. ‘Tou dando um exemplo. Se os moleques falam isso p’ra um garotinho, ele se defende, entende? Então, isso já é uma prova nele p’ra discernir se ele é viado ou não... Se é gay, travesti ou homossexual. Se olha p’ra ele e vê ele com uma garota, com uma mulher, a pessoa tira da mente aquilo... ‘Ah, eu pensava que tu era viado. Então, tu não é viado, não!’. E eu já tive relações com mulher e eles continuam me azucrinando. Eles querem porque querem que eu me suicide. [...] Claro que sinto (atração por mulheres). Eu nunca neguei isso. Desde a minha infância, eu tive casos com garotas” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Outras práticas, como a masturbação e o consumo de pornografia, também são encaradas como provas de masculinidade heterossexual:

“O pessoal do satélite tem inveja de mim porque, às vezes, uma pessoa jovem recebe uma masturbação. Eles queriam olhar também se eu me masturbava. E eles estranharam porque eles disseram que eles me viram me masturbando. Eles não querem que eu veja uma revista de mulher pelada, não querem que eu assista um vídeo pornô, que eu me masturbe” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Se Beto sente incômodo ao ter a sua orientação sexual questionada, com Iuri esta questão se configura de outra maneira. Ainda na infância, percebeu-se “diferente”, pois gostava de brincar mais com as meninas. Depois, na adolescência, constatou a sua atração por homens:

“Eu brincava só com as meninas mulheres. Menino homem, não. Eu gostava de brincar com elas de boneca, um bocado de coisa. Gostava mais delas do que de brincar com menino. Com eles, eu não gostava muito, não, brincar de carrinho, essas coisas eu não gostava muito. Nunca gostei. [...] Eu brincava com a minha irmã, ela ia chamar as amigas dela p’ra brincar com a gente. Meu irmão ia soltar pipa, mas eu nem ia muito com ele. Eu gostava mais de brincar com as meninas mulheres [...] Eu era adolescente, tinha na faixa dos dezessete anos, por aí, dezoito. Eu senti que eu tinha atração por homens. Eu ia ver os homens jogar bola, só p’ra ver mesmo. Eu não queria jogar, só queria ver. Eu gostava de ver eles jogando bola, suados, aquilo me excitava, me atraía mais. Aí, nessa época, eu quis andar mais com os meninos (risos). Foi na faixa de uns vinte anos que eu tive certeza. O primeiro namoro foi com o (nome do ex namorado). Eu pensei: ‘Não, eu já sei o que eu quero. Chegou a hora. É isso que eu quero. É isso que eu vou desejar ter’. Eu tive o relacionamento com ele, aí, eu fui p’ra casa dele, ele me convidou p’ra ir p’ra casa dele, eu dormi lá” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Quando fala sobre a infância, Iuri destaca uma característica que marca a sua diferença dos outros meninos: uma insuficiente homosociabilidade, sendo esta um requisito para que os meninos se tornem “verdadeiros” homens. Queria conviver mais com as meninas. Ao contrário de Beto, Iuri se reconhece enquanto homossexual. Mais que isso, não transparece desconforto. Não demonstra sentimentos de culpa ou menos valia. A autoaceitação não parece ser algo que gere angústia. Não se sente “doente” por sentir atração por outros homens. Tampouco se incomoda em ser considerado homossexual. “*P’ra mim, não tem problema ser homossexual, eu não tou fazendo nada de errado*” (Iuri, M, 28 anos, solteiro), ele diz. D

O sofrimento de Iuri decorre mais da reação dos outros nas suas interações cotidianas. É como se ele se incomodasse com o incômodo do outro que rejeita a sua condição, até porque isto não deixa de impactar a sua autoimagem e autoestima. Isto pode ser exemplificado a partir do cuidado que tem ao não levar namorados para casa com o objetivo de não causar nenhum constrangimento. Primeiro, pela mãe, que é evangélica: “*Não levo ninguém p’ra minha casa. Eu prefiro manter um pouquinho distante p’ra respeitar o espaço da minha mãe, também porque ela é evangélica*”. Também demonstra incômodo com a postura do irmão: “*Meus namorados eu não conto p’ra ele. Ele sabe só de longe. Até agora ele não viu. Se eu mostrar p’ra ele, ele vai brigar comigo, dizer coisas comigo. Por isso que eu nem mostro. Eu fico longe p’ra não ter confusão porque eu não me sinto bem com isso*” (Iuri, M, 28 anos, solteiro). O sofrimento de Iuri aparenta estar mais relacionado com a opressão decorrente do fato de ele ser homossexual. Os cuidados que toma não servem apenas para proteger os outros, mas também a si próprio, para não se ver “diminuído” aos olhos dos outros.

Apesar de Iuri não referir sentimentos negativos sobre a sua orientação sexual, a lógica por trás de seu sofrimento psíquico é similar ao que se passa com Beto, embora opere de

maneira própria para cada um: vivências de estigmatização, depreciação, incompreensão e discriminação. Estes processos estão fundamentados na validação de alguém a partir do olhar do outro e, para os nossos entrevistados, principalmente dos familiares e de pessoas da comunidade na qual vivem.

Aquele que está fora de uma *cathexis* hegemônica, isto é, a eleição “inadequada” do objeto de desejo ou uma identidade de gênero “equivocada”⁹⁵ (Connell, 1997; Connell, 2013) pode ser quase automaticamente desvalorizado por outrem e até por si mesmo, visto que a sua imagem de si depende, em certo grau, do olhar (avaliação) do outro (Goffman, 1974 [1959]; 2004 [1963]). Situações concretas de estigmatização, incompreensão e discriminação vindas dos outros surgiram para ambos os entrevistados (mesmo que no “delírio” de Beto) e foram significadas por eles enquanto fonte de sofrimento.

Desde 1973, a homossexualidade foi anulada do DSM-II e, desde 1985, retirada da condição de desvio sexual pelo Conselho Federal de Medicina no Brasil. Em 1990, deixou de ser considerada doença na Classificação Internacional de Doenças (CID) pela OMS (Lieberman, 2016; Simões e Facchini, 2008). É recentíssima a retirada dos transtornos de identidade de gênero do capítulo de doenças mentais da CID, fato anunciado pela OMS⁹⁶ em 2018. No contexto que envolve tais mudanças, muito ou nem tão recentes, persiste uma associação entre homossexualidade, desvio e doença, e, frequentemente, surgem apelos para se promover um “cura” médica, psicológica, espiritual (Simões e Fachhini, 2008). Recentemente, no Brasil, houve um exemplo disso: a Justiça Federal do Distrito Federal concedeu uma liminar que dá permissão para que psicólogos possam tratar gays e lésbicas como doentes e fazer terapia de “reversão sexual” sem qualquer tipo de censura por parte do Conselho Federal de Psicologia⁹⁷, o que claramente viola os direitos humanos das pessoas em questão. Pessoas trans sofrem com problemáticas semelhantes quanto ao estigma e à discriminação, e ainda têm dificuldades de acessar as intervenções de saúde necessárias.

Convém enfatizar novamente o contexto mais amplo ao qual pertencem os entrevistados e no qual exercitam as suas sexualidades: um contexto nordestino, numa cidade

⁹⁵ Seja a eleição “inadequada” do desejo ou a identidade de gênero “equivocada”, ambas foram vistas durante muito tempo enquanto patológicas pela psiquiatria (Connell, 2013).

⁹⁶ Os países que adotarem a CID-11 têm até o 1º de janeiro de 2022 para se adaptar à nova classificação. Link da notícia: <https://unaids.org.br/2018/06/oms-anuncia-retirada-dos-transtornos-de-identidade-de-genero-de-lista-de-saude-mental/>

⁹⁷ Eis o link da notícia: <http://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2017/09/1919516-justica-concede-liminar-que-permite-tratar-homossexualidade-como-doenca.shtml>

não tão grande, mais conservadora que cidades urbanas maiores onde o anonimato pode acontecer... Expressar uma orientação sexual ou uma identidade de gênero distinta do que é dominante, neste contexto, contrasta com o estereótipo tradicional do nordestino, dos “cabramachos”. A abertura para a expressão da sexualidade pode ser bem menor que em um contexto mais urbano, por exemplo.

Como dito, as problemáticas da orientação sexual e da identidade de gênero se cruzam nas experiências dos entrevistados. Segundo Welzer-Lang (2001), é comum que homens sejam vistos como homossexuais quando apresentam sinais de feminilidade como a voz mais fina, roupas menos masculinas, jeito corporal. Mas estes são traços que vão além da orientação sexual em si, do desejo por um outro do mesmo sexo. Dizem respeito à própria identidade de gênero. E como sugere o autor, estaríamos enganados se achássemos que o quadro de exclusão está relacionado apenas com a homossexualidade: toda forma reivindicada de sexualidade distinta da heterossexual não é valorizada e considerada diferente da doxa do sexo que se coloca como modelo único. É o que ocorre com a bissexualidade, as sexualidades transexuais etc (idem).

Beto, por exemplo, relata que, além de as pessoas que controlam o satélite falarem que ele é um homossexual, também têm um plano para que ele se transforme em uma mulher:

“Uma coisa que eu não quero, que eu não tenho o desejo de ser. Eu não tenho o desejo de... Tipo, o homem, ele nasce com o desejo de se tornar uma mulher. Alguns homens. Alguns querem se tornar mulher, você pode observar porque você sabe disso. Querem se tornar uma mulher, dizem que querem ser uma mulher. No coração deles, passa esse sentimento. Querem, desde criança, se tornar uma mulher, querem fazer coisas de mulher. Mas faz parte deles desde que eles eram crianças. Mas eu, não. Então eles querem fazer essa lavagem cerebral na minha cabeça, mas eu já nasci homem. Eu já nasci trabalhando com o sentimento de que... Eu morava num interior aqui perto e lá eu já tinha relações com garotas. Eu era criança, mas eu já tinha relações com garotas. Eu não tinha o sentimento de me tornar, crescer uma mulher. Eu não tenho, até hoje, o sentimento no meu coração de me tornar uma mulher. Mas o pessoal do satélite quer isso. Eles querem fazer uma lavagem cerebral, não só na minha cabeça, mas em várias cabeças. São monstros, pessoas que assassinam. Eles querem fazer uma radicalidade. Como eles podem mudar uma coisa...? Como eu posso mudar essa blusa p’ra cor branca? Eu não posso. Eles querem também que eu me suicide [...] Eles querem que eu me vista de mulher. É por vontade deles. Eles já disseram que eles são travestis. E eles querem que eu seja um travesti também. Eu não ‘tou lutando p’ra não ser um. A minha consciência não muda, eu tenho isso muito claro que não quero. Mas perturba porque, às vezes, eu ouço palavras muito ofensivas. Palavras fortes...” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Tal e qual a orientação sexual homoafetiva, Beto renega a atribuição de uma identidade de gênero feminina. O relato sobre o satélite indica lógicas sociais mais amplas. Diz respeito a algo que contraria a própria natureza (“*Eles querem fazer uma radicalidade. Como eles podem mudar uma coisa...? Como eu posso mudar essa blusa p’ra cor branca? Eu não posso*”). De alguma maneira, Beto sente que não é visto como um verdadeiro homem pelos outros. Segundo Welzer-Lang (2001: 463-465), “é verdade que na socialização masculina, para ser um homem, é necessário

não ser associado a uma mulher. O feminino se torna até o pólo de rejeição central, o inimigo interior que deve ser combatido sob pena de ser também assimilado a uma mulher e ser (mal) tratado como tal”. Mais ou menos consciente, Beto prevê os danos e punições envolvidos no fato de ter nascido (biologicamente) homem, mas ser visto como mulher (“*Eles querem também que eu me suicide*”, “*São monstros, pessoas que assassinam*” Beto, M, 30 anos, solteiro).

Por sua vez, Iuri, afirma sem ressalvas que gosta de se vestir como mulher. Relata ter o apoio de uma das irmãs:

“Assim, de mulher (perguntei se ele prefere se vestir de homem ou mulher). Gosto de usar coisas de mulher. Eu queria fazer isso. A minha irmã, se eu for p’ra (cidade), ela vai me levar numas lojas de roupa p’ra comprar umas roupas p’ra mim, roupa feminina, do meu gosto. Roupa feminina. ‘Vem p’ra cá que eu te levo numa loja de roupa só de mulher!’. ‘Opa, eu gostei, quero isso.’. [...] Eu gosto de mim. Me sinto bem comigo. E eu, também, me sinto bem de querer me vestir de mulher. Problema é p’ro meu irmão. P’ra mim, não é problema, não. Às vezes, eu me olho no espelho meia hora, sou vaidoso, gosto de me olhar, gosto de tudo que eu faço. A primeira coisa importante é a pessoa se gostar, mesmo tendo problema. Eu gosto de mim mesmo. Se a gente não gosta, quem vai gostar? Só a gente!” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Iuri gosta de si da maneira como é. No entanto, é oprimido cotidianamente pelo irmão também quanto à sua expressão de gênero, fato que gera desconforto:

“As pessoas me fazem raiva. Meu irmão tira toda a graça. Eu queria comprar uma coisa e o meu irmão vinha e dizia: ‘Não é p,ra comprar isso, não. É p’ra comprar outras coisas’. Às vezes, eu queria comprar uma roupa p,ra mim e ele não deixava. Ele não queria que eu comprasse aquele tipo de roupa do meu gosto. Shortinho curto. Ele se incomodava. Aí, eu obedeci ele e não comprei. Eu queria muito comprar, mas ele não deixou. Eu fiquei com raiva. Chorei.. [...] Dessa vez eu comprei roupa masculina, fiz o gosto dele [...] Me sinto mal, né? Choro, fico com raiva, todo estressado. Fico irritado, me incomoda e muito” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

O irmão tenta restaurar a hombridade perdida de Iuri, o “normal”. Os apelos são pela suspensão de aspectos considerados femininos, principalmente falar com a voz de mulher e vestir certos tipos de roupa. Para o irmão, é demais, é romper bruscamente com o modelo hegemônico de masculinidade. Pode-se dizer que o irmão também se utiliza da hierarquia familiar (afinal, ele é mais velho) para decidir a respeito da expressão de gênero de Iuri:

“Quem não me apoia é esse meu irmão mais velho. Ele fala assim: ‘Vixe, para de querer se vestir assim! Fala como homem! Para de falar feminino, fala como homem!’. ‘Menino, a voz é minha e eu falo como eu quiser’. É um estresse. Ele mora comigo, fica implicando, brigando porque eu quero comprar minhas roupas. [...] Quem se irrita é meu irmão: ‘Para de usar maquiagem, para de usar essas coisas de mulher’” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Os esforços do irmão de Iuri estão relacionados com a ideia de que ser um homem, de verdade, é não ter qualquer comportamento que seja considerado tipicamente de mulher. “É possuir qualidades opostas às mulheres, ser o que elas não são e não ser o que elas são. Para ser um homem, um verdadeiro, é preciso continuamente velar para não ser tomado por uma mulher,

confundido com as mulheres” (Falconnet e Lefaucheur, 1977: 26). Isto funciona como uma espécie de “polícia sexual” (Bento, 2015: 100), geralmente encarnada por outros homens e que controla cada trejeito, cada gesto dos homens.

Enquanto Beto é guiado por um modelo que dicotomiza feminino/masculino, Iuri desafia as noções que cristalizam orientações sexuais e identidades de gênero: “*Eu não me sinto mal assim [com roupas masculinas], mas eu gosto mais de roupa feminina [...] Nunca parei p’ra pensar se eu queria ter nascido mulher. Gosto de mim assim, de usar coisa de mulher.*” (Iuri, M, 28 anos, solteiro). Afinal, identidade não é algo inato ou imutável. Não é algo que a pessoa carregue com ela desde sempre e eternamente, “não implica consciência nem intenção, tampouco descreve necessariamente uma ‘condição’” (Simões e Facchini, 2008: 29). É ter liberdade de expressão, é poder transitar entre as variadas possibilidades do gênero. Não é preciso escolher, “deixa estar”. O fato de gostar de se vestir como mulher não significa que queira sê-lo. Enfim, Iuri contraria a suposição cultural de que o sexo biológico necessariamente deve corresponder à identidade de gênero. Mesmo que goste de se vestir mais como mulher, ele não coloca isto de maneira incisiva. Categorias dificilmente dariam conta da multiplicidade de comportamentos, desejos, imagens de si...

Faz-se oportuno contrastar as situações vivenciadas por Beto e Iuri nos seus respectivos cotidianos com a cultura mais ampla da própria sociedade brasileira. Simões e Facchini (2008) argumentam que, quando o assunto é sexualidade, o Brasil ora é tido como paraíso, ora é tido como inferno. Quando associado com o paraíso, a imagem recorrente é a de um país aberto ao erotismo e à sensualidade. A ideia passada por narrativas, novelas, reportagens, romances e até etnografias é a de que a liberdade, o desregramento sexual, a farta disponibilidade, permissividade e excentricidades estão no coração da nacionalidade. Tudo isto transmite uma imagem de liberdade e tolerância. Infelizmente, apenas na aparência. É aí que o país passa a ser tido como inferno. Como expressam os autores, pessoas com identidades distintas da hegemônica vivenciam cotidianamente situações de preconceito, desrespeito, injustiça, desigualdade e, em casos mais extremos, violência e morte (idem).

Ainda hoje, a homossexualidade, por exemplo, continua sendo tratada como uma mistura de pecado, sem-vergonhice e doença. Manifestações de afeto ainda se veem contidas e relações amorosas ocultadas porque corre-se o risco de perdas materiais, afetivas, desprezo, chantagem, agressão. Homossexuais ainda têm direitos negados nas esferas do direito ao casamento, da família, da criação de filhos. Bissexuais são vistos como indecisos, imaturos, ameaças às relações hetero e homossexuais. Pessoas trans passam por problemas associados com os seus documentos de identidade, são discriminadas em lugares públicos, excluídas do

mercado formal de trabalho, do ambiente escolar (idem: 25). O Estado que se diz laico acaba se omitindo diante das pressões de alguns de seus setores religiosos.

Como afirmam Falconnet e Lefaucheur (1977: 112), “a situação em que os homossexuais (e acrescentamos, pessoas com identidades de gênero distintas do modelo hegemônico) vivem seus desejos sempre é trágica. A opressão, os vexames, a rejeição sofrida são da mesma natureza dos males que fustigam as mulheres ou categorias sociais como os loucos, os aleijados, os imigrantes”. Sentir atração por pessoas do mesmo sexo, sentir-se confortável em adotar práticas tidas femininas (para Iuri) ou ser confundido com um homossexual e/ou uma mulher (para Beto) implica perdas de diversos tipos, mas, no geral, na perda de poder. Não se trata apenas de ter atribuída a si uma outra identidade, mas de descer na escala hierárquica do gênero, pois cada uma destas experiências de ser e estar no mundo tem significados sociais diferentes. Como afirma Kaufman (1995), o sentido que uma pessoa tem de seu próprio valor é medido, em larga escala, a partir da posição que ela ocupa na vara de gênero. E a autoimagem associada com questões de orientação sexual e/ou identidade de gênero surge, nas falas dos entrevistados, entrelaçada com o sofrimento psíquico.

5.3.9 O aborto induzido: vivências de homens

Como informa Garcia (2006), o tema do aborto é bastante presente na agenda do feminismo. Tem a ver com a questão da escolha das mulheres de ter ou não filhos, de vivenciar a sua sexualidade de maneira independente da finalidade de reprodução. No entanto, segundo a autora, não apenas no Brasil, mas em tantos países, as vozes masculinas sobre o aborto raramente são ouvidas, a não ser as da hierarquia católica. Igualmente, Pinto (1998) informa que pesquisas sobre saúde reprodutiva, mesmo quando adotam uma abordagem de gênero, não incluem os homens e isto pode ter relação com o fato de a gravidez e o aborto acontecerem nos corpos femininos. No nosso estudo, ouvimos as experiências de homens com o aborto realizado por suas (ex) companheiras no contexto de um relacionamento estável (um casamento e um namoro). Foram duas situações distintas: uma delas, o aborto provocado por questões de saúde da mãe; a outra, provocado por decisão da mãe de interromper a gravidez.

Os relatos, embora se refiram a uma ocasião experimentada na vida privada, refletem os valores sociais, culturais, políticos e até religiosos dos homens. Tais valores, por sua vez, têm participação decisiva na reação dos entrevistados face ao aborto. Nenhum deles mostrou ser a favor do ato. Primeiramente, tal evento impediu para ambos a concretização do desejo de ter novamente um filho:

“Depois do meu segundo filho, esse que tem nove anos, ela engravidou de novo, mas ela não devia ter engravidado porque tem um problema que ela não deve engravidar mais. Aí, ela teve que tirar, a gente perdeu um filho... E eu sofri muito, muito, a perda desse filho” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

“Eu nunca tinha adoecido na minha vida. Eu era um rapaz novo ainda. Primeira decepção com ela. Foi no namoro com essa infeliz, mãe dos meus dois meninos. Ela sondou um filho meu. Era p’ra ser o mais velho. Aí, eu botei aquilo na cabeça e não dormi mais de jeito nenhum. Sondou um filho meu (como assim, sondar?). Toma remédio e tudo, não bota p’ra fora de jeito nenhum e paga uma vagabunda e sonda. Sonda até sair o sangue. Mas ela vai pagar por isso também porque eu paguei e foi caro. Era p’ra ser três (filhos)” (Tomás, M, 59 anos, separado/divorciado).

O sofrimento decorrente da perda dos filhos pelo aborto surgiu amplamente relacionado com o atributo “paternidade”, fulcral na constituição de identidades masculinas. Engravidar uma mulher é um ato viril. Ser pai confirma a maturidade. Relembramos algumas informações sobre Tomás. Atualmente separado/divorciado, teve três relacionamentos duradouros: com a primeira companheira, teve um filho; com a segunda, a que realizou o aborto antes do casamento, teve dois filhos; com a terceira, nenhum. Sobre esta última, afirma demonstrando incômodo com a laqueadura realizada por ela: *“Da terceira, nós não tivemos filho, não, e foi os doze anos mais mal empregados que eu tive. Fiquei com uma mulher capada [O que é mulher capada?]. Mulher capada. Mulher que tem um filho e manda ligar. Ela tinha o filho com outro e não pôde ter mais comigo”*. Aqui fica bastante clara a função feminina de procriar. A mulher que não pode ou não quer ter filhos, seja evitando ou interrompendo a gravidez, tem o seu valor social diminuído (*“Achei um tempo perdido com ela porque eu não podia ter um filho” Tomás, M, 59 anos, separado/divorciado*). Numa escala do gênero, a maternidade está para a paternidade enquanto projetos de vidas. Mas parece recair de forma mais taxativa sobre as mulheres, visto que elas carregam a função de engravidar e cuidar dos filhos. Tal função está inscrita no corpo e, caso quebrem tal mandato social, serão punidas de alguma maneira. Embora tenha três filhos, Tomás não se sente plenamente realizado. Quer mais. Inclusive afirma *“Ele ainda vai nascer. Primeira mulher que eu tiver, ele sai. Quero ter esse filho”*. Mais uma vez, aqui, há referência para a função social da mulher enquanto procriadora. Além disso, atribui às duas ex companheiras (a que realizou o aborto e a que não podia mais ter filhos) a culpa por não conseguir se realizar na sua intenção de ser pai novamente. Com ele, tudo está “normal”. A falha foi delas. Sentiu-se descompensado nas duas ocasiões.

Há alguns desdobramentos das experiências de aborto vivenciadas pelos entrevistados. Para Tomás, houve o fato de, na época, a sua ex companheira ter realizado o procedimento sem levar em conta a sua opinião. Ele não teve nenhum papel, nenhuma autoridade na decisão: *“Não teve nem a consideração de me avisar, de perguntar o que eu achava. Mas ela ainda vai pagar caro. Ela fez e ainda fez eu pagar porque ela não tinha porra nenhuma. Ficou aquela mágoa”*. Além disso,

revela que a companheira realizou o aborto por ainda não ser casada: “*Queria ser moça p’ra família. A gente namorava e ela engravidou e tirou o neném. Casamos um tempo depois porque ela disse que não queria batizar os filhos dela como filho de rapariga. Eu casei civil. Ela não aceitava só juntar*” (Tomás, M, 59 anos, separado/divorciado).

A fala de Tomás traz à tona algumas questões em torno da sexualidade e da saúde reprodutiva. A princípio, o comportamento do entrevistado contrariou uma tendência verificada em outros estudos, que é a de que um forte determinante no processo de decisão sobre o aborto surge quando os homens não assumem a gravidez nem no aspecto emocional, nem no financeiro (Arihla, 1998; Pinto, 1998). Ele tinha, sim, o desejo de prosseguir a gravidez. No caso, a decisão de interrompê-la partiu da ex companheira e sofreu influência de valores socioculturais.

O fato de a ex companheira supostamente querer preservar a virgindade (para os outros) reflete o peso do tabu em torno da iniciação sexual antes do casamento para as mulheres, como o caso da entrevistada Abigail, tal qual visto em tópico anterior. Uma gravidez revelaria a condição de “transgressora”. Assim – ainda mais se levarmos em conta que tal acontecimento ocorreu com Tomás há, pelo menos, trinta anos –, a mulher solteira deveria manusear o seu *status* de moça virgem. Como aponta Silveira (2000), cabe à mulher dar satisfação sobre sua situação conjugal, a ausência de gravidez, a virgindade. Possivelmente, o aborto foi a saída que a ex companheira encontrou para não romper com estas normas sociais e para evitar as punições de cunho moral diante do fato de ela ter separado sexo pelo prazer do sexo pela procriação, embora corresse o mesmo risco (inclusive, de cunho legal) caso mais pessoas descobrissem o aborto. Aparentemente responsável pelo planejamento reprodutivo do casal, a ex companheira de Tomás “falhou” ao ficar grávida. Mas, ao menos para ele, isto não era o maior problema, visto que o posicionamento da sociedade sobre o pai da criança abortada, quando existe, é menos rígido. Além disso, Tomás alega que assumiria o bebê, como fez posteriormente com os dois outros filhos que teve com a mesma mulher. Isto solucionaria a questão em torno da honra (sua e da companheira) e dos aspectos financeiros. Cumpriria a sua parte, portanto. Para ele, o que parece ter sido o problema maior, além de não ser pai outra vez, foi ter sido excluído do processo, o que implica a ex companheira ter ignorado a sua autoridade e o seu poder de decisão a respeito.

Miguel, por sua vez, sofreu com desdobramentos de outra natureza na sua experiência com o aborto realizado pela ex esposa. Como dito, esta tinha problemas de saúde e tinha dificuldades de suportar outra gravidez. Por conta daqueles problemas, a saída foi optar pela sua interrupção. Depois de algum tempo, com a ex esposa sob recomendação médica que contraindicava a gravidez e a laqueadura, Miguel decidiu pela vasectomia como recurso

contraceptivo: “Ela teve que tirar a criança, mas ela não fez a ligação. Eu que tive que fazer vasectomia. Fiz por causa dela [...] Era o que eu tinha que fazer porque ela não podia engravidar mais. Foi um ato de amor” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

A experiência pós-aborto foi crucial para que Miguel optasse pela vasectomia. Mas não foi o único motivo. O entrevistado afirmou: “Não [sobre usar preservativo], eu nunca gostei de outros métodos e ela também não podia tomar remédio anticoncepcional porque engorda. Nem injeção”. A realização da vasectomia foi motivada também por estes aspectos: para que a mulher não engordasse ao tomar anticoncepcional e, ainda, porque ele não parecia disposto a responsabilizar-se pela contracepção por não gostar de usar preservativo. Entretanto, a escolha de Miguel – a da vasectomia “por amor”, especialmente por ele ainda desejar ter filhos – foi surpreendida pela suposta infidelidade da companheira: “E, aí, acabou tudo. Fiquei muito triste, mas já fiz e fazer o quê, né? Eu amava ela, né? Mas foi bem chato p’ra mim, ainda mais depois do que ela aprontou, né?” (Miguel, M, 32 anos, divorciado). A experiência do aborto da ex esposa junto à decepção amorosa motivaram o sofrimento na perspectiva de Miguel. O mal-estar foi potencializado pelo ressentimento em torno de ter feito a vasectomia pois alterou o rumo de sua vida: e se quiser ter outros filhos com outra pessoa?

A vivência do aborto foi apontada por Miguel e Tomás como causadores de sofrimento. Como informa Astbury (1999), mesmo que isto seja pouco investigado, homens são impactados mentalmente por eventos e condições como a infertilidade, a prematuridade extrema, o nascimento de um bebê morto ou a perda do feto por aborto, a transição para a paternidade entre outros. Contradiz, portanto, a ideia de que os homens não sofrem com o processo de aborto.

Todavia, parte do impacto sentido não deixa de estar impregnado de valores sociais e culturais que delimitam claramente papéis sociais masculinos e femininos como: o desejo da paternidade enquanto requisito fundamental para a constituição da masculinidade para Miguel e Tomás ou o fato de ter tido a sua autoridade desconsiderada para Tomás (pois a ex esposa realizou o aborto sem que ele soubesse). Chama-se a atenção para a análise da experiência do aborto com base em uma abordagem de gênero. As histórias dos entrevistados contradizem uma tendência masculina de não se envolver nas questões reprodutivas, já que estudos mostram que a participação de homens geralmente é acessória (Arihla, 1998; Pinto, 1998; Rodrigues e Hoga, 2005). Levar em conta as emoções dos homens no processo, indo para além das questões biológicas das mulheres, pode promover um cuidado mais humanizado e eficiente na atenção voltada para as pessoas (sejam homens ou mulheres) que experienciam o aborto. Mas é preciso

ainda levar em conta que, mesmo quando se envolvem nos processos, suas emoções podem estar impregnadas de valores hegemônicos de gênero que potencializam o sofrimento.

5.3.10 Viver com o HIV e ser homem heterossexual

Neste estudo, viver com o vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi significado como experiência fragilizadora do bem-estar físico, mental e social de homens heterossexuais. Aqui destacamos a história de Camilo. A convivência com o HIV vai muito além da esfera biológica e engloba situações de preconceito, discriminação, emoções negativas, como medo, ansiedade, angústia sobre a falta de cura, vergonha, tristeza, solidão. Interfere em variadas esferas da vida (na autoimagem, no trabalho, nas relações com a família, nos relacionamentos afetivo-sexuais) e, assim, ocupa um lugar central na constituição do itinerário de sofrimento psíquico:

“Eu ‘tou me sentindo com um pouco de depressão. Olha, não é fácil não pegar um problema desse aí. Meu problema da cabeça é do HIV. Eu descobri isso e minha vida virou de cabeça p’ra baixo [...] Sinto tristeza, fico isolado, sem vontade de falar com os outros. Quando eu descobri, eu fiquei aperreado... Fiquei louco, louco, desesperado, louco de jogar pedra, [...] Acho que a gente que faz, a gente não quer comer, não quer banhar direito. Eu também me sinto ansioso. E fiquei assim na época que eu descobri a doença, fiquei doido da cabeça, fiquei doidinho, quebrando tudo. Quebrei a mesa, outras coisas... Pensei que eu queria me matar, que eu ia morrer, que não tinha cura, não tinha nada, ninguém queria falar comigo” (Camilo, M, 40 anos, separado).

O entrevistado afirma, primeiramente, que o vírus foi transmitido por sua ex esposa: *“Mas foi ela que passou p’ra mim porque eu não tinha. Eu era gordo, forte, ela começou...Acho que foi ela que passou p’ra mim porque eu não tinha”* (Camilo, M, 40 anos, separado). Quando questionado sobre o porquê de pensar isso, ele relata: *“Eu acho que eu peguei dela porque ela não era mais moça. Já tinha tido outros homens antes de mim. Já teve outro filho, mas abortou. Não era meu”*.

Esta fala transparece a tendência de ainda se pensar no HIV/AIDS como algo relacionado ao desviante e ao feminino. A justificativa de Camilo recai sobre o fato de a ex esposa não ter se casado virgem e ter cometido um aborto antes de se relacionar com ele. Remete a comportamentos moral e socialmente desvalorizados e estigmatizados. Como atenta Villela (1998), tal tendência reflete muito mais um enfoque no comportamento do que no sujeito sexuado. Segundo a autora, homens heterossexuais tendem a não se perceber como um grupo de risco justamente por creditarem a epidemia a comportamentos desviantes e marginalizados, como os de gays e/ou profissionais do sexo feminino, mesmo quando têm vários relacionamentos extraconjugais. Entretanto, informa Furlani (2007) que, desde a descoberta do HIV, certas comunidades homossexuais aderiram rapidamente às campanhas de esclarecimento

e prevenção em diversos países. Também foram observadas mudanças de comportamento nessas pessoas, desde o uso da camisinha até a diminuição de parceiros e busca por relações estáveis. Mas isto não aconteceu, por exemplo, com grupos homossexuais com uso de drogas injetáveis nem entre homens heterossexuais (idem).

Guerrero, Ayres e Hearst (2002), em uma pesquisa qualitativa sobre masculinidade e vulnerabilidade ao HIV com homens motoristas e integrantes de uma empresa de transportes coletivos de São Paulo, encontraram que a infidelidade conjugal e o atributo “ser responsável” são características “masculinas”. Mas o fato de ser infectado pelo HIV numa relação extraconjugal pode ser percebido como irresponsabilidade, o que fere a imagem de “homem sério”. Trazendo esta informação para o nosso estudo, não é difícil perceber por que o entrevistado Camilo, a princípio, atribui automaticamente à ex esposa a culpa de ter sido a responsável pela infecção, ainda mais porque esta não era mais virgem quando se casaram, associando a liberdade sexual da mulher à promiscuidade. O “errado” e o “moralmente inaceitável”, na percepção de Camilo, facilitam o contágio.

No entanto, depois, o próprio entrevistado assume a dúvida e admite a possibilidade de ter sido quem transmitiu o vírus ao levar em conta a sua liberdade sexual e a revolta da ex esposa quando soube que ambos tinham sido infectados:

“Mas eu também era muito danado. Eu tinha umas relações fora do casamento [...] Tive relação com muitas outras mulheres, ela descobriu e ficou danada de raiva. [...] No fundo, não dá p’ra saber [...] Chafurdei muito [...] Eu possuí muita mulher também, namorei com muita mulher também porque você sabe como é, né? A gente ‘tá sempre em ponto de bala [...] Eu descobri primeiro (que tinha sido infectado). Ela ficou revoltada, ficou doidinha e disse ‘Tu vai me pagar’. Começou a brigar, quebrar as coisas. Ela disse que eu era o culpado, que eu ia pagar quando eu chegasse em Parnaíba. Culpado por ela ter HIV [...] Acho que ela criou raiva de mim por causa do problema que foi por culpa minha” (Camilo, M, 40 anos, separado).

A fala acima remete a aspectos da sexualidade masculina que acabam constituindo uma vulnerabilidade de homens heterossexuais à infecção pelo HIV. Um deles é a ideia de que eles têm mais necessidade de sexo do que as mulheres, sendo esta necessidade irrefreável. Também que eles estão sempre dispostos (“em ponto de bala”). Isto, por sua vez, tem relação com a multiplicidade de parceiras sexuais e com a infidelidade conjugal, vistas como “naturais” – outros aspectos da sexualidade masculina heteronormativa.

Não adotar medidas preventivas também surge como um aspecto da masculinidade que vulnerabiliza homens. Aparece como próprio da estrutura tradicional de gênero, tido como “normal”. Um comportamento de risco deste tipo é o não uso de preservativos nas relações sexuais: “*Eu fazia com preservativo... Às vezes... Eu acho que talvez eu tenha esquecido de usar umas vezes... talvez*” (Camilo, M, 40 anos, separado). Não usar o preservativo, no caso masculino, pode

significar uma contenção, um “freio” da sexualidade (Villela, 1998). De acordo com Paiva (1999), a prevenção do HIV/AIDS tem relação direta com o controle do comportamento sexual que, por sua vez, se relaciona com a reprodução e os papéis de gênero. Homens, seguindo um certo modelo de masculinidade, podem encarar medidas de prevenção como “fragilidade”. Sobre isso, Villela (1998) chama atenção para o fato de que a prevenção de doenças em homens é mais praticada quando o comportamento preventivo recomendado se compatibiliza com atributos de masculinidade de um dado grupo social – por exemplo, fazer exercícios para prevenir cardiopatias. Por outro lado, comportamentos preventivos, quando significam restrição de algo, podem gerar um sentido de fraqueza ou imposição de limites incompatíveis com as características de força e resistência – por exemplo, exigência de repouso, moderação no uso de álcool, dietas alimentares e o uso de preservativo em qualquer relação sexual. Em suma, como sugere Pais (1998), possivelmente, ao jogar-se na ordem do desejo, uma certa ideologia de masculinidade seja um fator que determina riscos de gravidezes não planejadas e de doenças infecciosas (como o HIV/AIDS).

Outros aspectos quanto à falta de prevenção e disseminação do HIV puderam ser observados. A ausência de conhecimento a respeito de doenças sexualmente transmissíveis, e a conseqüente falta de prevenção, também ficou evidente e constituiu um aspecto de vulnerabilidade: “*Eu nem sabia que existia isso... Esse vírus, essas ‘doença’*”. Junto com isso, o “ser homem e jovem”, que, pela percepção de Camilo, significa ser impetuoso e dar pouca atenção às situações de risco, representa um fator de vulnerabilidade ao HIV: “*Eu era mais novo, não sabia que essa vida era prejudicial demais. Eu não media muito as conseqüências*” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Além do choque inicial com o diagnóstico, o entrevistado relata mudanças em variadas esferas da vida que têm peso sobre a sua saúde mental e possuem relação com um modelo hegemônico de masculinidade. Uma delas diz respeito à saúde física e à relação com o próprio corpo.

“Eu ‘tava só o couro e os ossos. É um chafurdo tomar esses remédios, muito coquetel. Eu queria era ter saúde p’ra me sentir livre. [...] Já deu tontura, a dor de cabeça, desmaiando. [...] Eu era ‘fortezão, bonito, só andava bem arrumado. Eu era bonitão, me cuidava mesmo. Meu corpo mudou muito. Passei a não me arrumar mais porque eu tenho minhas roupas, eu era vaidoso. Só roupa social, sapato. Eu tenho um monte de camisa no guarda roupa que não serve mais. Mas acabou praticamente toda aquela alegria, aquele sorriso no rosto” (Camilo, M, 40 anos, separado).

A imagem sobre o próprio corpo tem relação com um modelo de masculinidade que, segundo Villela (1998), engloba características como força, poder, autonomia, invulnerabilidade e contrastam com as imagens popularmente relacionadas com o HIV e a

AIDS: magreza, fragilidade, submissão. O que, tradicionalmente, se espera de um homem entra em contradição com alguns estados proporcionados pela vivência com o HIV (idem). Camilo percebe a si mesmo frágil, vulnerável, necessitado de cuidados... Muito mais próximo do que representa uma mulher. Até o fato de precisar frequentar assiduamente estabelecimentos de saúde contrasta com a identidade masculina anterior – autossuficiente, potente, sem necessidade de cuidado por parte de si ou dos outros.

Outras problemáticas decorrentes da experiência com o HIV estão presentes no cotidiano de Camilo e geram sofrimento psíquico. Elas ocorrem no âmbito do trabalho, da família, das relações afetivo-sexuais, da sociabilidade. Ele refere, por exemplo, a perda do trabalho, do casamento e da paternidade: “*Perdi meu trabalho, minha esposa, minhas coisas, a casa, minha moto. Perdi meu filho. Perdi praticamente a minha felicidade porque a minha felicidade era o meu filho. Não tenho contato hoje com ele. Ela [a ex esposa] não deixa eu ver. Ela tem mágoa de mim*” (Camilo, M, 40 anos, separado). A vivência com o HIV ocasionou para Camilo a perda do que Townsend (2002) entende como *package deal*, isto é, o pacote ideal para a constituição da masculinidade: trabalho, casamento e paternidade.

Ter dificuldades para “possuir” mulheres é outro aspecto afetado pela vivência com o HIV e interfere na virilidade. Possui desejos, mas não pode exercitar sua sexualidade, pelo menos, não como antes. Sente-se isolado e, até então, conseguiu ter contato, como diz, apenas com “mulher de ambiente”, isto é, com profissionais do sexo. Precisar pagar para ter relações sexuais também afeta a virilidade. Camilo refere a dificuldade que é firmar relacionamentos afetivo-sexuais quando uma potencial namorada descobre que ele vive com o HIV:

“Já aconteceu de eu conhecer uma menina, mas, quando ela soube que eu tinha esse problema, ela não quis mais. Terminou. Sem nem começar, terminou logo. ‘Não, com esse problema eu não te aceito’. [...] P’ra namorar, tem que contar. E, se eu contar, elas não aceitam. Continuei tendo uma vida ativa, mas só com mulher de ambiente, pagando e usando preservativo. Namorada, não. Quando eu quero contar, a pessoa se afasta. É difícil conviver. Hoje, eu não tenho mais a mesma liberdade que eu podia arrumar uma mulher e outra. Arrumar uma namoradinha” (Camilo, M, 40 anos, separado).

A dificuldade para firmar relacionamentos e a perda do trabalho são atravessadas por lógicas de preconceito, discriminação e medo por parte de quem o rodeia. Camilo descreve a situação vivenciada no trabalho que culminou com o seu desemprego. Mesmo aceitando ir para outra função menos valorizada, foi dispensado. O sentimento de invalidez esteve presente neste processo:

“Eu trabalhava direitinho, aí, quando souberam lá, ficaram tudo com preconceito. ‘Ah, não trabalha mais aqui porque tu pode se cortar’. Não era p’ra ter contato com as outras pessoas lá. Eles não aceitaram eu trabalhar mais.

Eu disse ‘Bota p’ra eu ajudar a fazer o serviço porque eu sei... P’ra eu não ficar em casa parado sem fazer nada’. O patrão que disse que não queria porque... Não, tu é uma pessoa doente, tu não pode trabalhar mais’. Aí, a minha autoestima baixou mais” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Preconceitos e medos também foram registrados nas interações cotidianas na esfera da família. Além disso, a falta de conhecimento sobre as formas de contágio põe Camilo em uma situação constrangedora: *“Minha irmã fica danada de raiva quando eu me corto. Ela tem medo. Tem é preconceito também. ‘Ah, tu tem isso! Evita ficar perto’”* (Camilo, M, 40 anos, separado).

Pelo relato de Camilo, é possível perceber que a vivência masculina com o HIV assume alguns contornos específicos que vão desde a forma pela qual se concebe a doença, como se dá o contágio e o efeito das repercussões por ser portador do vírus em diversas esferas da vida. No caso desse entrevistado, ser homem guiado por um modelo hegemônico de masculinidade foi um aspecto de vulnerabilidade.

Para Camilo, homem heterossexual, além do choque inicial de ter descoberto ser soropositivo (a reação foi de desespero e pensou até em suicídio), viver com o HIV proporciona impactos negativos na autoimagem e acarreta perdas e mudanças de papéis sociais em diversas esferas seja a familiar, a laboral, a dos relacionamentos amorosos. Embora hoje aceite relativamente a sua condição, há outros incômodos. O principal parece ser o peso do estigma que diminui a qualidade das suas interações sociais e impacta diretamente a construção da identidade masculina. Como se sentir um homem pleno se não pode mais realizar o que ainda fazem outros que antes eram “seus iguais”? Em suma, a nova condição e as limitações impostas ao homem que vive com o HIV também constituem o sofrimento psíquico porque fragilizam aspectos de sua identidade de gênero.

5.3.11 Consumo de álcool e outras drogas entre homens

O uso de álcool e outras drogas surgiu nas experiências de alguns entrevistados como “causa” da doença mental. Isto vai na direção de dados epidemiológicos que constata, em diversos países do globo, que os transtornos mentais devido ao uso de drogas são mais comuns entre os homens (OMS, 2001). Entretanto, visamos compreender os sentidos que fundamentam o uso e em qual momento ele é encarado como um problema pelos entrevistados. Isto porque, como afirma Nascimento (2016), é tênue a linha entre o que é interpretado como algo cotidiano, “vadiagem”, diversão, e o que é passível de ser diagnosticável. Neste caso, vamos além das possíveis questões biológicas que afetam o corpo em si (sabe-se os efeitos potencialmente danosos das substâncias psicoativas sobre os organismos e as implicações disso sobre a saúde

mental) e compreendemos especialmente como um estilo de vida que engloba o consumo de álcool e outras drogas foi encarado por alguns homens deste estudo como prejudicial à sua saúde mental:

“Várias vezes eu tive problema com drogas. Eu ficava muito perturbado. Bebia muito. [...] Perdi foi as contas do tanto de droga que eu já usei. Maconha, benflogin, LSD, crack, cocaína, maconha, haxixe, álcool, tudo que é álcool. Comecei a beber com treze anos de idade” (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

“No (bairro), eu me viciiei na maconha, deixei a maconha e me viciiei no crack. Do crack, eu voltei de novo p’ra maconha e abandonei tudo. Até hoje, eu ‘tou sem fumar isso. A maconha causa muito problema no coração. Eu ‘tava me sentindo ruim. Acelerado [...] O crack, eu ‘tava muito sentimental. Eu procurei algo que me desse euforia, fui achando o gosto bom, então, continuei. E foi ruim p’ra mim porque eu usei junto com remédio” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Segundo Falconnet e Lefaucheur (1977), os homens têm como uns de seus acessórios fundamentais o álcool e o fumo (acrescentamos: drogas, em geral). Estes atuam como sinais exteriores de virilidade. No nosso estudo, o uso de álcool e outras drogas surgiu como algo típico⁹⁸ de homens, o qual muitos vivenciam porque na própria família (no caso do álcool) ou na vizinhança (outras drogas) é legitimado enquanto prática “normal”. O que se quer dizer com isso é que embora, na prática, os consumos de drogas não sejam algo exclusivamente masculino, existe uma forma de se “drogar” masculina que envolve processos de socialização, ritos de passagem, o tipo de substância, os objetivos e expectativas dos usos, cenas de uso.

Um primeiro aspecto a ser considerado é o fato de o uso, especialmente o de álcool, ser algo aceitável no âmbito da família, tal como vimos com *Ciro*: “*Eu via minha família bebendo e eu queria beber também. [...] Minha mãe bebia na minha frente*” (*Ciro, M, 43 anos, solteiro*). Também é verificado no âmbito da comunidade, como visto com *Beto*, que começou a usar drogas no bairro. Outro aspecto do uso masculino é que, geralmente, ele inicia cedo, ainda na adolescência, tal como aconteceu com *Ciro* e *Beto*. Ocorre como um rito de passagem e, muitas vezes, com finalidades de socialização com os grupos de pares.

Como descrito acima, o uso de álcool/outras drogas em si não é problema para os homens. É normal, é corriqueiro, é acessório. Pode ser até excessivo. Começa a ser visto de forma nociva apenas quando é associado com o rompimento de certas posturas valorizadas para o masculino. Mesmo que desde já pudesse implicar em riscos (pelo menos em termos “fisiológicos”, por ser usado em excesso), foi considerado nocivo (e potencializador da doença

⁹⁸ Em termos gerais, o consumo de drogas é maior entre os homens. No entanto, pesquisas sinalizam para o aumento do consumo entre as mulheres, bem como seu envolvimento com o tráfico (Boiteux, 2014). Tem diminuído o diferencial entre os dois sexos e as mulheres já chegam a ser as maiores consumidoras de certas substâncias, como medicamentos ansiolíticos (Maluf, 2010).

mental) apenas quando associado com prejuízos evidentes para si e para outrem nas esferas laboral, social, da saúde. Ou seja, o uso de drogas foi considerado “normal” para os entrevistados até o ponto em que não se envolveram em situações que fissurassem a imagem de homem que idealizavam sustentar. Até o ponto em que não fossem tidos como desviantes.

No caso da esfera laboral, não conseguir se estabilizar em qualquer emprego foi atribuído ao uso de drogas: *“Sempre fui um bom profissional em todos os meus empregos. Sempre fui um bom profissional. O problema é que eu saía muito de um p’ra outro, eu ficava muito perturbado porque usava muita drog.”* (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

Outra circunstância em que o uso é tido como problemático ocorre quando se deixa de consumir com fins voltados principalmente para a socialização. Passa a acontecer também de forma solitária, “sem motivação”. Além disso, há destaque para comportamentos “anormais” e para a perda de controle das emoções.

“Ela (a mãe) disse que eu bebi um dia e joguei óleo no chão, fiz um monte de coisa e não me lembro de nada. Eu tenho, assim, um transtorno que eu bebo e acaba tudo. Uma vez, uma menina chegou p’ra mim e falou: ‘Você ‘tá bem, Ciro?’. ‘Tou. Por quê?’. ‘Porque você ‘tava bebendo e tacando a cabeça no chão’. Ela disse que eu ‘tava tacando a minha cabeça no chão, tacando mesmo p’ra machucar e eu nem me lembro” (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

Mais um indício de uso nocivo ocorre quando o homem que usa drogas se envolve no mundo do crime: *“Uma vez, eu troquei uma pedra... Eu troquei uma bicicleta, roubei, né? Troquei por uma pedra desse tamanho. Lá, tem um monte de gente querendo me matar e aqui tem um monte de gente querendo me matar também. Me envolvi, devo e caguei eles também. Traficante. Lá e aqui”* (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

Por fim, o uso é reconhecido enquanto problemático quando gera problemas de saúde confirmados pela perda do vigor físico:

“Eu tinha emagrecido porque crack emagrece. Eu fui emagrecendo, ‘tava já meio que chocando as pessoas. Por causa do crack, eu tentei destruir a minha casa. Eu morava numa casa de taipa, deixa a pessoa louca. Quando a pessoa fuma crack, até os olhos da pessoa ficam abertos, ficam espantados. Eu não posso usar mais. Não gosto de lembrar mais, quando eu lembro do gosto, me dá nojo... Quando eu comecei a usar, eu fiquei totalmente doido... Eu já andava vomitando, botando as coisas p’ra fora. Nem maconha. Maconha eu vejo que surge muitos problemas. A maconha dá a falta de respiração no pulmão e o cigarro também. Cigarro ainda causa impotência sexual nas pessoas. Então, eu não quis mais. Já o crack, eu não sabia nem o que ‘tava acontecendo comigo. Eu cheguei a usar com amigos, sozinho. Dos meus vinte e dois aos vinte e nove anos que eu usei” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Todas estas características associadas com o consumo de álcool/outras drogas – deixar de trabalhar, ter comportamentos e emoções “anormais”, beber “sem motivo”, envolver-se em crimes, constatar a perda da vitalidade física/problemas de saúde – vão contra o modelo hegemônico de masculinidade – o do homem disciplinado que trabalha, racional, que bebe acompanhado de pares, honesto, forte. Mais: não coincidem com um modelo masculino que

tem no uso de álcool e outras drogas um atributo de virilidade, pois, como afirma Nascimento (2016: 59), “muitas vezes, beber masculiniza”. Nas ocasiões explicitadas, todavia, o uso de álcool e outras drogas ultrapassou os limites do “normal”, tornando-se “patológico” e distanciando os entrevistados de uma masculinidade valorizada. Outrora símbolo de masculinidade, tornou-se símbolo de “vício”, loucura, fragilidade.

A partir daqui, convém mencionar a história de Abel. Embora o seu relato tenha certa convergência com os de Ciro e Beto, quanto à parte que atribui ao uso de álcool a “raiz” do sofrimento psíquico, assume contornos peculiares. Enquanto para Ciro e Beto usar álcool/outras drogas é parte de um estilo de vida corriqueiro para homens – claro, até o momento no qual se extrapola certas fronteiras –, isto não ocorre para Abel. Para ele, cristão praticante, o fato de ter começado a beber álcool (junto a outros hábitos) constituiu quase por si só uma ruptura na sua biografia, o que levou ao sofrimento. Não foi necessário ultrapassar fronteiras como as mencionadas por Ciro e Beto. Praticar outro estilo de vida que engloba o consumo de álcool foi suficiente para provocar uma “crise”:

“Começou assim. Eu comecei a ficar pensativo por causa de um determinado problema que eu passei. Eu ‘tava era pensando em separar da família, ‘tava pensando em deixar tudo, largar tudo e comecei a ficar pensativo demais, e comecei a ter ideia de perseguição, que alguém ‘tava me seguindo e, daí, começou a aparecer vozes...’ Tá com um ano, é recente. Antes disso, eu não tinha problema de saúde mental, sempre fui normal, nunca tinha percebido que tinha o psicológico abalado. [...] Eu amo muito a minha família, mas eu fiquei muito pensativo de deixar, de me afastar e, aí, comecei a criar coisa na minha mente. [...] Essa enfermidade é tudo isso, o afastamento da igreja e da minha família por causa dessas amizades, que eu ‘tava bebendo, me afastando... E, aí, comecei a andar com amizades fora da igreja, que pensavam de outras formas. Tipo assim, sobre vício, bebida, essas coisas. E eu sempre fui acostumado, desde os meus catorze anos, a estar dentro da igreja, a obedecer as regras cristãs, não andar com vício. [...] Eu queria ter amigos, achava que podia ter amigos assim, mas eu ‘tava me enganando porque o que eles faziam e gostam de fazer eu nem faço e nem gosto. Bebida, prostituição, adultério. [...] As regras (da igreja) que a gente segue é assim: que a gente não pode se misturar com as coisas do mundo...” (Abel, M, 39 anos, casado).

Abel foi socializado conforme um ideal cristão de masculinidade. Observadas as particularidades do contexto em que viveu/vive (nordeste do Brasil, pertencente a determinada geração e classe social), pode-se dizer que a construção de Abel enquanto sujeito masculino foi influenciada largamente pela religião e por ideais burgueses que, segundo Oliveira (2004), contemplam características como o controle das paixões, a moderação, a pureza sexual e mental, a virilidade disciplinada, o valor da paternidade no seio da família entre outros.

O que pode se verificar, na história de Abel, portanto, é um confronto entre modelos de masculinidade que, aqui, optamos por intitular “cristã” e “secular”. Certamente, tais modelos valorizam em comum certos atributos, mas diferem exponencialmente em outros, em especial no que se refere à maneira como o homem transita pela esfera pública. Enquanto que no ideal de masculinidade cristã, há o estímulo para o comedimento na esfera pública, uma

masculinidade “secular” (leia-se: aquela mais ou menos livre de dogmas religiosos) rende outras atuações no palco da esfera pública. O consumo de álcool, a homosociabilidade em espaços como o bar, a frequência em casas de prostituição e o conseqüente afastamento da família representam a brusca mudança no estilo de vida de Abel ou, em outras palavras, o seu descolamento de uma masculinidade cristã para a secular. O espaço público ganhou novo significado: antes, reduzido ao trabalho e à igreja; depois, expandiu-se para o bar, a rua. Além disso, como sugere Sarti (1994), o consumo de álcool pode significar o despojamento do papel de provedor, haja vista que o dinheiro que deveria ser para a casa está sendo desviado para satisfazer outras necessidades que não as da família. Para Abel, tais mundos são inconciliáveis:

“Porque as amizades que eu ‘tava tendo não ‘tava me ajudando, ‘tava me influenciando p’ro lado negativo. Mas, quando eu comecei a entender que as amizades que eu tinha não ‘tava me ajudando, eu comecei a procurar outras amizades. Amizades com o mesmo pensamento que eu, mesma forma de agir. Porque, se eu ‘tou na igreja, eu tenho que ter amigos que pensem da mesma forma que eu porque, se eu sair dali, eu vou ficar entre dois pensamentos. Mundo com amizade da igreja? Não. O mundo pensa diferente. A pessoa que não tem conhecimento da Bíblia e da igreja pensa diferente da pessoa que tem conhecimento da Bíblia e da igreja. Um puxa p’r’um lado e outro puxa p’ro outro” (Abel, M, 39 anos, casado).

Os dois mundos referidos por Abel representam também o confronto entre as masculinidades, uma espécie de dilema sobre que tipo de homem se deve e/ou se quer ser. De acordo com Vale de Almeida (1996), uma coexistência entre modelos de masculinidades ocorre não apenas na mesma sociedade, mas também na mesma pessoa. É real a variabilidade das identidades masculinas em um único indivíduo ao longo do ciclo de vida ou conforme diferentes situações de interação. Do confronto entre tais masculinidades está o sofrimento psíquico para Abel. Qual tipo de homem ele quer ser? Qual tipo acha que deve ser? O caso de Abel é interessante para refletir acerca dos possíveis entrelaçamentos negativos entre religiosidade e saúde mental. Um conservadorismo religioso pode acabar incrementando sentimentos de culpa, menos valia, baixa autoestima para aquele que se distancia das normas sociais.

Para além das questões biológicas presentes nos consumos de álcool e outras drogas, há questões de cunho sociocultural que surgem nas experiências com a doença mental. Os usos acarretam uma série de mudanças na vida em diversas esferas – laboral, social, da saúde, da religiosidade – e mexer com os sentidos de masculinidade dos indivíduos.

CAPÍTULO 6. “VIVER COM DOENÇA MENTAL”: (re)configurações das histórias de vida de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico

“Contar a história pessoal, quando ela é profundamente marcada pela experiência de crise, não é nada fácil. Muitas partes ficam perdidas, escondidas pela dor, pela humilhação, mortificação e estigma. Voltar a elas só pode se dar depois, com a disponibilidade de revisitar as feridas, limpá-las, não ter vergonha de tê-las tido, e descobrir as formas e linguagens mais adequadas para descrevê-las [...] Por mais doloroso que seja, percorrer este caminho nos abre para perceber dimensões ocultas e radicais da existência humana, que a maioria das pessoas não se dispõe nem a se perguntar [...] Além disso, constitui uma experiência profundamente emancipatória, base para a retomada de nossa singularidade e autonomia, para lutar contra as representações convencionais do transtorno, contra as formas opressivas de tratamento, e para a proposição de novas formas de abordagem e cuidado na sociedade” (Vasconcelos, 2005: 55-56).

“A designação de doente mental ainda produz estigma sem estima [...] Crimes e erros do mau tratamento que querem apaziguar a sociedade, recalçando a personalidade e o ritmo de homens e mulheres diferentes. A psiquiatria não foi feita para confrontar e punir a personalidade e suas manifestações múltiplas” (Delgado, 2011: 4703).

Seja pelo sofrimento psíquico em si, seja pelo peso do diagnóstico psiquiátrico, a doença mental implica uma série de mudanças e rompimentos na vida de quem a vivencia. Segundo Vasconcelos (2005), esta vivência engloba eventos difíceis, crises existenciais radicais, processos de mortificação do corpo e da alma. As pessoas que passam por isso comumente são marcadas pela vida afora como diferentes e/ou esquisitas, precisam conviver com as marcas cotidianas de tal diferença, passam por dificuldades quanto aos sintomas da doença, peregrinam por serviços de saúde mental (o que envolve a medicação e seus efeitos colaterais), experienciam as limitações no desempenho de atividades diárias e precisam lidar com o preconceito e o estigma da sociedade em geral.

Por conviver com uma doença mental, homens e mulheres deste estudo “trocam de pele” várias vezes ao longo de suas existências. Suas interações sociais cotidianas sofrem múltiplos impactos. Precisam se adaptar a novas situações, a novos papéis sociais. Nalgumas ocasiões, muda em grande escala o sentido que têm de si. Questionam sobre quem foram anteriormente e o quanto de si ficou perdido ao longo do itinerário de sofrimento: com quem

deixaram de se relacionar, o que deixaram de sentir, de fazer, de planejar... de ser. Noutras ocasiões, através da mobilização de estratégias das mais diversas naturezas conseguem harmonizar, ao menos até certo ponto, o sentido de si. Acontece também de incorporarem novas possibilidades de viver vistas *a priori* como negativas porque sugerem a interrupção de uma vida (ou, ao menos, um plano de vida) anterior. Mas, ocasionalmente, aprendem a se adaptar às circunstâncias impostas pela doença e, nalguns casos, passam a avaliar algumas mudanças como positivas.

Neste capítulo, buscamos compreender como é ser homem e mulher diagnosticado/a com doença mental. Pensando sempre em função da categoria gênero, analisamos: quais os impactos que ela ocasiona em diversas esferas da vida? Quais as estratégias que homens e mulheres utilizam para lidar com a doença? Quais as suas perspectivas de vida presentes e futuras? Que concepções constroem sobre homens e mulheres mentalmente doentes?

6.1 Os impactos da doença mental sobre diferentes esferas da vida

Para alguns sujeitos, em especial aqueles para quem a doença mental é vista de forma bastante “marcada”, como uma entidade que separa um “antes” e um “depois” na biografia, é necessário adequarem-se a novos papéis e interações sociais. Viver com uma doença mental produz mudanças, muitas vezes bruscas, que interferem no próprio sentido de si. Faz refletir sobre o que se foi até o momento no qual o sofrimento é percebido/sentido de forma mais clara e o que se é atualmente, sobre o que se ganhou ou perdeu. Faz refletir sobre o tipo de pessoa que se tornará. Para outros sujeitos, os quais têm a doença como um referencial sempre presente por sentirem os sintomas desde tão jovens que pouco se recordam de como é viver sem eles, os impactos também surgem uma vez que não deixam de imaginar como teria sido e/ou poderia ser a vida. Em quaisquer das situações, há impactos. Estes, por sua vez, estão amplamente atravessadas por questões de gênero, modelos de feminilidade e masculinidade.

De acordo com Kleimann (citado por Vasconcelos, 2005), a doença mental pode ocasionar uma diminuição das possibilidades em várias esferas da vida. Surgem ameaças e limites ao cotidiano na vida doméstica, no trabalho e nos relacionamentos. Também surgem mudanças corporais, impactos econômicos (com exames, tratamentos e remédios, por exemplo), tempo despendido nos serviços, riscos e efeitos colaterais de remédios e/ou outras formas de tratamento, relação com cuidadores formais e informais, tratamento violador na assistência psiquiátrica, preconceitos. De maneira similar, Leff e Warner (2006) destacam que os “normais” geralmente querem manter distância das pessoas doentes, o que é percebido por

meio de sua relutância em trabalhar com elas, em casar com elas, em viver perto delas ou tê-las como amigas. Situações assim aparecem nas falas dos nossos entrevistados. Pode-se afirmar que todas produzem mudanças ao nível da identidade social/pessoal e do *self*.

A doença mental tem sido tratada pela teoria sociológica como um processo que envolve mudanças significativas nas atitudes dos outros para com o doente e, conseqüentemente, mudanças na forma como este passa a ver a si mesmo e a se posicionar no mundo (Rabelo, 1999). Consideramos que tais mudanças são produto do arranjo formado por estigma, preconceito e discriminação devido ao rótulo psiquiátrico. Entre os impactos causados pela experiência com uma doença mental, talvez o mais visível seja tal arranjo. Mais visível porque extrapola as “paredes” de um cotidiano privado, já que é fruto de uma (ainda) representação de grande parte da sociedade sobre a doença mental como algo inegavelmente perigoso, incapacitante, devastador.

Enquanto impacto da doença mental, este arranjo (estigma + preconceito + discriminação) está ainda presente em outras repercussões da doença sobre a vida, a saber: nas próprias imagens que as pessoas têm de si (pelo autoestigma), na família, na vida laboral e nos estudos, no convívio social, nas relações afetivo-sexuais. Isto porque facilmente a pessoa com o diagnóstico psiquiátrico passa a ser vista de forma diferente, negativa. Qualquer característica que porte é ofuscada pela sua condição de doente. Assim, tal arranjo é, simultaneamente, um impacto da doença mental e está na base de outros impactos (na família, amizades, trabalho, relacionamentos afetivo-sexuais, nas redes sociais). Pode constituir ainda um sofrimento adicional para a maioria dos sujeitos.

Em suma, pode-se dizer que os impactos da doença mental surgem de maneira mais direta através dos sintomas, que geram certas limitações, mas também menos direta devido ao peso simbólico do diagnóstico que conduz os seus portadores a certo estatuto social. Todos implicam pausas ou interrupções nas práticas, atividades, relacionamentos, projetos de vida. Por vezes, acabam por incorporar novas formas de agir, pensar e sentir (novos *habitus*), o que implica reconfigurações nas vidas. Tais reconfigurações, embora nalguns casos sejam significadas positivamente, podem impor embaraços aos itinerários terapêuticos.

6.1.1 O peso do estigma

Na realidade da vida cotidiana, há esquemas tipificadores através dos quais os outros são apreendidos e, a partir daí, são estabelecidos modos pelos quais lidamos com eles, especialmente nos encontros face a face (Berger e Luckmann, 2004 [1966]). Apreendemos o

outro, por exemplo, como “homem”, “europeu”, “comprador”, “tipo jovial”. Os padrões de interação são moderados por estas tipificações (idem). Pensemos no nosso objeto empírico: homens e mulheres diagnosticados com doença mental. Ser portador do rótulo psiquiátrico compromete a interação destes homens e mulheres com os outros. Há tipificações sobre as pessoas com doença mental. A “ideia” que se forma acerca delas geralmente é estigmatizante.

A estigmatização conduz a uma perda de *status* moral. Não bastassem os sintomas relativos à doença, o usuário da saúde mental tem de lidar com os impactos da imagem frequentemente tida como negativa. Em muitas ocasiões, não consegue, na sua representação⁹⁹, ocultar o atributo desfavorável (diagnóstico psiquiátrico). Consequentemente, torna-se alvo de descréditos vitais de uma plateia (leigos, profissionais, familiares, eles próprios) em uma região de fachada¹⁰⁰ (Goffman, 1975 [1959]).

Goffman (2004 [1963]: 7) afirma: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social quotidiana possui um traço que pode-se impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Este traço é o estigma, que diferencia negativamente a pessoa que o porta, pois deixa de ser vista como alguém “comum” e “total” para ser vista como “estragada” e “diminuída”. É uma forma de desvio social e desabilita o indivíduo para a aceitação social plena. A identidade se deteriora (idem).

O peso negativo do estigma surge na interação social entre indivíduos portadores do estigma e aqueles que não o possuem, ou pelo menos, que não tem algum estigma socialmente reconhecido – os “normais”. Em uma interação face a face, o estigma atua como um tipo especial de relação entre atributo e estereótipo. Aquele indivíduo que apresentar um atributo desfavorável será analisado pelo outro com base em estereótipos e terá a sua conduta e a sua autoimagem fortemente influenciadas por este outro, conforme Goffman (2004 [1963]). Frequentemente é o que acontece com uma pessoa diagnosticada com doença mental, que, nesta situação, parece ter como único atributo o diagnóstico psiquiátrico. Possuir outros atributos

⁹⁹ Para Goffman (1975 [1959]: 25), a “representação” corresponde a toda atividade de um indivíduo que se passa em um período caracterizado por sua presença contínua diante de um grupo particular de observadores e que tem sobre estes alguma influência. Como num palco teatral, o ator social representa sob a máscara de um personagem para outros personagens, projetados por outros atores.

¹⁰⁰ A “região de fachada” é aquela em que o ator desenvolve sua atividade e demonstra características favoráveis a uma determinada plateia. Por sua vez, a “região dos bastidores” é aquela em que ele guarda as características não propícias a tal interação. Pode-se dizer que as eventualidades de tempo e espaço, que originam espécies distintas de interações, conduzem a adequação dos “eus”/”self” representados pelos atores em inúmeras esferas da vida (Goffman, 1975 [1959]).

parece não ter tanta importância frente ao fato de ser “doente mental”. A identidade social de doente parece se sobressair frente à identidade pessoal, suas indiosincrasias, particularidades.

Goffman (1974 [1961]: 38) destaca que há vários níveis de estigmatização. Como um dos exemplos, menciona um grupo de pessoas que recebe um diagnóstico psiquiátrico ou frequenta um tratamento médico de maneira assídua, mas não necessariamente está submetido ao peso negativo do estigma. Isto ocorre quando ainda tem a possibilidade de ocultar/disfarçar a sua condição e controlar a sua imagem perante os outros. É um grupo de indivíduos “desacreditáveis” porque o fato de terem o atributo não gera automaticamente o estigma. O atributo, por si só, não é um fato honroso ou desonroso, mas apenas a partir do momento em que é colocado em uma linguagem de relações e considerado pelos outros como depreciativo, desonroso, estigmatizante. Portanto, para emergir o estigma, é preciso um contexto e uma situação interacional de interpretação dos atributos.

Por sua vez, outro grupo, o de pessoas que estão/estiveram internadas num hospital psiquiátrico e receberam um diagnóstico de doença mental crônica, dificilmente consegue se desvencilhar do rótulo, pois são pessoas “desacreditadas”, incapazes de ocultar os seus atributos negativos nas suas interações com/por outros e gerir as suas condutas de maneira favorável à manutenção das suas imagens. Além disso, devido às diversas mutilações do eu que sofrem durante o processo de hospitalização, elas próprias podem interiorizar o estigma, passando a concordar com a visão negativa que os outros têm de si e tornando-se cada vez mais distante dos “normais” (Goffman, 1974 [1961]: 39).

Entretanto, inserimos aqui o grupo correspondente ao nosso objeto empírico: homens e mulheres diagnosticados com doença mental (severa e persistente) que frequentam assiduamente um CAPS. Entre eles, há quem consiga ocultar a sua condição de pessoa com diagnóstico psiquiátrico em “regiões de fachada” fora do espaço do CAPS, mas também há quem tenha sido submetido ao internamento em instituição manicomial e tido a sua condição amplamente escancarada – segundo Goffman (2004 [1963]), o estigma pode se instaurar em alguém na circunstância da sua estada em instituição como a psiquiátrica. Há, ainda, quem nunca tenha sido internado, mas sente o peso do estigma de doente (que não depende apenas do internamento em instituição de caráter asilar, mas do fato de ser reconhecido como usuário da saúde mental). Podemos considerar, portanto, que, quanto à experiência do estigma, o objeto empírico deste estudo é uma mescla dos grupos anteriores referidos com base em Goffman. Em todos os casos, há a constituição de uma carreira moral, que, conforme Goffman (1974 [1961]),

corresponde às alterações que impactam a identidade e o esquema de imagens da pessoa para julgar os outros e a si própria.

Apesar dos avanços promovidos pela Reforma Psiquiátrica, o problema do estigma permanece. Isto porque, conforme visto no capítulo 3, as conquistas nas dimensões técnica, jurídica e legislativa, dos serviços, ocorrem numa velocidade maior que na dimensão sociocultural. As mentalidades mudam lentamente. As pessoas com doenças mentais ainda são lidas pela sociedade de maneira negativa. Xavier, Klut, Neto, Ponte e Melo (2013) afirmam que a evolução das atitudes em relação à doença mental, por vezes, é muito pouca, em especial no caso de certos diagnósticos, como o da esquizofrenia, historicamente associada com a periculosidade. Severo e Dimenstein (2009: 63) acrescentam que até entre usuários de serviços substitutivos como os CAPS o diagnóstico continua como um divisor entre normalidade e anormalidade, orientação e desorientação, sinalizando que a loucura é uma alteração quantitativa frente à normalidade.

Na nossa pesquisa, o estigma surgiu para homens e mulheres, nalguns casos com configurações particulares em função do gênero. Veremos como os afetados pelo estigma significam tais experiências. Para já, informamos que a maioria dos entrevistados refere o incômodo com o rótulo do diagnóstico psiquiátrico. Neste caso, o estigma aparece em detrimento de papéis como o de trabalhador/a, pai, mãe, jovem, etc., e ocorre em várias situações da vida cotidiana – na esfera laboral, familiar, das relações sociais de amizade/amorosas/de convívio com pessoas da comunidade na qual se vive.

Uma das esferas cotidianas na qual o estigma se manifesta é a da família. São diversas as situações nas quais alguns entrevistados são desacreditados. São alvos de brincadeiras de mau gosto, de exclusão e têm as suas capacidades menosprezadas:

“Meus próprios irmãos... Eles são as pessoas principais que tem p’ra fazer esse tipo de brincadeira. É tipo assim, eu falo alguma coisa que eles acham que é loucura. Aí, eles falam ‘Não, é que ele toma remédio controlado, é porque ele é paciente do CAPS, é porque ele faz tratamento’, brincando. Mas aquela brincadeira com fundo de verdade. Mas eu levo na brincadeira. E por que eu levo na brincadeira? Porque, se eu for fazer cara feia p’ra esse tipo de situação, é pior, bem pior” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“As minhas filhas mesmo falam p’ros outros ‘Não dê confiança p’ra ela não porque ela é louca! Não venda nada p’ra ela não porque ela é doida! Ela é perturbada, doida’. Aí, eu não posso nem sair direito, comprar alguma coisa numa loja” (Serafina, F, 54 anos, separada).

De maneira semelhante ao exposto, Mora-Ríos e Bautista (2014), em seu trabalho sobre formas e manifestações mais comuns do estigma estrutural desde a perspectiva de um grupo de pessoas com diagnóstico psiquiátrico ou neuropsiquiátrico na cidade do México, constataram que uma das fontes principais de estigma é a família. Segundo as autoras, há relatos

de críticas, acusações, repreensões, provocações, burlas, uso de apelidos etc. entre as práticas mais comuns da família para com as pessoas mentalmente doentes.

Rosa (2015) também verificou que as famílias foram consideradas o principal agente de preconceito e discriminação por usuários de um CAPS da cidade de Campinas, sudeste do Brasil na pesquisa desenvolvida sobre gênero, classe social e etnia na saúde mental. Foram resgatadas situações nas quais familiares tolhiam a iniciativa da pessoa com doença mental. Esta seria desqualificada e teria retirado de si o poder de decisão. Houve a representação das famílias como vilãs, cerceadoras e agentes principais de discriminação. A autora reconhece a existência de famílias que apresentam tais traços, que realmente violam direitos e estigmatizam. Entretanto, mesmo que portem estas características dominantes, também cuidam, o que contrasta com a precarização das redes de proteção social e de mudanças demográficas no conjunto das famílias num pano de fundo como o do cenário neoliberal (idem). Neste sentido, é importante uma análise que não seja reducionista/unilateral, ou seja, que contemple os “dois lados”: a perspectiva de usuários e a de familiares.

Além da família, há referência para o sofrimento com o arranjo “estigma-preconceito-discriminação” praticado por pessoas do território (no bairro, na rua, na igreja, em algum serviço) onde se vive:

“Já. As pessoas não respeitam não. Ou, então, já diz logo ‘É a casa da doida!’. Já me chamaram assim. O que mais me deixa triste é as pessoas não me respeitarem por causa do meu problema. P’ra mim, isso é ruim porque eu não sou assim. E as pessoas ao meu redor sabem que eu não sou assim. As pessoas perguntam porque eu grito, os vizinhos...” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Eu ‘tava no banco e, aí, a mulher chegou mais um homem, mandou eu levantar porque eu ‘tava com a carteirinha na mão, aí, mandou eu levantar, eu também ‘tava com a blusa do CAPS. Ele disse ‘Se levante dessa cadeira porque você é louca. Você não pode sentar perto das pessoas, não, porque você pode fazer o mal’. Eu fiquei chorando e me levantei da cadeira, fiquei em pé. Agora, quem tira o meu dinheiro é a minha menina porque eu nunca mais quis ir (ao banco). Eu fiquei com vergonha do que eles disseram” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Nós, os pacientes, usuários do CAPS, existe um preconceito sobre nós. Os lá de fora não aceitam porque dizem que nós temos doenças e é como se a nossa doença fosse transmissível, tipo sífilis. [...] Tem umas que é dizendo sobre ser louco, que eu sou louco, que pessoas se escondem, mas são pessoas que eu nunca vi na minha vida, que se escondem de mim porque eu sou louco. E eu percebo porque eu olho pelas características deles, pelos olhares deles, o agir. É como se eu lesse a mente deles. Acho que eles leem a minha também [...] Hoje eu tou trancado em casa, mas como eu venho p’ra cá, me imaginam como se eu fosse um louco. E se trancam p’ra mim, trancam as portas. Mulheres, crianças. Primeiro, eles me olham e já fazem o ato de como, por exemplo, tipo uma agressão pessoal. Nós somos tidos como doidos. E tem preconceito com doido” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

“Já, e eu passo sempre (discriminação) quando venho p’ra cá porque os motoristas que me trazem... Eu venho de carro ou de ambulância . Ontem mesmo, o moço me levou e a mãe dele ‘tava do lado e eu fiquei bem perto dele. E ele falou p’ra mãe dele que eu era assim (faz sinal rodando os dedos próximo à cabeça, gesto que significa dizer que a pessoa é louca). Uma coisa negativa. Ele falou ‘Mãe, ela é especial’. Mas claro que ele quis dizer ‘Ela é louca’. A minha vontade foi de voar no pescoço dele” (Flora, F, 28 anos, separada).

Pode-se depreender uma série de constatações a partir dos relatos acima. Uma delas, como se vê com Bárbara, é a redução da pessoa à sua doença (“a casa da doida”). Não é outra coisa, apenas doida. Como este é um atributo estigmatizado, a pessoa que o porta não merece respeito. Depois, com Serafina, percebe-se a força dos mitos, de o quanto ainda é forte a representação que concebe pessoas com doenças mentais como violentas, sujeitas à perda do controle a qualquer momento. Ainda com Serafina, mas também com Beto, é possível compreender que as pessoas com diagnóstico psiquiátrico, por serem consideradas de um estatuto social mais baixo, são coagidas ao isolamento como se tivessem cometido uma espécie de crime (“você não pode sentar perto das pessoas”; “nós [...] e os lá de fora”). Há uma fronteira claramente estabelecida entre quem são os normais e os anormais. Os anormais são aqueles capazes de “contaminar” como uma doença contagiosa e, por isso, devem ficar “dentro”, separados dos de “fora”. Com Flora, vê-se o eufemismo utilizado para “suavizar” a sua condição (“ela é especial”).

O estigma também surge na interação com o pessoal técnico, seja no CAPS II, seja em outros serviços de saúde pelos quais passam os entrevistados. Os relatos a seguir sugerem que vários sujeitos vivenciaram uma violência institucional. Ou seja, foram alvos de agressão por parte dos setores de quem deveriam receber atenção e proteção.

“Eu sinto discriminação, mas só que fica mais difícil de reagir pelo seguinte: às vezes, as pessoas não falam. Às vezes, eu percebo que só o jeito de a pessoa observar, escutar, já sinaliza que é um tipo de preconceito. Às vezes, aqui mesmo no CAPS, eu e outros pacientes, a gente percebe quando ‘tá acontecendo um tipo de preconceito com a gente, mas não é todo mundo daqui, todas as pessoas que frequentam. Não são os profissionais... Esses aí, nenhum age com preconceito, poucos estagiários também agem assim. O preconceito, a gente interpreta mais quando chega um grupo de estagiário que ele não quer se entrosar com a gente, quer ficar só no canto, discutindo coisas paralelas. Às vezes, a gente vê isso como um olhar de cima e só esse olhar de cima já é um preconceito. A pessoa não precisa nem falar nada” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Na fala acima, Nuno esclarece que não se sente diminuído pelos profissionais do CAPS, mas por alguns grupos de estagiários que por lá passam. O sentido que o entrevistado atribui à postura da equipe do CAPS II de Parnaíba constitui um avanço. Porém, quando se pensa no relato sobre os grupos de estagiários (mesmo que em formação), depreende-se que a representação sobre a pessoa com doença mental ainda está associada com a inferioridade. A análise de tal relato sugere que as formações profissionais devem se amparar com mais profundidade nas premissas da Reforma Psiquiátrica. Outros relatos refletem que a falta de tato com o usuário da saúde mental não está presente apenas entre profissionais em formação, mas também em outros, já graduados. Vejamos a fala de Deolinda a respeito da interação ocorrida em um serviço de atenção básica em saúde: “*Sim, nem todo mundo, mas existe preconceito,*

inclusive, nós, nos postos de saúde nossos, nós somos discriminados. Eles não querem receber a gente e isso já aconteceu comigo várias vezes. No posto de saúde... Eles não quiseram me receber porque eu faço tratamento no CAPS.” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

O relato acima reflete o despreparo de profissionais da saúde “geral” para com usuários da saúde mental. Como argumentam Xavier *et al.* (2013), o estigma compromete o acesso a cuidados de saúde, não somente quanto ao tratamento psiquiátrico, mas aos cuidados médicos gerais. É possível que, no serviço procurado por Deolinda, tenha se passado algo parecido como no estudo de Barbosa e Souza (2013). As autoras realizaram uma pesquisa sobre o atendimento ao paciente psiquiátrico (especialmente com uso abusivo de drogas) num serviço de pronto atendimento no interior de São Paulo, Brasil. Entre outros achados, constataram que muitos profissionais não percebem que alguns usuários buscam o serviço por ser o único disponível naquele momento e não entendem a importância do vínculo entre profissional e usuário. Além disso, alguns profissionais sentem-se inseguros e suas posturas são guiadas por julgamentos morais. Por sua vez, Moras-Ríos e Bautista (2014) constataram, em seu estudo, usuários de saúde mental referiram experiências de estigma e discriminação que foram cometidas por provedores formais de cuidados em saúde. Tais experiências têm a ver com a falta de credibilidade e desqualificação que são objeto os usuários (por exemplo, no caso de episódios psicóticos, alguns profissionais podem duvidar dos eventos narrados por aqueles). Além disso, o pessoal da saúde também adota certas posturas fatalistas quanto ao prognóstico do adoecimento. Pelos relatos de nossos entrevistados, percebe-se algo semelhante na realidade parnaibana e isto fere os princípios tanto do Sistema Único de Saúde, quanto da Reforma Psiquiátrica.

Outra fala de Deolinda expressa, ao contrário das posturas acima, a valia da criação de vínculos entre profissional e usuário:

“Aqui no CAPS, por exemplo, eles (profissionais) têm que ficar preparados p’ra receber as pessoas porque, se você se forma numa psicologia, você ‘tá preparado e vai fazer aquele serviço é porque gosta. Você não vai fazer direito um serviço que você não gosta. Realmente você deve estar aqui porque você gosta, você tem que amar os pacientes e estar preparado p’ra aquilo!”(Deolinda, F, 52 anos, união estável).

“Estar preparado!”. Emblemática, a observação da entrevistada. Como sugerem Barbosa e Souza (2013), é fundamental que os profissionais, em qualquer nível de atenção à saúde, guardem uma postura empática para que possam compreender os significados dos sentimentos e vivências dos usuários e que estes sejam aceitos independentemente do comportamento que manifestarem.

Outro dado importante, surgido de uma fala de Camilo, é a ofuscação do estigma do diagnóstico psiquiátrico quando se porta um atributo socialmente mais “degradante” – no caso, o diagnóstico de HIV. Para Camilo, tal condição, que também é “causa” do seu sofrimento psíquico, é a que se destaca. Na sua experiência, ser usuário da saúde mental é um fato menos conhecido que o diagnóstico de HIV: *“Não, é por causa do HIV (o preconceito que afirma sofrer. Disso aí (diagnóstico psiquiátrico), nem sabem direito. E também, esses problemas, todo mundo tem. Não teria muito se eu fosse só tristeza. Isso, hoje, não tem tanto preconceito, não, porque todo mundo já tem (sofrimento psíquico)” (Camilo, M, 40 anos, separado).*

Possivelmente o destaque para o diagnóstico do HIV em detrimento do diagnóstico psiquiátrico tem relação com o fato de o primeiro ser, conforme uma representação social ainda forte, uma condição causada pela própria pessoa. Dessa perspectiva, é associado com um estilo de vida “imoral”, com comportamentos promíscuos e, se alguém adoece, é por sua própria culpa. Embora muito já se tenha descoberto a respeito de tal enfermidade, o HIV/AIDS ainda é tido como algo vergonhoso. Já a doença mental, até pela concepção predominante ao seu respeito – a de que é causada primordialmente por causas físicas – acaba “desresponsabilizando” a pessoa acometida, que não tem culpa de ser doente, embora não deixe de sofrer os efeitos do estigma.

Pensamos ainda em outra explicação para o fato de o diagnóstico do HIV se sobressair sobre o da doença mental. Como sugere Canguilhem (2009[1943]), existe uma hierarquia vulgar das doenças que tem base na maior facilidade de encontrar os sintomas. O que é visto, “palpável”, é considerado “mais doença”. O autor exemplifica com a teoria microbiana das doenças contagiosas: o micróbio, mesmo sendo necessário um microscópio, pode ser visto. Transpomos isto para o caso do HIV/AIDS e da doença mental. Enquanto a primeira pode ser “vista”, a segunda, não, mesmo que, paradoxalmente, seja explicada principalmente por causas físicas. Na situação de Camilo, que tem uma experiência com ambas as enfermidades, ter sido infectado pelo HIV seria “mais doença” que a doença mental. De qualquer maneira, no caso específico de Camilo, o estigma da doença mental parece ser menos significativo que o do HIV.

Ainda sobre a condição de Camilo, percebe-se a fragilidade da atenção psicossocial prestada por alguns serviços. Isto demonstra o quanto o imaginário coletivo, que atinge também profissionais da saúde, é resistente frente aos avanços científicos sobre as formas de contágio e tratamento:

“Mas ,quando eu tava na clínica do (psiquiatra), eles não aceitaram. Eles não aceitaram eu ser paciente de lá porque eu tinha HIV. Diziam assim ‘Não, não pode ‘tá aqui junto com os outros’. Pegaram um carro e me levaram p’ra casa. Fui procurar o atendimento lá e, quando eu cheguei lá, eu tive que falar p’ra eles que eu tinha, aí, eles não

aceitavam beber no mesmo copo, aquela frescura toda, aí, fui, fiquei trancado dentro do quarto lá em casa com uma depressão...” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Até aqui, discorremos sobre as experiências vividas do estigma decorrente do diagnóstico psiquiátrico em diversas situações do cotidiano. Entretanto, há casos nos quais os entrevistados, antes mesmo de receberem este marcador biomédico, demonstram o peso da representação social sobre a doença mental como algo extremamente negativo.

“Minha infância foi marcada por muita alegria, mas também muita tristeza porque, desde criancinha já, minha mãe é bipolar, psicótica, depressiva e etc.. Então, eu já convivo com essa doença desde os meus cinco anos de idade, eu vivo isso. Eu já sabia que a minha mãe tinha uma doença, mas eu não entendia com cinco anos de idade, claro. Mas eu sabia que ela agia diferente das mães dos meus coleguinhas, dos vizinhos, de tudo, e é marcado muito na minha mente. Ficou marcado e, aí, eu fui crescendo e entendendo mais. Com sete, oito anos de idade, eu já ia p’ra Santa Casa porque ela costumava ficar internada na Santa Casa. Ficou muitos anos internada na Santa Casa e foi o momento que eu comecei a entender. E tinha aquela fase da vergonha de achar que minha mãe é diferente. Porque agora eu já ‘tou com trinta e dois anos, mas, no passado, o preconceito era maior. Agora ‘tá diferente, o pessoal trata diferente. Então, quando eu tinha sete, oito anos, dez anos, eu não falava. Se alguém perguntasse ‘Cadê tua mãe?’, eu dizia que ela ‘tava viajando, em qualquer lugar, mas eu nunca dizia que ela ‘tava na Santa Casa internada porque ‘tava, entre aspas, louca, né? [...] Eu nunca fiquei reprovada (na escola), apesar da doença, da dificuldade. Mas o que me marca, se alguém me pergunta ‘Como foi tua infância na escola?’, a primeira coisa que vem na minha cabeça são as minhas férias. Minhas férias, eu passava no hospital. Se alguém me perguntava: ‘Como foi de férias?’. ‘Ah, foi bom, viajei, fui à praia’, mas mentira. Eu mentia p’ra poder ficar igual meus coleguinhas” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Eis o caso de Alexandra, que, mesmo criança, ficou a conhecer as implicações em torno do fato de ser próxima de uma pessoa com doença mental. É possível que a entrevistada tentasse ocultar a condição de sua mãe para não sofrer com uma possível “contaminação”. Goffman (2004[1963]) coloca a possibilidade de o estigma acometer também as pessoas que convivem com a outra que é a portadora real do atributo indesejável. Alexandra estava efetuando uma gestão do estigma, isto é, utilizando-se de estratégias para disfarçar a condição da mãe e, conseqüentemente, a sua própria condição. Assim, a sua resposta ao processo de estigmatização (*a priori*, da mãe) consistiu na tentativa de ocultar a doença de outros.

O ocultamento/encobrimento também é prática comum entre outros entrevistados. Conforme Goffman (2004 [1963]), é efetuado especialmente pelos sujeitos “desacreditáveis”, aqueles que, em algumas ocasiões, têm a oportunidade de esconder a sua identidade deteriorada. Aprende-se a encobrir o estigma, o que corresponde a uma fase de socialização da pessoa estigmatizada (idem). Os entrevistados adotam uma série de estratégias para ocultar o estigma e, assim, evitar interações face a face desgastantes, que prejudiquem a sua identidade pessoal.

Uma das estratégias de encobrimento é não falar a respeito e tentar não se comportar de maneira que gere suspeitas sobre a sua condição: “*Eu procuro ser uma pessoa normal p’ra ninguém falar.*” (Serafina, F, 54 anos, separada) ou “*Aí, eu prefiro ficar calada p’ra não transparecer*

a minha doença.” (Leonor, F, 47 anos, solteira). Previnem-se para encobrir o fato desacreditável, para não serem pegos em flagrante. É preciso controlar palavras e gestos para não denunciarem a si próprios (Goffman, 2004 [1963]). A contenção do comportamento “anormal” na tentativa de evitar interações embaraçosas ocorre até em circunstâncias em que os sintomas estão a causar grande incômodo:

“Mas , hoje, quando eu tenho crise na rua, o meu maior medo é precisar pedir ajuda p’ra alguém. Esse é meu maior medo. ‘Ah, não, eu tenho que ser essa pessoa aqui que tem que segurar a barra sozinho porque eu não posso transparecer que eu tenho esse problema’. Porque é o seguinte: quem convive comigo, eu aceito que perceba, eu digo, demonstro minha fragilidade. Eu ‘tou aqui conversando com você, eu falaria tudo o que possa descrever a minha fraqueza porque, só de você estar aqui no CAPS, você é uma das pessoas que convive comigo, mas, se você estivesse na parada de ônibus, você não era uma pessoa que convive comigo e eu passando mal do seu lado, você não iria saber” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Só quem notou mesmo a diferença em mim foram as pessoas que são mais próximas, como a minha esposa. Ela que notou mais que eu ‘tava diferente, mas as outras pessoas não notaram muito, até porque eu não dava muita demonstração quando eu ‘tava no meio de outras pessoas. Eu tentava me controlar mesmo quando eu ‘tava ouvindo as vozes. Eu controlava e ninguém percebia que eu ‘tava passando por problema psicológico. Quando uma pessoa vinha conversar comigo, eu tentava me concentrar no que a pessoa ‘tava falando p’ra poder responder ela. Mas, no momento que a pessoa ‘tava conversando comigo, as vozes ficavam me incomodando. Mas eu segurava... Eu tentava ficar no controle, mesmo que eu não ‘tivesse me sentindo bem” (Abel, M, 39 anos, casado).

Nota-se nos relatos acima o esforço que se faz para manter a imagem de “normal” diante de pessoas desconhecidas. A manutenção do comportamento afrouxa apenas quando se está na presença de pessoas próximas como familiares, profissionais do CAPS ou pessoas em condições similares. Isto pode ser compreendido através do que Goffman (2004 [1963]) entende por manusear os riscos, isto é, separar um grupo para o qual não se diz nada e outro pequeno grupo para o qual se diz tudo. A máscara é colocada diante daquele grande grupo que representa o risco de se sofrer com os efeitos do estigma. Em alguns casos, entretanto, apesar do esforço de nossos entrevistados em tentar ocultar a etiqueta do diagnóstico, alguns sintomas vêm à tona e sugerem para os outros a suspeita sobre a “anormalidade”: um choro que não cessa, um tremor pelo corpo, movimentos involuntários, agressividade, atuam enquanto símbolos de estigma relacionados com a doença mental. Goffman coloca ainda que o esforço envolvido na estratégia do encobrimento pode fazer com que os seus praticantes paguem um alto preço psicológico, um nível alto de ansiedade, por viverem uma vida que pode ser desmascarada a qualquer momento (idem). Percebemos, assim, como a manipulação da identidade causa incômodo a alguns entrevistados.

Por outro lado, como ressalta Goffman (2004 [1963]), há situações em que os indivíduos deixam de encobrir o estigma e revelam voluntariamente a própria condição. No nosso estudo, há casos nos quais os sujeitos revelam e reagem de diversas maneiras contra os

processos de estigmatização. Catarina combate o estigma quando tenta aproximar a família do CAPS II, tal como prega a reforma psiquiátrica, explicando à irmã que o serviço não é simplesmente um local para tratar a doença, mas de acolhimento: “*Eu chamo ela (irmã) p’ra vir aqui, p’ra ela ver que não é hospício, que os profissionais cuidam muito bem da gente.*” (Catarina, F, 56 anos, divorciada). Algo similar foi verificado por Rosa (2015). Segundo a autora, um de seus entrevistados, um usuário da saúde mental, investiu na postura pró-ativa para combater o estigma. Uma delas foi produzindo alteração na visão que a família tem do familiar com a enfermidade. É possível esclarecer o que se faz no CAPS, de que maneira ocorre a participação, mostrar que se constrói amizades. Tudo isto pode ajudar a desconstruir a ideia de que o serviço é apenas um espaço de gestão da doença. Por outro lado, pode ajudar a construir a ideia de que o serviço preza pela produção da vida (idem).

Nuno, por sua vez, explicita a sua atitude de protesto quando sente que está sendo alvo de preconceito por parte de pessoas no âmbito do CAPS II. Reconhece ainda o peso negativo que a vivência de estigma tem sobre o estado mental das pessoas:

“Aqui, o que acontece é o seguinte. Várias vezes eu já tenho denunciado essas pessoas p’ros profissionais e eles acabam repassando p’ra eles que o que eles estão fazendo é errado. Se fosse só comigo que eles fizessem isso, já que eu sou uma pessoa... Eu meio que já me preparei p’ra isso, eu convivia muito com isso de ser olhado diferente, mas tem gente que não lida muito bem, que sofre” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Nuno acaba por contrariar o que Goffman (2004 [1963]) identificou enquanto um tipo de postura assumida por indivíduos estigmatizados, a do “bom ajustamento”. Em outras palavras, exige-se dos estigmatizados que se aceitem como iguais aos “normais” enquanto, ao mesmo tempo, se espera que se retirem voluntariamente das situações em que os “normais” considerariam difícil manter uma aceitação semelhante. Neste processo, não são os “normais” que sentem a injustiça e a dor de portar um estigma; não têm de admitir para si mesmos como são limitadas a sua discrição e tolerância; podem continuar relativamente não contaminados pelo contato íntimo com o estigmatizado; não estão tão ameaçados em suas crenças referentes à identidade (idem).

A postura individual de Nuno pode ser entendida como um ato político. Na prática, está a exercer direitos enquanto cidadão quando faz essas denúncias no espaço do CAPS II – direito como o de ter o melhor tratamento possível, com humanidade e respeito, conforme prevê a lei 10.216/2001 (Lei da Reforma Psiquiátrica) (Brasil, 2004a). Ao agir assim, impõe-se como sujeito ativo no próprio itinerário terapêutico. Ademais, chama a atenção para a qualidade dos serviços oferecidos.

6.1.2 Impactos da doença mental na imagem de si

Berger e Luckmann (2004 [1966]) afirmam que, para alguém se conhecer, é necessário que pare, pense, detenha a contínua espontaneidade da própria experiência e volte a atenção sobre si mesmo. Mas, para isto, é preciso um processo de reflexão que depende do outro. Um indivíduo conhece melhor a si mesmo quando está com outro. A reflexão sobre si mesmo depende, portanto, da atitude que um outro manifesta a seu respeito. Funciona como uma resposta de “espelho” às atitudes dos outros (idem). Pensemos isto no caso dos homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico: as tipificações sobre pessoas com doenças mentais é, no geral, negativa. Assim, frequentemente, como uma resposta às atitudes estigmatizantes dos outros na interação social, a reflexão que tais pessoas fazem sobre si mesmas pode não ser tão positiva.

Neste caso, entendemos que a doença mental impacta o *self* ou a “identidade do eu” ou, ainda, a “identidade experimentada”, que, segundo Goffman (2004 [1963]: 91), corresponde ao “sentido subjetivo de sua própria situação e sua própria continuidade e caráter que um indivíduo vem a obter como resultado de suas variáveis experiências sociais”. Diferencia-se, portanto, das identidades social e pessoal – ambas constituem parte dos interesses e definições de outras pessoas em relação ao indivíduo cuja identidade está em questão. A imagem que constrói de si próprio é fundada no mesmo material pelo qual os outros construíram a sua identificação social e pessoal. Entretanto, o indivíduo tem considerável liberdade quanto àquilo que reflete sobre si (idem). No nosso estudo, a maioria destas autorreflexões, levando em conta as interações com os outros, são de cunho negativo.

Podemos entender esta reflexão negativa como um autoestigma, ou seja, o “conceito do indivíduo relativamente a si próprio, enquanto doente, resultante da internalização dos estereótipos negativos vigentes” (Xavier *et al.*, 2013: 13). Afeta a autoestima e o autoconceito (idem). Provoca sentimentos de desvalorização e até o autoisolamento. A pessoa sente que deixa de ser o que foi um dia ou, ainda, que talvez não venha a ser o que deseja.

De acordo com Leff e Warner (2006), ver-se a si próprio como sendo inferior aos outros é influenciado, em grande parte, pelo estigma e preconceito por parte tanto do público quanto dos profissionais de saúde mental. Para os autores, quanto maior a percepção que o profissional desenvolve acerca da natureza das experiências patológicas do doente, “melhor” (para o profissional). Entretanto, para a pessoa doente, tal percepção pode ser demasiado dolorosa, o que leva à consciência do quão delibitado se está e do quando se perdeu (idem).

Quanto à autoimagem, no nosso estudo, algumas mulheres veem a si mesmas enquanto pessoas tristes, sem alegria de viver: *“Tem hora que eu me sinto numa imagem muito triste, carente, muito triste”* (Serafina, F, 54 anos, separada). Em seu estudo, Rabelo e Alves (1999) consideram que a categoria “nervoso”¹⁰¹ (um estado de intensa aflição psíquica) surgiu entre as narrativas de suas entrevistadas como dificuldade de sustentar uma imagem de si ou como o desencaminhar de um determinado projeto identitário. Para algumas mulheres, surgiu como uma desintegração da pessoa, sentida em grande parte de modo material, físico. Ou, como sugerem os autores, o “nervoso” também é compreendido através do declínio do corpo. Descrevem a narrativa de vida de uma “nervosa” no estado da Bahia (Brasil) e compreendem o impacto que um corpo, antes, gordo, com dentes e cabelos bonitos e, agora, magro, ossudo, doente tem sobre a imagem que se elabora de si. Algo similar se passou com algumas de nossas entrevistadas:

“Me vejo uma pessoa feia, eu me olho no espelho e vejo uma Bárbara feia. Eu não sou feia, mas, nesse exato momento, eu, me olhando no espelho, eu me vejo assim. [...] Mas eu sei que eu não sou assim porque Deus me fez linda. Eu sei que eu posso melhorar. Eu acredito que eu vou voltar a ser aquela Bárbara que passa batom, maquiagem, coisas assim...Que se veste bem vestida, que tem o corpo magro” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

O excerto acima sugere uma decadência do corpo. Pelos sintomas (que podem incluir uma intensa indisposição até para os cuidados com a aparência), pelo (auto)estigma, pelo tratamento em si (o que inclui o uso de medicamentos e seus efeitos), a doença é capaz de impactar a imagem corporal. Perde-se a beleza. Mas o impacto na autoimagem relacionado com o corpo é apenas superficialmente orgânico. Como afirmam Rabelo e Alves (1999), a fraqueza do corpo não deixa de se relacionar com um processo mais amplo de enfraquecimento de natureza moral. No caso de Bárbara, embora acredite que no futuro voltará a ser a “de antes”, bonita, vaidosa, a que se veste bem e tem o corpo magro – todas características de um corpo legitimado socialmente –, neste momento, não é isso que vê em si própria. De maneira semelhante, o estudo de Andrade (2012) mostra como, especialmente as mulheres, fazem queixas sobre a mudança corporal ao longo de sua carreira moral de doente.

Pais (1998: 419) sugere que, para as mulheres, um ideal de maternidade tem cedido cada vez mais espaço para um ideal de beleza. Isto significa que os ritos de beleza, para algumas delas, têm substituído os ritos religiosos ou obtido uma configuração de natureza quase

¹⁰¹ Segundo os autores, o “nervoso” é uma categoria polissêmica que pode ser explicada, grosso modo, a partir de três nódulos. O primeiro abarca os signos da agressividade e da violência. O segundo, abarca os signos da impaciência e da agitação, que descrevem certos signos corporais (andar de um lado para outro, tremer o corpo inteiro, rir demais, chorar em excesso, etc.). O terceiro nódulo é o do isolamento. Todos os nódulos estão unidos por um eixo, que é o descontrole ou, em outras palavras, a “fraqueza dos nervos” (Rabelo e Alves, 1999: 187-188).

religiosa. Há verdadeiras “cruzadas” para controlar o peso; comidas e doces são uma “tentação” da qual se busca fugir; há “jejuns” dietéticos; os regimes alimentares são objetos de “crenças”, “mistificações” e “fé”; para os esteticistas, há “confissões” sobre as angústias das rugas, borbulhas e flacidez; as revistas de beleza substituem os Evangelhos, mas também exigem que sejam seguidas “religiosamente” as suas instruções; as balanças funcionam como os “confessionários” dos pecados alimentares; os ginásios são os “locais de culto” ao “deus” que nos reveste: o corpo.

De acordo com Novaes (2006), embora tenham ocorrido conquistas no que se refere às representações sobre o masculino e o feminino, estas ainda prevalecem ancoradas em um referencial tradicional. No universo feminino, ainda existe uma rigidez em torno dos imperativos da beleza. A beleza feminina é avaliada especialmente a partir de uma cultura de atenções corporais, de um trabalho sobre o corpo, trabalho este que dói. “Ser bela cansa e dói” e “a feiúra adquire um peso dramático na estética feminina” (idem: 71). Neste sentido, a doença mental afeta a identidade de gênero feminina, haja vista o peso da vaidade/beleza femininas nesta construção (da identidade) e a sua relação com a autoestima. Novaes (2006: 72) afirma que “a falta de esforço e de cuidados com a aparência leva à perda dessa identidade (...) a feiúra caracteriza, a um só tempo, uma ruptura estética e psíquica, da qual decorre a perda da autoestima”. Aqui, sentir-se feia corresponde, então, a sentir-se menos mulher. E pior que ser “feia” é não ter vaidade – isto não é “normal”. Ter vaidade corresponde ao esforço para alcançar os modelos normativos impelidos aos corpos. Vimos pelos relatos que uma pessoa mentalmente doente, muitas vezes, não se importa e/ou não tem ânimo para se conformar aos cânones da beleza. E não cultivar a beleza é não ter vaidade, o que corresponde a um depreciativo moral (Novaes, 2006). Mais pesado para as mulheres, pelo visto.

Se, para mulheres, a ênfase está na regulação social do corpo feminino em termos de padrões estéticos, para homens, o embelezamento se dá especialmente em termos de *status* econômico e social¹⁰² (Novaes, 2006). Isto ocorre entre alguns de nossos entrevistados. A alteração na imagem de si surge ligada a uma sensação de inutilidade influenciada por um *habitus* burguês, que, segundo Novaes (2006), entre outros aspectos, engloba a exigência de acumulação de capital: “*Eu não vejo nada, eu me sinto totalmente um nada, diferente do que era. Não tou servindo mais p’ra nada, nem p’ra sustentar meus filhos*” (Miguel, M, 32 anos, divorciado); “*Eu*

¹⁰² A sociedade também cobra dos homens em termos de aparência física. Inclusive, o próprio mercado tem investido cada vez mais em produtos voltados para o embelezamento masculino. Todavia, a cobrança é maior para as mulheres e ainda predomina no imaginário popular a ideia de que cuidados a mais com a aparência é uma prática gay (Novaes, 2006).

acho que eu sou uma pessoa, um homem, que não tem muita utilidade, que eu não devia nem opinar. É isso que eu acho” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Alguns homens associam a sensação de utilidade ao ato de trabalhar e prover financeiramente a família, traços tradicionalmente atribuídos à masculinidade hegemônica. Quando, por ocasião da doença mental, não conseguem desempenhar tais papéis, há espaço para o impacto negativo sobre a própria imagem. Este impacto, determinado pela incapacidade (crônica ou temporária) de produzir e ser digno de *status*, também abarca um corpo masculino, aquele que não é mais “de ferro”: *“Eu não posso fazer força nem p’ra trabalhar mais, eu tenho um esgotamento físico” (Tomás, M, 59 anos, divorciado).* Assim, o corpo masculino também é impactado pela doença mental, mas mais em termos de força física quando estes homens se sentem pouco úteis (quanto a uma produtividade econômica no trabalho) e menos em termos estéticos (como com algumas mulheres).

Em contrapartida, vale destacar que algumas mulheres também referem sentimentos de pouca utilidade. Tais queixas revelam atravessamentos de gênero:

“Me sinto dependente de pessoas p’ra fazer as coisas p’ra mim, p’ra fazer um almoço, fazer um chá, cuidar de mim, dos meus meninos [...] Eu também quero ajudar minha mãe, que é doente, e cuida do meu filho bebezinho. Minha mãe tem osteoporose, artrose, pressão alta. Ela deu problema na gravidez da minha irmã caçula, então, eu quero fazer uma coisa assim que eu sirva p’ra minha mãe, sirva p’ro meu pai, sirva p’ra todo mundo. Eu quero ajudar mais eles com coisas pequenas porque eu não tenho dinheiro. Eu quero varrer uma casa, passar um pano, lavar um banheiro” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“O que eu acho de mim é que, quando dá crise em mim, eu não queria ser aquela Deolinda doente. Eu queria ser a Deolinda positiva que, normalmente, eu sou, que, quando passa a crise, eu retorno, volto p’ras minhas coisas... Eu queria ser essa Deolinda desses dias. A Deolinda em crise é triste, não consegue fazer as coisas, não consegue ficar perto dos filhos” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Sentir-se útil, para as mulheres, tem a ver com um fazer no espaço doméstico e com tarefas como cozinhar, limpar a casa, cuidar (de si e dos outros), dar provimento (afetivo, de cuidado) aos filhos. Não servir (para algo e para os outros) traz para elas uma sensação de inutilidade. De maneira similar, Yuasa (2012), em seu estudo sobre mulheres com depressão, constata que as participantes relatam, para além de queixas somáticas, sensações de incapacidade e impotência no trato com tarefas diárias, especialmente as relacionadas com a maternidade.

Apesar de as percepções sobre a própria imagem serem, na maioria, negativas, há casos nos quais viver com a doença mental proporcionou aspectos positivos para a vida. De alguma maneira, foi possível tirar algo de “bom” da experiência e, com isso, tornar-se alguém melhor. A experiência, por si só, ocasiona uma profunda reflexão sobre o sentido de si. Uma das consequências deste processo é o impacto positivo na autoimagem. Há, por exemplo, quem se

sinta mais maduro: “Hoje eu me vejo mais maduro. O que eu passei, o que foi passado, p’ra mim, foi só como experiência p’ra eu sentir que eu tenho força e ser diferente” (Abel, M, 39 anos, casado). A experiência com a doença e todas as suas implicações podem trazer a sensação de maturidade, mudar opiniões e até fazer com que se entenda melhor o outro, vide o caso de Alexandra, que relata ter passado a entender melhor a própria mãe, que, segundo a entrevistada, também sofria devido a problemas de saúde mental:

“Você acredita que, por causa da doença, eu sou uma pessoa melhor? Por causa dessa doença, eu sou uma pessoa melhor. Antes da doença, eu era mais orgulhosa. As amizades eram diferentes. Eu não dava tanto valor às pessoas, à minha mãe, à minha família, como eu dou valor e atenção agora. Com as pancadas que a vida dá, eu fiquei mais madura. Claro que eu tenho os meus medos, meus traumas, tenho tudo, mas eu fiquei bem madura com essa doença e fiquei também mais responsável comigo e com as pessoas. Eu entendo mais a minha mãe, o porquê daquilo que eu não entendia. Hoje, eu já sei o significado daquele porquê onde antes tinha um ponto de interrogação na minha cabeça. Por causa da doença, hoje, eu entendo ela melhor. Antes eu dizia assim: ‘Para de brincadeira, a senhora tá mentindo, isso é frescura’. Eu dizia p’ra mamãe que era frescura e, hoje, eu já sei que não é nada de frescura, que ela existe mesmo” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Há, ainda, o caso de Crispim, que, quando pensa sobre si mesmo, sente uma mescla de alegria e tristeza:

“Vem uma coisa com outra, lembra uma coisa e outra, traz uma coisa e leva outra... Numas partes, eu sinto alegria e outras eu sinto tristeza. Eu me sinto agora mais feliz assim porque eu ‘tou, ao menos, me achando mais forte porque eu era magro igual meu pai. Magro, magro. ‘Tou mais forte, mais resistente” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Segundo Xavier *et al.* (2013), os doentes, por vezes, conseguem manejar o autoestigma e isto significa uma capacidade de ressignificar vários aspectos da vida, inclusive papéis sociais. Se em alguns momentos, a tristeza é predominante, em outros, vem a alegria. De maneira similar, afirma González Rey (2011), a saúde afeta variadas esferas das vidas das pessoas, seja para produzir prejuízos, mas também para gerar novas perspectivas. Às vezes, as pessoas conseguem produzir novos sentidos subjetivos que permitem que sigam outro tipo de vida. Isto contraria a ideia de que a doença mental sempre engessa os modos de viver.

6.1.3 Impactos da doença mental na família

A doença mental pode causar impactos na esfera da família. As mudanças recaem tanto sobre a pessoa com doença mental quanto sobre os seus familiares. Alguns trabalhos a este respeito fazem tal análise a partir das perspectivas dos familiares. O estudo de Rosa (2003), por exemplo, é referência. A autora ressalta que a doença mental (ou transtorno mental, expressão que utiliza) gera deslocamentos nas expectativas e nas relações afetivas entre as pessoas por não ser um fenômeno integrado no código de referência do grupo. Entre os aspectos vivenciados

pela família, conforme a autora, destacam-se o medo do efeito do contágio (de ser estigmatizado tal e qual o seu familiar doente), a possibilidade de um sentimento de culpa pela doença do outro, o próprio sofrimento subjetivo decorrente da rotina de cuidados, bem como do prognóstico oferecido pelo médico que não raro sugere a incurabilidade.

Nosso trabalho, por seu turno, capta os impactos da doença na esfera da família desde a compreensão das pessoas com diagnóstico psiquiátrico. De uma maneira geral, pode-se afirmar, tal como ocorrido em Rosa (2003), que a persistência da doença mental ocasiona um deslocamento do lugar simbólico da pessoa enferma na família. Isto significa que há a perda ou deslocamento de lugares espaciais e afetivos e, conseqüentemente, a mudança da visão que a família tem sobre o familiar doente (idem).

No caso de alguns homens, que foram ou são casados (alguns com filhos), foi possível perceber que a presença persistente da doença compromete a sua posição na estrutura familiar tradicional no sentido de que ele passa a ser visto como necessitado de cuidados contínuos. De maneira mais ou menos rígida, mais ou menos afetuosa, algumas famílias passam a sustentar posturas de cuidado e isto acaba alterando a dinâmica das relações de poder dentro do grupo familiar. Eis os relatos de Nuno e Camilo:

“Quando eu ia sair de casa, sempre tinha que ir alguém comigo (da família). Pessoal ia comigo p’ra todo lugar que eu ia, eu não podia andar só que eu passava mal com medo de ter crise. Ficou piorando cada vez mais. P’ra eu ficar em casa, tinha que ficar alguém comigo porque eu não conseguia ficar só. Mesmo em casa. Até hoje, às vezes, eu só consigo andar de bicicleta dentro da cidade. P’ra eu ir lá no interior, eu tenho que ir de moto porque de bicicleta eu não consigo chegar até lá. Sinto um cansaço. E aqui em Parnaíba eu não consigo ficar em casa sozinho por muito tempo” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Eu não ando mais de moto, coisa que eu andava, de moto. Venderam minha moto. Minha família. Ela (ex esposa) queria tomar na justiça e eles resolveram vender antes. Eles não queriam que eu andasse, que eu podia cair. Já tive duas motos. Fiquei só com um salariozinho mesmo. Eles têm medo de eu me acidentar. Meu outro irmão (que, segundo Camilo, também tem problemas de saúde mental) eles também não querem que ele ande de carro. Fico chateado de não poder pilotar. Antes eles não tinham isso, eu que tomava de conta da minha vida, ninguém se metia, eu recebia meu dinheiro, tomava minha cervejinha, tinha minhas namoradas. Eu falo p’ra minha irmã comprar minha moto e ela diz: ‘Só se eu comprar teu caixão primeiro’. Ela tem medo de eu bater em alguma coisa” (Camilo, M, 40 anos, separado).

A postura da família de Camilo sugere uma superproteção quase como se ele fosse um menino. Rosa (2003) afirma que com a estabilização ou intensificação dos sintomas, muitas famílias acabam infantilizando o seu membro enfermo, o que pode se estender até a tutela. De acordo com a autora, a família tende a impedir que a pessoa com doença mental exerça atividades como trabalhar com algo em que seja preciso carregar peso ou tomar sol na cabeça. Também é frequente que a família receba e administre o dinheiro da pessoa (idem).

Outros relatos como os de Sérgio e Iuri, que frequentam serviços de saúde para tratar de problemas relacionados com o campo do “mental” desde crianças/adolescentes, sugerem como a infantilização/tutela faz-se presente ao longo de suas carreiras morais de doentes:

“Eles botaram lá p’ra condenar que eu tinha problema de cabeça. A intenção dele era receber o dinheiro meu, a briga por herança, que minha mãe até dizia: ‘Sérgio, tu abre teus olhos porque eles estão brigando por dinheiro, casa, terreno’. Mandou assinar um papel que ele ‘tava condenando eu... Porque eu era bom de saúde, mas, p’ra ele poder receber a herança em dinheiro, ele foi lá no fórum, me fez assinar um papel p’ra poder receber o dinheiro. Ele ‘tava brigando, né, pelo dinheiro. Aí, ele pegou um papel lá, um atestado do Dr (psiquiatra) p’ra eu poder receber o dinheiro, dizendo que eu tinha coisa que eu não tinha, doença de cabeça. [...] Mas o menino do banco lá dizia: ‘Sérgio, você não pode assinar papel nenhum que ‘tá no fórum, você tem que abrir seus olhos porque ele ‘tá querendo receber o seu dinheiro’. Ele obrigou eu assinar o papel. Acabei assinando. E ele recebeu o dinheiro e ficou como meu tutor” (Sérgio, M, 42 anos, solteiro).

“Eles prestam mais atenção em mim, cuida mais de mim, se preocupa mais comigo. ‘Não vai sair e chegar muito tarde, vem logo, não vai demorar muito, não vai atrasar muito, não’. Gosto dessa preocupação, é boa. É o carinho que eles têm por mim. Minha mãe pergunta se eu tomei o meu remédio e eu digo que tomei” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Iuri não relata incômodo com o fato de ser cuidado pela família. Ao contrário, afirma gostar da preocupação que sentem por ele. Também é possível deduzir que a imagem que o grupo familiar tem dele não tenha se alterado tanto, como no caso de Camilo, visto que a sua condição (de pessoa com doença mental) é conhecida desde a infância. Assim, parece que ele, adulto, ainda é tido como a “criança” da casa. De certa forma, sempre foi assim. E, usualmente, crianças demandam cuidados, são dependentes. A tutela é vista de maneira mais naturalizada. Pode ser que, por isso, o processo de infantilização não o atinja tanto quanto atinge Camilo, pois nunca teve autoridade e poder no interior do grupo familiar.

Voltemos ao relato de Camilo. Diferente de Sérgio ou de Iuri, diagnosticados com doença mental desde muito cedo, o entrevistado expressa o incômodo ao se ver impedido pela família de realizar hábitos, outrora rotineiros em seu cotidiano, como o de pilotar motos, tomar uma cerveja, administrar o próprio dinheiro – vale destacar, elementos comumente marcados como de extrema importância na construção das identidades masculinas. Como aponta Rosa (2003), frequentemente, o processo de superproteção é atravessado por um de desqualificação no qual o ritmo, o tempo e a singularidade da pessoa com doença mental não são considerados. Passa a ser percebida como pessoa diferente, mas rotulada de maneira negativa (idem). Camilo também sente que não tem credibilidade, não desperta a confiança e apresenta riscos na execução das tarefas mais triviais. Em contrapartida, torna-se delicado definir precisamente o papel da família – se “mocinha” ou “vilã” – nessa ocasião, haja vista que, por trás de uma postura, por vezes autoritária e que limita a autonomia, pode estar o zelo e a preocupação com os membros com diagnóstico psiquiátrico. O próprio Camilo reconhece que a irmã tem medo

de ele se machucar. De qualquer maneira, Camilo sofre com a visão que o grupo familiar tem/passa a ter dele e com as eventuais mudanças no estatuto que ocupa no interior de tal grupo.

Relembra-se que Camilo descobriu a infecção pelo vírus HIV, fato mencionado na constituição do seu itinerário de adoecimento psíquico. A descoberta também foi um dos aspectos presentes no seu processo de separação da ex esposa. Abaixo, Camilo refere uma série de perdas associadas com a vivência da doença mental e do HIV:

“Perdi meu trabalho, minha esposa, minhas coisas, a casa, minha moto. Perdi meu filho. Perdi praticamente a minha felicidade porque a minha felicidade era o meu filho. Não tenho contato hoje com ele. Ela (ex esposa) não deixa eu ver. Ela tem mágoa de mim. Antes, quando eu vivia com a minha mulher, fazia a comida, fritava o peixe, fazia essas coisas, lavava roupa, ela também, ela cuidava do menino e de noite a gente saía p’ra vender. A gente ganhava bem com confecção. Reboquei minha casa todinha e ela vendeu. A raiva que o papai ficou foi que ela vendeu a casa por doze mil e não me deu nada. Botei na justiça e ela não me deu nada [...] Antes disso aí, eu tinha casa, terreno, possuía moto, tinha filho, tinha esposa, tinha respeito um com outro. Depois que ela me deixou, eu não consegui me levantar mais p’ra nada porque ela que vendia as joias, ela que vendia as roupas. Eu ainda ‘tava trabalhando, mas depois eu me aposentei. Eu, quando tinha meu dinheiro vendia joia, vendia roupa, eu tinha casa. Eu não andava na casa de ninguém. Eu tinha uma família que cuidava de mim. Ela (ex esposa) gostava de mim, mesmo. Mas ela ficou muito magoada. Tudo isso me faz falta, mas isso pode acontecer com qualquer um. Quando eu era dono do meu dinheiro, eu pegava o meu dinheiro e ia tomar cerveja, ia pagar um lanche, sorria, tinha amigo do trabalho [...] Eu sei que eu senti muito porque a gente não estar vendo o filho da gente é duro demais. Um dia paguei mototaxi e tudo... [...] Ela me tem como doido porque ela disse lá na juíza que eu não podia cuidar do menino porque eu era doido. Mas, olha só, o doido que botou tudo dentro de casa! Mas antes ele ‘tava vindo... Ele não veio mais porque a mãe dele não deixou. ‘Tá com um ano que eu não vejo. Eu queria ver ele, abraçar ele, me sinto bem quando ‘tou com ele. Ele é bonitão, forte. Fico triste” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Várias foram as perdas sofridas por Camilo. Há ênfase na perda do trabalho, da família (o que inclui os papéis de marido e de pai), dos bens materiais. Antes, trabalhador que desfrutava da sociabilidade em tal esfera. Depois, destituído do trabalho. Antes, residia com a família (ex esposa e o filho) e cuidava da própria vida. Depois da separação e das doenças, precisou voltar a viver com sua família de origem. Antes, provedor do grupo familiar, proprietário de vários bens materiais, portador de uma autoridade. Depois, cuidado e tutelado pela família de origem, não mais administrou o próprio dinheiro. Para Sarti (1994), com quem concordamos, não basta ser trabalhador. Um homem, para ser homem, necessita de uma família: ser pai de família é algo de fundamental importância na autoimagem masculina. Em quaisquer das situações, Camilo “retrocedeu” quanto à sua posição na hierarquia familiar. Rompeu com um cotidiano antes vivenciado com base em valores masculinos hegemônicos. Não se sente bem com isto e, assim, resiste à sua condição de “dependente”.

A situação de Camilo pode ser analisada também a partir do que Townsend (2002) entende enquanto o “pacote ideal” (*package deal*). De acordo com o autor, tal pacote é constituído por valores culturais como paternidade, casamento, trabalho, propriedade da casa –

fundamentais no seguimento de um *script* cultural predominante sobre as masculinidades adultas. Townsend (2002) constata que o caminho percorrido por homens (adultos estadunidenses no fim do século XX) frente a tais valores não ocorre sem contradições. É evidente que, de maneira peculiar, mas, como as mulheres quanto ao modelo feminino “ideal”, tais homens também enfrentam dificuldades e vivenciam conflitos na tentativa de alcançar o pacote ideal da masculinidade. Ainda, Velasquez (2009) afirma que, para alguns homens, ter um trabalho e consolidar um casamento ainda constituem passos necessários para chegar a ser um homem pleno. No entanto, em seu estudo com homens mexicanos de classe média, a autora observou uma maior participação e compromisso na vida familiar expressados pelos participantes da pesquisa. Não basta ostentar o papel de provedor ou pai, é preciso envolver-se mais afetiva e moralmente com os outros membros da família, especialmente os filhos (idem). Ao contrário desta tendência, o que se observa, no caso de Camilo, é um maior impacto da doença decorrente do abalo sobre os papéis tradicionais de pai e provedor, visto que relata não ter tido um relacionamento tão próximo do filho quando ainda vivia com ele. A ex esposa (e mãe de seu filho) era a principal responsável pela educação e por dar afeto à criança.

Em casos como o de Camilo, ser homem adulto com uma doença mental não confere com as posições socialmente estipuladas para o masculino e destoa dos aspectos estabelecidos por um modelo de masculinidade hegemônica. Vivencia-se uma série de situações (como ser cuidado e tutelado) que podem significar fragilidade e vulnerabilidade, características rechaçadas por tal modelo. Perde-se a plenitude. Isto pode gerar sentimentos de tristeza e insatisfação para os já fragilizados sujeitos, especialmente para aqueles que recebem o diagnóstico na fase adulta, como Camilo. A identidade de doente obscurece tudo o que ele, especialmente enquanto homem, é (ou era). Percebe-se aqui uma brusca disrupção na biografia, ou seja, um “antes” e um “depois” que exigem uma adaptação tanto dele quanto da família. Vivencia-se um processo de feminização simbólica, que, segundo Vale de Almeida (1996), corresponde à falta de autonomia e à dependência. A este respeito, tomamos como exemplo um estudo realizado por Modena, Martins, Gazzinelli, Almeida e Schall (2014) sobre câncer e masculinidades. Nele, os autores analisaram quais sentidos os homens atribuem ao processo de adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico. Perceberam que, quando os homens se deparam com o diagnóstico, são levados a encarar as próprias fragilidades, limitações e necessidades de cuidados, até então negligenciadas e relacionadas com o universo feminino. E isto contribui para a ideia de subtração ou perda da masculinidade (idem).

A doença mental afeta também as mulheres quanto às suas relações com a família. Constatamos que, de uma maneira geral, elas mudam menos de posição no grupo familiar que alguns homens, pelo menos os que receberam o diagnóstico quando já estavam na vida adulta. Todavia, em alguns casos, também podem vivenciar um processo de infantilização e/ou subtração de alguns atributos de feminilidade:

“A minha irmã acha que eu sou uma boneca de porcelana, ela só me leva na igreja de vez em quando. Mas ela é o tipo de pessoa que não me deixa respirar [...] Não faço nada, tudo tenho que pedir autorização p’ra ela [...] Uma das coisas que mais me faz sofrer por ter essa doença é que eu não posso cuidar da minha filha. Antes de ela nascer, eu já era doente. Eu nunca pude acompanhar direito as primeiras palavras dela, eu não sei se ela disse papai ou mamãe primeiro. Eu não vi nascer os primeiros dentinhos. Eu sinto falta de ter essa convivência (a filha está sob a guarda de uma irmã em uma cidade em outra região do país)” (Flora, F, 28 anos, separada).

Do relato acima é possível perceber que mulheres também são tuteladas pela família. O próprio termo “boneca de porcelana”, usado por Flora, expressa tal tutela, mas também uma ambivalência. Por um lado, ser como uma boneca remete à imagem de alguém frágil, delicado, que requer todo o cuidado do mundo. Por outro, ser tratada como tal remete ao incômodo por parte da entrevistada em não poder exercer a própria autonomia. Neste contexto de recebimento de cuidados simultâneo à limitação em torno da autonomia, a doença compromete, parcial ou totalmente, o desempenho da maternidade.

No relato de Flora, há destaque para as implicações negativas que o quadro psiquiátrico tem sobre a relação “mãe-filha”. Ela, tratada como “uma boneca de porcelana” por uma irmã, praticamente não tem contato com a filha. Se, por um lado, recebe os cuidados e apoio desta irmã, por outro, não tem tanto acesso à própria filha. Tutelada em grande medida, torna-se mais filha de sua irmã e menos mãe de sua filha. A doença, portanto, interfere na sua identidade feminina a partir da destituição de seu papel materno. E tal destituição não vem apenas da ausência de cuidado que Flora não pode oferecer (inclusive, por questões de distância geográfica, já que sua filha vive em outra região do país). As implicações da enfermidade vão mais além na medida em que Flora relata sentir medo do que pode vir a fazer com a filha por conta dos sintomas: “Acontecia o seguinte: eu escutava umas vozes falando e essas vozes me falavam ‘Você tem que matar essa menina’. Ela vai vir agora em dezembro p’ra cá e eu tenho medo do que eu posso fazer. Eu amo a minha filha, mas eu ‘tou com muito medo” (Flora, F, 28 anos, separada). Mais que não poder cuidar, há sofrimento em torno do risco de violentar a própria filha. Isto, por sua vez, representa uma violência à ideia do que é o papel materno. Levando em conta a situação de Flora, ela não se seria somente uma mãe doente/ausente, mas uma mãe potencialmente violenta. E uma mãe violenta não pode ser considerada uma boa mãe.

Em oposição ao que ocorre com Flora, que se vê destituída da função materna, e com certos homens, destituídos da função paterna e de provedor, percebemos que, em alguns casos, ser diagnosticada com doença mental não interfere tanto na posição que outras mulheres do estudo ocupam na estrutura de poder na família. Assim, pode-se dizer que há idas e vindas/mudanças e permanências dos lugares que cada membro ocupa no interior do grupo familiar na situação de um deles ser acometido por uma doença mental. Para alguns, quase tudo muda (Camilo, Flora). Para outros, nem tanto. Deolinda, por exemplo, relata bom relacionamento, compreensão e apoio por parte da família nas situações de crise, aspectos que acabam contribuindo para uma certa manutenção do seu espaço no grupo familiar:

“A gente é bem unido (família nuclear). Tudo a gente divide. Se eu cozinhar um ovo, um pedaço é do meu filho, outro é da minha filha, outro do meu marido e outro meu. Tudo dividido. Se eu fizer alguma coisa, divide. Eu ‘tô aqui no CAPS, vou passar o dia, mas, se meu marido comprar na rua um pedaço de galinha assada, o meu pedaço fica dentro da farinha p’ra eu comer mais tarde. Ele diz: ‘Minha filha, a gente fez o almoço aqui, um arroz, comprei uma galinha, mas o seu pedacinho ‘tá aqui’. O meu pedaço fica. Se ele cozinhar um peixe, o meu pedaço fica lá, até porque ele sabe que eu gosto de peixe. Isso fica p’ra mim e eu sou muito grata por isso [...] Elas cuidam de mim, as minhas filhas. Elas me ajudam. Quando elas veem (situação de “crise”), elas começam a chorar. ‘Eu sei, mãe, que o que a senhora ‘tá sentindo não é porque a senhora quer. Vá tomar a medicação, vá se deitar, deixe por conta nossa que a gente toma de conta. Quando o papai chegar, ele vai te ajudar também’. Elas conversam comigo, me cheiram, aí, eu me sinto mais assim alegre por dentro porque elas estão do meu lado” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Deolinda é dona-de-casa. Mesmo abatida pela doença mental, ela continua a exercer tal função na esfera da família. Apenas é dispensada quando está em dias de crise. O marido e os filhos reconhecem a doença e se mobilizam para cuidar dela e da casa nos seus dias de crise. Entretanto, passado o período mais crítico, o cotidiano se restaura e Deolinda volta a trabalhar. Segue realizando inúmeras tarefas no âmbito doméstico. Segue sendo a ativa dona-de-casa, mãe e esposa. Como dito, existe uma associação entre a mulher e o seu trabalho (muitas vezes não reconhecido) na esfera privada. É possível que, por conta disso, a despeito da enfermidade, não se verifique bruscas mudanças na sua posição dentro do grupo familiar, já que ela continua a exercer determinados papéis em sintonia com as prescrições de gênero. Isto também foi constatado por Pegoraro (2007). Na realização de um estudo de caso com uma mulher em sofrimento mental internada pela primeira vez em um hospital psiquiátrico do sudeste brasileiro, apesar do seu quadro, continuou a ser prestadora de cuidado para outros. Igualmente, Santos (2008), em seu estudo com usuários de serviços de saúde mental em Araraquara, São Paulo, verificou que, entre as suas entrevistadas com filhos, a tarefa do cuidado com a família é especialmente delas, mesmo estando doentes.

A família de Deolinda reconhece a doença e oferece apoio. Mas este dado não foi absoluto no estudo. Há casos nos quais os sujeitos enfermos, por algumas razões, não recebem o apoio/cuidado por parte dos familiares nos seus itinerários terapêuticos. Identificamos alguns aspectos que estão relacionados com esta supressão.

Um deles diz respeito à própria falta de conhecimento sobre questões de saúde mental. Ao contrário do que ocorre com Deolinda, há situações em que algumas famílias simplesmente desconhecem assuntos relacionados com a saúde mental. Isto pode ter relação com o fato de a doença mental não ser “palpável”, isto é, demonstrável por algum exame físico, o que pode dificultar tanto o seu reconhecimento enquanto doença quanto a necessidade de tratamento: *“Tem um bocado deles (familiares) que acha que isso não é doença, não. Esse negócio de depressão, nervoso, problema no cérebro, fraqueza no cérebro, acidente na cabeça... Acham que não é problema”* (Crispim, M, 55 anos, separado). Se há desinformação, a desassistência familiar torna-se algo provável de acontecer.

Em outras ocasiões, a família não ignora a condição da pessoa enferma no sentido de esta apresentar alguns estados “estranhos” e/ou indesejáveis. Todavia, lê os sintomas de outra maneira. O relato a seguir sugere uma desqualificação, por parte do marido da entrevistada, das suas queixas e do mal estar como um todo: *“Às vezes, meu marido, quando eu ‘tou chorando, ele diz assim ‘Rapaz, tu ainda não ficou boa desses negócios de depressão, não?’. Ai, aquilo vem tudo ainda, me fere demais. Ele acha que, porque eu tomo remédio p’ra depressão, eu já fiquei boa. ‘Rapaz, por que tu tá chorando? Tu ainda não ficou boa não?’”* (Abigail, F, 53 anos, casada). É possível que este marido não porte conhecimentos sobre assuntos de saúde mental e, desta forma, acabe desprezando os sintomas manifestados por Abigail. Algo parecido ocorre no enredo familiar de Bárbara, que relata sofrer acusações por parte das irmãs:

“As pessoas acham que a gente ‘tá assim porque a gente quer [...] O que me irrita também é quando elas dizem assim ‘Pensa nos teus filhos, cuida dos teus filhos! Para de ser desse jeito! Te ajeita! Te cuida! Tu tem dois filhos, mulher! Vai cuidar dos teus dois filhos!’ Isso é ruim. A minha irmã fala, não entende, às vezes, ela diz que eu ‘tou só fingindo e eu digo ‘Como é que eu tou fingindo e fico tomando esses remédios ruins?’ O remédio é ruim demais” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Tais posturas dos familiares de Abigail e Bárbara provavelmente sofrem interferência de outro aspecto: mais uma vez, a força de prescrições de gênero em torno dos lugares da mulher casada e com filhos no interior do grupo doméstico. A doença, ou o que quer que seja na visão dos familiares, atrapalha o desempenho das mulheres, pois o seu lugar é em casa, fazendo o que é suposto fazer, “saudável” – ou, ao menos, fazendo sem queixas. É como se elas não pudessem adoecer. E a falta de apoio/cuidado pode aprofundar ainda mais o seu sofrimento.

Ainda quanto à reação dos familiares, pode até ser que eles reconheçam a presença da doença. Todavia, alguns sintomas acabam sendo lidos não como parte da doença, mas como uma falha de caráter no caso de mulheres:

“É porque a minha família não ligava p’ra mim. Diz que é p’ra eu ficar sem tomar o remédio, que eu não posso tomar remédio, aí, jogava os meus remédios no mato, escondia. Meus meninos e meu marido parece que não aceitavam que eu tinha esse problema [...] O que mais me incomoda é a minha família não gostar de mim porque eles não gostam de mim por causa desse problema. Eles não aceitam, não acreditam, acham que a agressividade é de mim, não pensam que pode ser da doença, mas dizem que é problema meu, mesmo, que isso sou eu, que eu gosto de confusão, mesmo, de brigar, que eu gosto de caçar conversa com os outros. Esse problema fez foi me afastar deles” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Tal situação também ocorre com homens. A família pode ler a indisposição para desempenhar certas atividades cotidianas como preguiça de trabalhar, por exemplo:

“Pensa que: ‘Ah, tu ‘tá bom! É capaz de fazer isso’. E eu falo: ‘Não ‘tou bom, não’. Eu sempre passo na cara das pessoas. Não acreditam que eu não ‘tou bem. Só a gente sabe o que a gente passa. O que acontece é que as pessoas pensam que eu ‘tou bem. Querem que eu faça coisas que eu não consigo fazer. Mais os parentes mesmo. Eles cobram. Cobram que eu trabalhe, que eu ajude mais a minha mãe, mas eu não ‘tou apto. Que eu vá trabalhar p’ra ajudar ela, mas eu não dou conta, não posso” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Nos relatos anteriores, a leitura das famílias evidencia um estado da ordem binária de gênero. Eventuais sintomas são interpretados como características indesejáveis tanto para homens, quanto para mulheres. A mulher é criticada por ser agressiva, por não cuidar da casa e dos filhos, isto é, por não fazer jus ao comportamento esperado do que é feminino. O homem, por sua vez, é criticado por não trabalhar e, conseqüentemente, não produzir, o que contrasta com a exigência social e moral em torno de tais atividades para o masculino. Já que a família não reconhece integralmente tais estados (agressividade e indisposição) como possíveis sintomas, a doença é desconsiderada. O que ocorre, então, é a manutenção das expectativas, por parte da família, em torno do desempenho “normal” de comportamentos e atividades pelos membros enfermos independente de seus estados de saúde.

A falta de apoio/cuidado não surge apenas entre as famílias mais ou menos desinformadas sobre questões de saúde mental. O relato abaixo sugere uma fragilidade dos laços familiares independente da doença, mas que pode aprofundar a sua condição de sofrimento:

“Eles (familiares) só me tratam assim. Eles não ligam p’ra mim, eles não têm conversa comigo porque os psicólogos aqui dizem que é p’ra gente conversar com a família e eles não conversam comigo. Não querem nem saber o que ‘tá acontecendo comigo. Eles fazem é me maltratar [...] Só me chamam de doida, elas (filhas) dizem que eu vou morrer de bicho, criar bicho, que eu vou morrer e ficar cheia de bicho, que elas não vão cuidar de mim porque eu saí da casa do pai delas. Olha, da casa do homem que batia em mim... Dizem que o pai delas não é p’ra ser marido meu, dizem que ele tem que arrumar uma mulher que não seja doida igual a mim, que seja sadia e uma mulher nova p’ra morar com ele” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Outro aspecto no relato acima é a ausência de cuidado por parte das filhas de Serafina. Funciona como uma espécie de punição pelo fato de ela ter saído da casa do ex companheiro (de quem sofria diversas modalidades de violência). Ainda, há referência para o fato de que o pai precisa se envolver com uma nova mulher com qualidades socialmente desejáveis: ser nova e sadia, o oposto de Serafina, que já não é jovem e possui diagnóstico psiquiátrico.

Em contrapartida, como dito mais acima, a família – nem totalmente mocinha, nem vilã – também precisa ter conhecidas as suas necessidades. Por diversas vezes, no contexto de situações extremas, como amarrar/trancar a pessoa doente, enfrenta sentimentos de dúvida, angústia, medo e tristeza: *“E também, quando a minha família diz alguma coisa que eu não gosto, a minha vontade é de saltar em cima, de voar em cima e fazer sangue, fazer tudo. Eles me pegam, me amarram, botam dentro do quarto, tira a chave. Eles me trancaram já porque eles têm medo de mim”* (Serafina, F, 54 anos, separada). Torna-se delicado estabelecer a linha na qual a interação “família-ente enfermo” aponta para a violação dos direitos das pessoas com a doença mental ou para as sobrecargas vivenciadas pelo grupo doméstico.

6.1.4 Impactos da doença mental no trabalho

A doença mental também afeta a esfera do trabalho. De acordo com Leff e Warner (2006), o trabalho é uma atividade esperada para os adultos em qualquer sociedade, uma parte fundamental na vida das pessoas e não menos das que sofrem com doenças mentais. Quase todos os entrevistados referem impactos nesta esfera da vida. É a mais mencionada e, assim, parece ter um valor central na vida da maioria dos sujeitos da pesquisa.

Certos entrevistados tiveram de suspender, temporária ou definitivamente, suas atividades laborais e/ou estudos – incluímos aqui o estudo por este ser algo que pode levar à obtenção de um trabalho. Outros, tendo recebido o diagnóstico prematuramente na vida, fizeram por pouco tempo ou não chegaram a trabalhar e atribuem tal fato à doença. Os impactos também ocorrem para algumas mulheres donas-de-casa, que, embora sem classificar o seu trabalho enquanto tal, percebem que deixaram de executar, ou não o fazem como era “suposto”, diversas atividades no âmbito doméstico. Como visto no capítulo anterior, tal aspecto é visualizado em termos de sintoma psiquiátrico. Vale informar que, entre aqueles que exerceram/exercem uma ocupação, predominam trabalhadores assalariados ou autônomos não especializados. Para garantir o seu sustento, a grande maioria recebe o Benefício de Prestação

Continuada¹⁰³ (BPC): “*Eu vivo pelo INSS por motivo da doença e não posso estar trabalhando*” (Alexandra, F, 32 anos, namorando). Outros recebem um auxílio-doença¹⁰⁴ ou são aposentados por invalidez¹⁰⁵. Também há alguns que não contam com o apoio de qualquer benefício assistencial ou previdenciário.

Há ênfase nos sintomas que atrapalham ou incapacitam homens e mulheres na realização do trabalho e/ou estudo. Numa pesquisa com trabalhadores pobres da periferia de São Paulo, Sarti (1994) afirma que a disposição e a força para trabalhar são tidas como dádivas divinas. São complementadas por outra graça, a da boa vontade para aprender. No entanto, tudo isto, depende da saúde: para trabalhar, é preciso ter um corpo fortalecido. No nosso estudo, a perda da saúde implica o comprometimento de habilidades físicas e cognitivas. No caso dos homens, a falta de força física interfere direta e negativamente sobre a identidade masculina, pois, como coloca Sarti (1994: 129), perde-se a característica de “homem forte para trabalhar”. Ou, ainda, conforme Vale de Almeida (1996), o corpo apto para o trabalho é aquele com força física suficiente. Desta forma, o impacto físico é também um impacto moral. Eis alguns relatos:

“Eu, não fazendo força... Não atrapalha. Mas eu tive que parar de trabalhar, né? Eu não posso fazer força. Se eu fizer, daqui a 3 meses, eu ‘tou doente porque eu ando fraco. Mas eu ‘tou me conformando, mas vontade de trabalhar eu tenho demais. Eu já sei que não tem condições. Não dá de jeito nenhum [...] Te falei que é um esgotamento físico, né?” (Tomás, M, 59 anos, separado).

“Eu já ‘tava tomando uns remédios, mas só que esses remédios não me davam a garantia de eu voltar p’ro trabalho. Até porque as pessoas, meus ex patrões, com quem eu já tinha trabalhado, eu tinha dado muito trabalho p’ra eles nas firmas. É porque eu passava mal no trabalho, que o horário da construção civil, que é de 7h às 11h e de 1h às 5h da tarde. Aí, quando eu começava 7h da manhã, geralmente eu conseguia, mesmo passando mal, nos dias que eu ‘tava mais forte, eu conseguia. Mas tinha aquelas vezes que eu, infelizmente, não conseguia chegar até 11h do dia. Eu tinha uns surtos de ansiedade, pânico, crise de pânico, aí, a maior crença que eu tinha, naquele momento, é que eu não ia aguentar, resistir, e ponto final. Eu achava que ia morrer, que ia desmaiar, mas eu nunca cheguei a desmaiar. Às vezes, meus colegas iam até me deixar em casa, eu não conseguia ir só, já passei muito mal na minha vida” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Os impactos econômicos decorrentes da perda do trabalho também são mencionados:

“E também o financeiro, né? O que pega mais, p’ra mim, é o financeiro” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

¹⁰³ O BPC (Benefício de Prestação Continuada) é um benefício assistencial (não previdenciário) que está previsto na Constituição Federal de 1988 e na LOAS (Lei Orgânica de Assistência Social). É a garantia de um salário mínimo à pessoa com deficiência física, mental ou intelectual e ao idoso com mais de 65 anos que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. A sua operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Não exige contribuição previdenciária.

¹⁰⁴ Benefício previdenciário pago ao trabalhador quando tem sua incapacidade total, porém, provisória, causada por acidente e/ou doença e atestada pelo INSS.

¹⁰⁵ Benefício previdenciário pago ao trabalhador permanentemente incapaz de exercer qualquer atividade laborativa e que também não pode ser reabilitado em outra função, segundo a perícia médica do INSS.

“Quando eu era dono do meu dinheiro, eu pegava o meu dinheiro e ia tomar cerveja, sair, ia pagar um lanche, sorria [...] Minha irmã que recebe meu dinheiro. Eu peço a ela p’ra comprar uma moto p’ra mim, mas ela só faz dizer que o dinheiro não dá, que isso é aquilo outro, só faz...[...] Coisa errada que minha irmã faz também. Eu recebo só um salário e ela não me dá. Só me dá um pouquinho. Quer dizer que eu não tou recebendo meu dinheiro todo” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Mas a doença mental, quando compromete a esfera do trabalho, também passa a afetar negativamente a imagem que a pessoa tem de si. Isto pode ser explicado pelo fato de o trabalho ser uma atividade que proporciona importantes significados às vidas das pessoas. É fonte de identidade para mulheres e homens porque interfere no sentido de autovalorização. Possui um peso simbólico, equivale a uma qualidade moral. Ser trabalhador/a é algo exigido socialmente. Assim, além dos efeitos em termos econômicos (proporciona o que comer, o que vestir, lazer e diversos outros consumos), o trabalho é tido como algo que alavanca de maneira positiva a própria autoimagem: “O trabalho dá orgulho. ‘Nossa, a Alexandra trabalha. Olha ali, a Alexandra trabalha, não pode viajar, não, porque ela ‘tá trabalhando” (Alexandra, F, 32 anos, namorando). Iuri, por sua vez, afirma: “Eu queria trabalhar mesmo, é diferente de receber o benefício. O trabalho deixa a gente com mais posição. Ele dá força p’ra gente. Eu acho que o trabalho faz a gente ser mais respeitado” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

De uma maneira geral (o que envolve homens e mulheres), o trabalho é considerado um marcador de alto valor na transição para a vida adulta e proporciona a realização da pessoa no mundo social (Velasquez, 2009). Sarti (1994: 122) afirma que o trabalho, sob a ótica do capital, é algo dignificante, faz-se através da honra, isto é, do direito de ter orgulho de si mesmo. E entre os pobres, como é o caso da maioria dos nossos sujeitos, a honra, não estando necessariamente associada com a posição social, associa-se com a virtude moral. Significa afirmação pessoal e social de si mesmo quanto ao olhar dos outros. Ter uma profissão, trabalhar por conta própria ou trabalhar “dando duro”, independente de especialização/qualificação, trazem a sensação de honra.

Apesar de o trabalho ser um indicador de sucesso social para as pessoas como um todo, isto ocorre de uma maneira particular entre os homens deste estudo. Assim, há questões de gênero envolvidas nas repercussões da doença mental sobre a esfera do trabalho. Percebemos que, para alguns homens, em especial aqueles que são/foram casados e com filhos, ser trabalhador é algo de extrema importância. Conforme Vale de Almeida (1996: 8), o trabalho surge como fonte de identidade e campo metafórico para negociar em torno da identidade pessoal, do lugar social, das emoções inerentes às relações sociais e do gênero. É através do trabalho e da identidade de trabalhador que podem conseguir os meios para sustentar a família e sustentar o papel de provedores:

“A minha vida era trabalhar de domingo a domingo, era normal. Mas, depois disso, agora, eu não consigo mais, não consigo mesmo. Quando eu comecei a sentir tudo isso, eu deixei de trabalhar e, aí, que as coisas ficaram mais difícil p’ra gente (família – esposa e filhos). Eu recebi algumas coisas, auxílio vulnerabilidade, mas foi pouco tempo. Eu recebi umas três vezes, mas é pouca ajuda. Era 400 reais. P’ra quem pagava aluguel ... Porque o meu aluguel lá era caro. Só o meu aluguel era 400 reais. E a gente ia comer o quê? E ainda tinha que comprar remédio. Foi muito ruim p’ra mim isso aí” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

Como Sarti (1994) atesta, o trabalho confere dignidade ao sujeito enquanto fundamento de sua autonomia moral e legitima a sua reivindicação de respeito. Isto se enquadra na mesma lógica na qual o trabalhador reivindica o respeito de sua família e garante o sustento de seus membros. Destaca a autora: “a moral do homem, que tem força e disposição para trabalhar, articula-se à moral do provedor, que traz dinheiro para dentro de casa, imbrincando-se para definir a autoridade masculina e entrelaçando o sentido do trabalho à família” (idem: 131). Para aqueles entrevistados que trabalharam em algum momento do passado, há, de certa maneira, uma sensação de ter cumprido o seu dever, o que confirma a sua “virilidade laborativa” (Zanello, Fiuza e Costa, 2015: 244). Sentem orgulho do que já foram. Inclusive, nestes casos, o trabalho costuma ser mais valorizado que a escolaridade (nenhum entrevistado possui alto nível de escolaridade). Orgulham-se de ter começado a trabalhar cedo, alguns ainda na infância e na adolescência:

“Só o que restava era o meu gado. Foi vendido o meu gado p’ra reerguer a família todinha. Botaram um comércio com duas sinucas. Isso no (localidade). Foi reerguida a família todinha com o que era meu. Consegui trabalhando e eu tinha o meu gado. Papai vendeu tudinho e botou. Eu tinha uns doze ou treze anos. Eu pegava gado no mato. Eu corria atrás de um novilho que todo dia as negradas corriam atrás dele e não pegavam. Pessoal me chamava de (alcunha). ‘Tomás, não vai, não, que aquele novilho te mata’... Era bravo, o bicho. Ê, meu boi fubá! (neste momento, canta). Deixa eu cantar? ‘Ê, vida de gado, gado manso. Alô, minha vaca. Meu boi fubá. Um dia aconteceu, meu cavalo morreu. No outro, dia a mulher morreu também. Do cavalo tive pena, da mulher tive alegria. Cavalo bom é difícil, mulher vagabunda é todo dia” (Tomás, M, 59 anos, separado).

“Comecei a trabalhar com a idade de oito anos, eu, desse tamanhinho, mais o meu pai e os meus irmãos [...] Eu gostava de comprar animal, vender, eu pegava animal e ia p’ro (localidade) com uns tios meus, ia p’ra lá com os animais, a gente passava de mês p’ra lá vendendo animal” (Crispim, M, 55 anos, separado).

A pouca qualificação escolar junto à iniciação precoce no mundo laboral pode ser entendida a partir do *habitus* de classe (Bourdieu, 2007b). Por conta de pertencerem a uma classe (o que supõe portarem determinado *habitus*), é provável que não tenham tido facilitadas condições sociais de acesso ao estudo. Uma coisa (o trabalhar) pode ter ajudado a anular a outra (o estudar). Alguns precisaram abandonar os estudos para trabalhar com o objetivo de ajudar no sustento da família de origem. Também é provável que possam não ter desenvolvido as disposições interiorizadas para angariar certos tipos de capital (escolar, por exemplo). O trabalho era considerado mais importante e isto foi se configurando de tal maneira ainda na

socialização primária. Desta forma, a situação de classe é um forte determinante para que eles tenham tido trajetórias laborativas semelhantes entre si quanto ao trabalho e ao estudo (o primeiro, precoce, em detrimento do segundo). O fato de terem se constituído numa dada formação social foi relevante para que se encaminhassem em tal direção.

Também há relatos sobre o insucesso escolar, o que provavelmente não se deve simplesmente às questões cognitivas, mas também às disposições interiorizadas através do *habitus*: “Estudei, mas não aprendi nada, não” (Crispim, M, 55 anos, separado); “Eu estudava, a minha professora mandou a minha mãe comprar miolo de boi p’ra ver se o meu cérebro voltava ao normal, mas nunca voltou. Eu não consigo aprender” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Como dito, há orgulho envolvido no fato de terem iniciado no mundo trabalho muito cedo. Isto pode ser entendido a partir do que Sarti (1994) percebe como sendo a “moral dos pobres”: o seu valor não está propriamente na sua posição social em si, mas na sua qualidade moral que envolve força física, disposição e coragem para trabalhar. Talvez estas sejam as suas maiores riquezas. De maneira similar, Vale de Almeida (1996) coloca que o esforço corporal, metaforizado e incorporado nas “mãos calejadas”, e a ausência de propriedade dos meios de produção parecem ser os requisitos para a definição de “trabalho”, mas também definidores de pertença ao grupo social dos “pobres” e da ideia de “homem”.

Também percebemos como, além da disposição e da força, o fator coragem está presente nas falas não apenas no sentido de “ânimo”, mas de bravura e valentia. Tomás e Crispim dão ênfase às situações de risco envolvidas nas suas respectivas ocupações¹⁰⁶: enfrentá-las exigia também coragem, atributo altamente valorizado para o masculino. Tomás ainda refere que a situação financeira da família se reergueu enquanto consequência do seu trabalho braçal. Percebe-se como a sua noção de trabalho contém os elementos de sacrifício e risco que, apesar de indesejados, reforçam o prestígio de quem vivenciou a provação (Vale de Almeida, 1996).

O trabalho vai bem além do ganho monetário. É um meio de se enquadrar no panorama de valores masculinos hegemônicos:

“Querida muito ter continuado trabalhando porque a pessoa, quando ‘tá trabalhando, ela é digna mais do que o dobro do que a situação de hoje porque hoje eu tenho esse benefício da Assistência Social, mas não é a mesma coisa. Isso aqui é um seguro social que ‘tá no programa de combate à fome e eu não queria viver às custas de um programa de combate à fome. Eu queria estar em campo. É se sentir digno do que tem, do que ‘tá conseguindo. Uma coisa é você chegar no fim do mês e, mesmo cansado, sem força de tanto trabalho, como é na construção civil, mas dizer: ‘Eu posso comprar isso, eu posso planejar isso’ porque, se eu tenho conhecimento e experiência profissional, eu posso realizar tudo isso. Outra coisa, é você esperar pela boa vontade da Lei Orgânica” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

¹⁰⁶ Relembremos as ocupações desempenhadas pelos entrevistados. Tomás foi vaqueiro e vivenciava diversos riscos ao correr atrás do rebanho. Igualmente, Crispim trabalhava na roça e vendia animais em negociações perigosas com os compradores. Ambas árduas, exigiam força, disposição e coragem.

“Eu me sinto muito envergonhado, decepcionado de não trabalhar e o pessoal imaginar ‘esse vagabundo não trabalha porque não quer’, mas não é, não. Eu não aguento. Se eu aguentasse, eu trabalhava. Eu choro é com vontade de trabalhar. Quando eu choro, o pessoal diz ‘Vamos trabalhar!’. Se é de enxada, machado, facão, o que for. Eu vou, quando penso que não, pego a enxada e ‘buf!’, caio p’ra trás, dou agonia, não aguento. É arriscado eu cair e furar a cabeça num toco, quebrar numa pedra. Ai, não aguento, já ‘tá com treze anos de luta. Todo ano eu tentando sem aguentar” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Como se observa a partir do relato de Nuno, não basta que se receba um dinheiro vindo de um benefício assistencial. Isto porque, segundo Sarti (1994: 122), “o valor do dinheiro, que é próprio da sociedade capitalista enquanto seu ‘bem supremo’, é relativizado pelo valor moral do trabalho”. Por esta lógica, não há apenas um cálculo econômico, mas um retorno moral em torno de tal atividade (idem). Ademais, sobreviver a partir do benefício simboliza, de maneira mais geral, a exclusão do mundo do trabalho e, especificamente, a falta de capacidade laborativa. Pode simbolizar ainda o não rompimento com a identidade de doente. Outro aspecto que merece destaque e foi mencionado por alguns homens: não trabalhar, mesmo quando se possui uma renda, muitas vezes, significa ficar ocioso, dentro de casa, sem ter contato com muitas pessoas. A retirada da esfera pública na ocasião da perda/interrupção do trabalho é significada negativamente. Ainda, o fato de todos eles estarem em idade considerada produtiva (entre 28 e 59 anos) se choca com a sua real condição: a de se sentirem incapacitados para exercer uma atividade laborativa.

De acordo com Sarti (1994), a identidade masculina está grandemente associada com o valor do trabalho. Este é muito mais que o meio de sobreviver materialmente, “mas constitui o substrato da identidade masculina, forjando um jeito de ser homem. É condição de sua autonomia moral, ou seja, da afirmação positiva de si, que lhe permite dizer: eu sou” (idem: 126). Percebemos com Crispim que sentimentos de vergonha e decepção prevalecem mesmo quando a doença poderia “justificar” a ausência masculina no âmbito do trabalho.

Informações similares foram encontradas em estudo anterior (Alves, 2012). Para a maioria dos sujeitos entrevistados – homens em tratamento psiquiátrico em uma cidade do norte de Portugal – a esfera do trabalho foi significada como a mais afetada pela presença da doença mental. Muitos deixaram de ser os principais provedores do grupo familiar (quando casados e com filhos) e outros se viram impedidos de constituir uma família (quando solteiros). Também no estudo de Modena *et al.* (2011), sobre os sentidos que homens atribuem ao adoecimento por câncer e ao tratamento oncológico, houve destaque para as implicações da necessidade de afastamento das atividades laborais por conta das limitações físicas impostas pela doença e da rotina de tratamento. Os sujeitos sentem os impactos de uma mudança brusca no cotidiano e acabam vivenciando um processo de reconstrução dos significados de “ser homem”. Sentem

falta do trabalho enquanto espaço de socialização e o veem como algo que vai além da dimensão financeira e econômica, por proporcionar sentimentos de autonomia, confiança e reconhecimento social.

No nosso estudo, as restrições sofridas quanto à vida material, quando os entrevistados têm seus rendimentos econômicos reduzidos, impedem que se realizem em outras esferas da vida. Vimos isto, por exemplo, com Camilo, quando afirma que, depois de ter sido dispensado do trabalho e ter começado a receber um benefício, o fato de não mais poder controlar o próprio dinheiro impede que tenha acesso a coisas que gostava de fazer antes: beber uma cerveja, sair com os amigos – aspectos importantes na construção da masculinidade.

Vale ressaltar, por fim, quanto à situação de homens perante o trabalho, que alguns são considerados preguiçosos quando não se sentem aptos a trabalhar:

“Cunhada já me disse que não é doença. É sem vergonhice. Meu irmão até me defendeu: ‘Do jeito que esse homem é doido por serviço, sem vergonhice nada, tu acha? Isso aí, tu não conhece ele, não. Eu que conheço ele, que sou o irmão dele, o mais velho, e conheço desde pequeno. Desde pequeno, era trabalhador todo o tempo, aí, veio vindo, vindo e adoeceu, arreou e não conseguiu mais trabalhar. Tu não ‘tá vendo que todo ano ele tenta, mas para porque não consegue e vai parar no hospital? Levo ele no hospital p’ra tomar uma injeção e dar pelo menos um fôlego’. Quando eu tento trabalhar, me falta é os couros” (Crispim, M, 55 anos, separado).

No excerto acima, o estado de saúde de Crispim é lido pela cunhada como preguiça de trabalhar. Já vimos brevemente este aspecto no tópico anterior. Segundo Leff e Warner (2006), um maior ou menor grau de tolerância quanto ao trabalho por parte dos familiares tem a ver com fatores socioculturais. Como sugerem os autores, no ocidente, a ideia de competitividade chega de alguma maneira até nos contextos mais periféricos (como o de Parnaíba). Há uma exigência para que o doente se enquadre em papéis sociais e ocupacionais na sociedade em geral (idem), ainda mais se for homem. O produtivismo que rege o mundo do trabalho e um certo modelo de masculinidade se cruzam. E definições de masculinidade se encontram intimamente relacionadas com a história das instituições e das estruturas econômicas (Connell, 2003).

Para muitos homens entrevistados, o trabalho funciona, portanto, como algo moral e é inversamente proporcional à identidade de doente. A perda do trabalho simboliza/reforça outras perdas: da força, da disposição, da coragem, da capacidade de prover, do prestígio social, da possibilidade de ter acesso a bens, recursos e a um estilo de vida que estejam mais ou menos afinados com um modelo valorizado de masculinidade. Estar doente é estar improdutivo. E ser improdutivo soa como uma transgressão.

Como visto no início deste tópico, a doença mental não afeta a esfera do trabalho/estudo apenas para os homens. Algumas mulheres pararam de estudar ou trabalhar fora de casa, outras nunca chegaram a trabalhar fora e atribuem isto à doença. Assim, a doença mental afeta também o desempenho ocupacional das mulheres, mas isto pode assumir contornos peculiares. Vejamos as falas de Arabela e Abigail:

“Eu ‘tava até querendo me matricular, mas ele (marido) diz que não deixa, não, porque eu sou muito aperreada. Qualquer coisa, eu me zango e ele diz que eu posso arrumar confusão dentro de sala de aula. Mas eu gosto muito de estudar, escrever. Agora, quando a professora diz que vai explicar: ‘Não, explique, não, que eu quero só escrever’. Ela: ‘Mas não pode ensinar uma pessoa sem explicar’. Ainda bem que elas eram legais comigo, entendiam. Eu doída p’ra estudar. Desde ontem, eu falo p’ra ele p’ra me matricular e o colégio é pertinho de casa” (Abigail, F, 53 anos, casada).

“Ele (pai) sempre botou: ‘E você é nervosa, você não pode...’. Mas, por mim, eu tinha trabalhado” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

Nas falas acima, a ausência de uma atividade laboral/de estudo não é determinada apenas pelas limitações impostas pela doença em si, mas também pela falta de estímulo por parte de pais e maridos, que usam a doença como justificativa. E ficar sem estudar/trabalhar dificulta as chances de independência, autonomia, emancipação; realça os papéis socialmente destinados a estas mulheres como, por exemplo, o seu confinamento ao espaço doméstico. Porém, há companheiros que incentivam as mulheres ao trabalho/estudo, inclusive enquanto potencial terapêutico para lidar com a doença:

“Ele (atual namorado) ajuda, ele é gente boa. Ele sabe do problema, ele conversa comigo, ele diz p’ra fazer as coisas... Ele perguntou se eu ‘tava trabalhando. Eu disse que não. Aí ele disse: ‘-Ah, é porque tu ‘tá cuidando do teu problema lá no serviço do CAPS, né?’. Eu disse: ‘-É, eu tenho que ir pro CAPS’. ‘Pois vai, te cuida, mas faz alguma atividade também’. Ele me incentiva, fala p’ra pegar um livro e estudar” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Eis que a esfera do trabalho surgiu como uma das mais afetadas pela presença da doença mental. E de forma mais intensa para os homens. Apesar das transformações tanto nas relações de gênero, quanto no mundo do trabalho, alguns mandatos sociais permanecem. Um exemplo disso é, conforme Velasquez (2009), a preocupação que certos homens têm atualmente de não apenas prover (aspecto de permanência), mas também de demonstrar mais preocupação com a esposa e com a criação dos filhos (aspecto de transformação). Porém, neste estudo, o papel de provedor, mesmo quando atrelado à paternidade, parece ainda imperar de maneira forte acima de outras exigências. Por isso, gera sentimentos de autodesvalorização quando a doença limita a atividade laboral. E isso acontece, segundo Zanello, Fiuza e Costa (2015), como uma espécie de luto pela virilidade laboral perdida. Não produzir e não consumir agrava o

sofrimento masculino. Já as mulheres mencionam com menos ênfase a esfera do trabalho remunerado fora do lar, o que pode ter relação com o fato de que, para muitas, o espaço privado ainda continuar sendo o principal cenário de suas ações.

6.1.5 Impactos da doença mental na esfera afetivo-sexual

A doença mental interfere também nos relacionamentos afetivo-sexuais. Vários entrevistados sentem dificuldades na manutenção de suas relações ou em iniciar relacionamentos. Também são relatados efeitos colaterais dos medicamentos sobre o desempenho sexual. Ainda, há os casos que referem sentimentos de insegurança, medo e angústia que comprometem a vivência afetivo-sexual e isto está associado com experiências passadas causadoras de sofrimento psíquico.

Tanto homens, quanto mulheres contam que a doença prejudica os relacionamentos afetivo-sexuais estáveis. Alguns se separaram de seus respectivos companheiros/as. Outros, apesar de ainda viverem uma relação, relatam problemas diários e a doença é uma ameaça constante. Em todos os casos, percebe-se que as implicações da doença em si, nomeadamente os sintomas e a rotina de tratamento, rebatem diretamente sobre a relação com o/a companheiro/a:

“O relacionamento com ela (ex companheira) era ótimo e começou a desandar quando a doença aflorou [...] O término do meu casamento foi porque ela não ‘tava aguentando mais. Ela não ‘tava aguentando mais a Alexandra sem sono, eu não ‘tava dormindo mais. Eu atrapalhava o sono dela. Eu passava a noite sem dormir, não conseguia trabalhar mais, brigava” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

“Ela (companheira) não entende completamente, inclusive, ela só vive ameaçando que vai embora, que vai me deixar [...] O problema é que eu não tou disponível p’ra dar atenção, eu fico na minha, eu não tou disponível [...] Eu me sinto mal com as ameaças que ela faz, mas não é medo de perder ela. Eu acho que ela sofreu muito do meu lado. Impacta (a doença mental) demais a nossa relação. Eu sou uma pessoa que quando encontro algo que me distrai aquilo ali se torna um vício. Hoje é a internet. Eu tento me distrair por causa do transtorno, acabo ficando demais numa coisa e esquecendo outras. Eu acabei me interessando demais por política, eu vivo no mundo da política opinando, discordando. Eu sou uma pessoa que discordo muito e ela se incomoda porque ela diz que, enquanto eu quero salvar o mundo, o casamento ‘tá uma droga. A gente nem leva mais uma vida de casado mesmo, o nosso casamento é só aparência p’ra família, p’ros amigos. Não existe casamento. Eu acho que me sinto incompleto, em solidão. O problema ‘tá em mim. Não faço carinho nela e, o pior, que eu sinto solidão. Com tudo isso, ela me cobrando, cobrando, eu sinto solidão. Ela queria um marido, um namorado, que conversasse com ela, queria que eu fosse tudo isso e eu não sou nada disso. Não tenho vida amorosa. Todo casamento as pessoas precisam de um casamento romântico p’ra se sentir completo, feliz” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Crispim, por sua vez, chegou a avisar a ex esposa sobre seus problemas de saúde mental antes da união. Percebe-se que ele tenta se diferenciar de seus pares ao relatar que, mesmo tendo um problema, não era pessoa de morder, bater, agredir ninguém, isto é, características associadas com o estereótipo da periculosidade e da agressividade quanto à

doença mental. Goffman (2004 [1963]) refere que indivíduos estigmatizados possuem a tendência de estratificar seus pares de acordo com o grau de visibilidade e imposição de seus estigmas. Mas ser “diferente dos outros” (que sofrem com problemas semelhantes, mas portam atributos que denunciam mais a enfermidade, ou seja, os sinais de agressividade e periculosidade que Crispim afirma não manifestar) não foi suficiente para sustentar o relacionamento de Crispim, que relata que a ex esposa “cansou”:

“Quando eu casei, eu avisei logo: ‘Oh, vou logo te dizer! Eu tenho uns problemas, mas meus problemas não é problema de eu morder ninguém, rasgar ninguém, de eu bater em ninguém, de fazer nada, porque eu não tenho agressão com ninguém’ [...] Mas eu acho bem que ela fez foi cansar [...] ‘É, mas eu não ‘tou nem aí, quem quiser morrer, que morra, eu vou cuidar da minha vida, vou cuidar é de mim e me divertir’. ‘Pois, se você queria se divertir já na idade que você casou, por que é que você não disse que queria se divertir? Eu tinha procurado outra ou então tinha me saído ou, então, tinha deixado você curtir sua vida e eu curtir a minha’ [...] Aconteceu depois de novo. Depois que ela foi pra festa, com uns quinze dias, ela chegou e disse: ‘Eu vou te dizer outra logo p’ra tu saber, p’ra completar. Eu não sou mais mulher p’ra ti, não. Eu vou ser mulher só p’ra fazer as coisas p’ra ti: lavar, engomar, remendar, fazer comida, ir atrás dos teus remédios, te levar p’ra hospital e trazer, mas sou mais mulher p’ra ti, não’ [...] Não sei se ela achava que eu vivia doente, pensava que eu ia ficar doente p’ro resto da vida, todo tempo. Aí, decidi que não queria ser mais minha mulher, só mesmo p’ra fazer as coisas” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Outro dado surgiu em ocasião na qual eu participava de uma atividade em grupo no CAPS II. Um usuário do sexo masculino, que não chegou a ser entrevistado, veio até mim e contou que a esposa estava expressando o desejo de romper o casamento porque ele era uma pessoa muito complicada (por conta da doença). Pediu a minha ajuda para lidar com a situação. Queria “fazer ciúmes” para a esposa e disse algo do tipo: *“Ela vem aqui mais tarde. Fica perto de mim p’ra ela ver que, mesmo eu sendo doente, eu posso estar ao lado de uma moça jovem e bonita. É pra ela aprender a me dar valor!”*. Percebe-se aqui o jogo entre atributos desejáveis e indesejáveis de gênero, respectivamente: a “mulher jovem e bonita” *versus* o “homem doente” (atributo que ameaça o relacionamento). Para o usuário, ter uma mulher com tais atributos ao lado constitui uma maneira de enaltecer a própria imagem. Significa mais prestígio, mais poder.

O caso de Alexandra foi outro no qual atribui-se à doença grande peso para o término do relacionamento:

“Eu cheguei a agredir ela (ex namorada) de bater, bati nela sem motivo, sem motivo. Ela, fisicamente, não reagiu p’ra me bater. Ela só fazia chorar. Eu pedia: ‘Perdão, perdão. Nunca mais isso vai acontecer’. Mas acabou se repetindo de novo. Foi quando eu mesma me conscientizei, pedi p’ra me separar e ela aceitou direitinho. Ela achou até melhor a separação. Me deu todo o apoio p’ra que eu viesse p’ra casa da minha mãe p’ra me tratar. Aí, me chamou de volta uns dois meses depois, só que ainda ‘tava recente, eu tinha começado a tomar remédio recente, o tratamento recente. Aí, eu voltei, mas, quando eu voltei, continuou a mesma coisa, as mesmas agressividades. Aí, eu voltei de novo p’ra cá e, por aqui, fiquei. Não fui mais lá” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

A história de Alexandra também é importante para discutir a questão da violência entre mulheres lésbicas. A entrevistada assume ter sido autora de violência contra a ex companheira.

O caso sugere a necessidade de se problematizar o mito da não violência feminina, bem como a horizontalidade nas relações homossexuais lesbianas.

No geral, além de prejudicar relacionamentos atuais ou, ainda, ter tido peso no término de um relacionamento passado, a doença dificulta a construção de novos vínculos afetivos ou experiências sexuais. Na fala de Arabela, por conta das características próprias da pessoa com uma doença mental, que percebe como pessoas “menos maduras”, “mais complicadas”, é melhor se relacionar com um “diferente”, isto é, alguém que não possua o diagnóstico psiquiátrico ou, como coloca Goffman (2004 [1963]: 92), alguém que esteja “do outro lado da linha”:

“Quero arrumar um namorado, mas eu não queria daqui, não. Eu quero uma pessoa mais madura, uma pessoa que me entenda. Eu quero uma pessoa daqui de Parnaíba, eu não quero é daqui do CAPS. Não é que eu tenha preconceito com as pessoas daqui do CAPS, mas é porque, assim, eu já tenho o meu problema, aí, se a pessoa tiver problema também... Juntar os dois problemas não dá certo. Mas eu quero arrumar um namorado” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

Em outros casos, a dificuldade de estabelecer um relacionamento tem, mais uma vez, relação com o estigma. Pode estar influenciado pelo temor da contaminação. O estigma da pessoa com a doença mental pode contaminar a identidade social do “normal” que seja visto com ela (Goffman, 2004 [1963]). Tem relação também com o autoestigma. Alguns entrevistados acreditam que, por conta de sua condição, os outros (“normais”) não aceitariam um envolvimento. Às vezes, eles mesmos não se reconhecem enquanto pessoas capazes de iniciar um novo relacionamento seja porque são “feios”, “difíceis”, “instáveis”. A sua imagem de si e perante os outros é negativa e isto constitui uma barreira para novas experiências:

“Às vezes, eu me acho feia. Porque meu irmão mais velho disse assim: ‘Você nunca vai arrumar ninguém porque você é louca e feia!’” (Arabela, F, 33 anos, solteira).

“Se eu chegasse numa garota... Eu já tenho o teste disso. Eu tentei com uma garota evangélica e ela se afastou da igreja. Preconceito. Ela sabia... Existem muitas garotas na minha igreja, mas eu não vou tentar com elas senão elas vão se afastar [...] Eu tenho sentimentos por uma menina. Uma vez, eu escrevi uma carta p’ra ela, ela abriu e eu disse que era p’ra ela responder a carta, mas ela nunca respondeu. Ela é uma garota simples, não é usuária de remédios. [...] Existe uma barreira entre mim e uma garota mais nova lá de fora. Eu não consigo, não consigo. Não consigo ter uma força de chegar numa garota [...] Assim, existe uma barreira entre eu, para chegar numa garota que eu acho atraente, bonita, e chegar p’ra ela dizendo que eu tenho sentimentos por ela. Com certeza, ela não ia me aceitar por ser usuário de remédio, o que significa que eu tenho alguma doença. Talvez a barreira também esteja na minha cabeça [...] Mas ela não dá atenção p’ra mim porque ela já sabe que eu tenho problema. Talvez seja, talvez não...” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Os relatos dos entrevistados expressam que a doença e a carreira moral de doente afetam o domínio afetivo-sexual. Frequentemente, estes homens e mulheres não estão sozinhos porque querem, mas porque não estão em “pé de igualdade” com as outras pessoas no que tange

à interação social: o estigma ofusca em grande parte o que são para além da enfermidade e prejudica o seu desempenho social. Vale ressaltar que muitos também não desfrutam de uma vida social, o que, por questões práticas, dificulta conhecer e estabelecer vínculos com pessoas novas, sejam estas amigos ou potenciais namorados/as, cônjuges. Percebemos que muitos valorizam um determinado modelo de família – a nuclear –, mas viver com o diagnóstico psiquiátrico diminui bastante o seu capital no contexto de um mercado matrimonial.

De maneira semelhante, no seu trabalho sobre a vida cotidiana de pacientes de um hospital psiquiátrico pós-internamento, Salles e Barros (2009: 15) perceberam que um dos aspectos que sofreram grandes impactos da enfermidade/internamento é o dos relacionamentos amorosos. Segundo as autoras, o desejo de expandir os relacionamentos com ênfase na vontade de namorar e constituir a própria família, fazer vínculos estáveis, ter com quem contar, é algo presente nas falas de seus entrevistados. A carência relacional que vivenciam é reflexo da exclusão social, da perda de papéis e interações sociais.

Há uma particularidade no caso de homens quanto à esfera afetivo-sexual. Alguns demonstram incômodo ao mencionar o quanto a atividade sexual é diminuída ou mesmo cessada. Isto acaba contrariando ideias do senso comum que veem as pessoas com doenças mentais ou como sendo assexuadas ou tendo uma sexualidade fora do controle que precisa ser coibida, fatores que ajudam a explicar a negligência na atenção dispensada a esta população (Barbosa, 2011). A diminuição ou ausência de atividade sexual para os homens se deve especialmente a dois aspectos: à piora do desempenho sexual (perda ou diminuição do desejo ou dificuldades no ato sexual, frequentemente atribuídas aos medicamentos) e à dificuldade de encontrar parceiras/os (por conta do estigma, do autoestigma e até do autoisolamento que muitos experimentam). Diz Camilo: *“Fiquei trancado dentro do quarto lá em casa com uma depressão... Sem conversar com uma mulher bonita que passasse na rua, nem nada. Nunca mais tive uma namorada, não tive com ninguém mais. Assim que eu me isolei do mundo”* (Camilo, M, 40 anos, separado).

Quanto ao comprometimento do desempenho sexual, outros estudos revelaram dados parecidos. Barbosa (2011), ao realizar entrevistas em profundidade com 22 homens com diagnóstico de transtorno mental severo e persistente, percebeu que os sujeitos mencionavam queixas sobre a falta de libido e a dificuldade para o ato sexual. Ambas se constituíam fatores de tristeza para os homens e muitos deixavam de tentar se relacionar sexualmente com receio de passar por constrangimentos. Algo assim também foi verificado na nossa pesquisa. É possível que isto tenha relação com o predomínio de uma cultura, quanto às sexualidades masculinas, que, segundo Welzer-Lang (2001), prioriza a ereção enquanto indicador de

excitação e a ejaculação enquanto gozo. Sexualidades qualificadas de passivas ou “não-penetrantes” são menos valorizadas. De maneira similar, Saffioti (1987) coloca que, inclusive para os homens, a sexualidade masculina foi culturalmente genitalizada. Muitos sequer sabem que o próprio corpo possui outras zonas erógenas além dos órgãos genitais. Ironicamente, pagam um preço pelo poder que desfrutam (idem).

Convém destacar os casos nos quais homens conseguem ter relações sexuais heterossexuais. No entanto, percebe-se que elas ocorrem com mulheres com as quais a possibilidade de conseguir sexo parece ser maior por serem menos valorizadas quando pensamos em termos de hierarquia social: mais velhas que eles ou profissionais do sexo, por exemplo. Também eles próprios se veem e são vistos com menos valor dentro de tal hierarquia. Claro que há diversos marcadores sociais (de classe, raça/etnia, escolaridade, etc.) que fundamentam o quanto “se vale” no mercado amoroso/sexual. Mas, entre estes homens, a desvantagem em tal mercado é associada especialmente com o atributo desfavorável que é o diagnóstico psiquiátrico (junto com o do HIV, no caso de Camilo).

“Me incomoda porque a gente, às vezes, quer ficar com uma menina e não pode. Só pode pagar mulher de ambiente. Já paguei porque, com as outras, eu não tenho contato” (Camilo, M, 40 anos, separado).

“As outras (mulheres) da minha idade, geralmente, eu não consigo... Existe uma barreira entre mim e elas por causa do problema que eu tenho. Porque talvez eu vejo elas diferentes, fecham a cara p’ra mim. Vejo meninas bonitas com homens feios... Eu pensei: já que elas querem homens feios e eu sou feio, vou tentar. Eu me acho feio, não me acho bonito. Nem tentei. Fui ter relações sexuais com mulheres mais velhas que eu. Relação sexual mesmo” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Percebe-se, assim, o impacto que a doença mental causa nas identidades masculinas através da sexualidade. Nossos resultados são semelhantes aos encontrados por Modena *et al.* (2014) em sua pesquisa sobre os sentidos atribuídos por homens ao adoecimento e tratamento oncológico. Os autores concluem a relação intrínseca entre atividade sexual e exercício das masculinidades. A redução da primeira implica na subtração ou perda da segunda, em especial para os pacientes submetidos à prostatectomia. As informações da nossa pesquisa coincidem ainda com o exposto por Zanello, Fiuza e Costa (2015). Segundo os autores, os homens de sua pesquisa, usuários de um serviço de saúde mental em Brasília, enunciaram algumas queixas: não exercem a atividade sexual ou, quando exercem, não conseguem chegar ao ápice; não tiveram muitas mulheres; ocupam posição passiva no ato sexual. Sobre esta última, relembremos o caso de Beto, que sofre por pensar que os outros (vizinhos, pessoas da igreja) o veem como homossexual: “*Eles disseram também que vão proibir as garotas de eu encostar nelas. Esse satélite é uma barreira. É a doença, mas a doença é causada por esse satélite. Eu nunca fiquei*

melhor. Tive relações com mulheres, mas o satélite continua. Eu não entendo isso, não...” (Beto, M, 30 anos, solteiro) . Isto, de alguma maneira, pode ser influenciado pelo fato de ele não desempenhar a sua atividade sexual conforme os preceitos de uma “sexualidade de comedor” que, segundo Zanello, Fiuza e Costa (2015: 244), corresponde àquela na qual o homem ocupa uma posição ativa.

Conforme Gomes (2008), as narrativas sobre a experiência sexual frequentemente são demarcadas por diferenças entre gêneros e estruturadas por dois eixos. O primeiro, muito comum no universo brasileiro e partilhado por diversos segmentos sociais, diz respeito à representação do homem como ser sexualmente ativo e permanentemente desejoso de sexo (em contraponto, tais características não estão associadas com as mulheres). O segundo remete à atividade sexual masculina, vista como essencial para a constituição da virilidade, como um aprendizado técnico. Pode-se compreender, portanto, como a questão da atividade sexual afeta os homens heterossexuais de forma diferente das mulheres no nosso estudo. Tal atividade é um mandato de gênero.

Um último aspecto quanto à vivência dos afetos e da sexualidade é a própria intenção de não se relacionar. Diz respeito às ocasiões em que homens e mulheres, por conta de algum evento fragilizador da saúde mental, não querem mais ter relações afetivo-sexuais. Nas histórias de duas mulheres, percebe-se que a relação amorosa e/ou o ato sexual passaram a ser significados enquanto coisas ruins depois de terem sido alvos de violência. Uma violência que está sempre presente no cotidiano através do medo de que ela aconteça novamente. Uma das entrevistadas relata não ter mais interesse em firmar relacionamentos afetivo-sexuais enquanto a outra descreve a dificuldade e o medo que teve de começar a ter relações sexuais com o marido por conta dos abusos sofridos no passado:

“Nunca mais confiei em homem só por causa disso. Nunca tive essa vontade de ficar casada depois do que eu passei. Antes, eu sonhava, mas hoje não dá certo. Não é todo mundo que tem paciência, que compreende. Não sinto falta de ter marido, não quero ninguém p’ra ficar me dando carinho, me beijando. Só quero carinho da mamãe e do meu filho” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

“Eu gostei dele também (logo que conheceu o atual marido). Ele disse assim: ‘Eu posso te pedir uma coisa?’. Mas eu fiquei com medo por causa daquela história (dos abusos sexuais cometidos pelo ex professor). E eu disse assim: ‘Pode, não, porque eu tenho medo’. Ele disse: ‘Só queria te pedir um selinho, um beijinho’. ‘Pois, tá bom, se for só um beijinho, pode’. Ele me deu só um beijinho e a gente foi embora. Eu fui na bicicleta e ele foi me acompanhando na moto dele [...] Pegou muito p’ra mim, me maltratou (a experiência de abuso). Também foi muito difícil p’ra mim ter relação sexual com o meu marido. Fiquei com medo nas primeiras vezes, foi muito difícil, complicado. Não... Nunca perguntou, nem imaginava (o marido, a respeito da violência sofrida). Ele só achava que eu ‘tava nervosa porque eram as primeiras vezes, né? Mas não era, não” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Alguns homens também não desejam envolver-se amorosa e sexualmente. Crispim manifesta não querer relações sexuais fora de um relacionamento estável enquanto Miguel se recusa a construir um novo relacionamento amoroso nos moldes românticos.

“Não sinto nem tanta falta de relação porque esse negócio de relação você sabe... Do jeito que as coisas estão hoje. Mulher demais, mulher sem homem, mulher sem domínio, tem demais mulher sem domínio nesse mundo. Mas não é bom desse jeito também porque é arriscado a gente pegar uma doença contagiosa e lá se vai. Com toda prevenção, é perigoso. Se a gente possuísse a mulher da gente, tinha mais confiança, mas não tem, é o jeito se conformar” (Crispim, M, 55 anos, separado).

“Eu não confio mais em mulher, a realidade é essa. P’ra mim, eu não confio mais em mulher porque eu dei de tudo p’ra mulher que eu amava e simplesmente eu fiquei com medo de mulher. Eu já não queria antes de eu casar, que eu não queria casar, resolvi me submeter, mas agora que aconteceu isso, me deu aquele medo, não quero mais!” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Como visto nas falas acima, certos homens e mulheres recusam ou têm medo de envolver-se afetivo-sexualmente com outras pessoas. Isto é de alguma maneira determinado por experiências fragilizadoras da saúde mental no passado. Leonor e Bárbara vivenciaram situações de violência sexual cometida por homens de seu convívio e isto deixou marcas profundas. Crispim frisa a vida sexual ao referir preocupação com o contágio de doenças. Embora demonstre uma certa racionalidade sanitária (a preocupação com os riscos à saúde), associa isto diretamente aos enredos sexuais de mulheres “sem domínio”, isto é, mais vividas sexualmente. Miguel, por sua vez, ressalta não confiar mais nas mulheres após ter sofrido com a traição por parte da ex esposa. Percebe-se nas falas de Crispim e Miguel um receio quanto ao risco de desonra que, segundo Vale de Almeida (1996), vem do sempre hipotético adultério da mulher.

Dito isto, quanto à ausência/diminuição da vida afetivo-sexual associada com o sofrimento psíquico, as experiências femininas são marcadas pelos comportamentos violentos de homens do seu convívio. Já as experiências masculinas são marcadas por comportamentos de mulheres por eles considerados desviantes (como uma vida sexual ativa fora de vínculos amorosos e a infidelidade).

6.1.6 Impactos da doença mental na rede social: vida comunitária, amizades, lazer

Os impactos da doença também foram sentidos na rede social. Como afirmam Salles e Barros (2013: 2132), “isolamento social e transtornos mentais severos e persistentes parecem andar de mãos dadas”. O processo de exclusão é uma realidade de muitos usuários da saúde

mental e até vivendo na comunidade é comum que estejam isolados, segregados da convivência com outras pessoas (*idem*).

Por conta dos sintomas enfrentados, ou ainda pelas consequências do tratamento (efeito colaterais de medicamentos), alguns entrevistados têm as suas interações sociais prejudicadas. Miguel, por exemplo, relata ter pouca paciência e atribui isto tanto à doença, quanto aos remédios tomados. Nuno, por sua vez, ressalta a mudança que a doença causou na própria personalidade: antes, comunicativo e sociável; atualmente, reprimido e pouco sociável. Leonor é também destaca como os sintomas abalam as possibilidades de lazer. Em todos os casos, a tendência é o isolamento social:

“Eu até ‘tô na condicional porque eu ‘tava tomando remédio lá em (cidade) e uma certa pessoa falou umas coisas comigo e eu tenho o pavio curto por causa dos remédios também. Eu agredi ele e e ‘tô pagando até hoje por causa disso. Foi quando eu saí, foi no mercado. Ele ficou com chacota com a minha cara, não me conhecia, me provocou e eu bati nele. Me senti humilhado. Fiquei alterado porque eu tenho pouca paciência, eu não consigo ficar quando eu vejo que as pessoas estão falando coisa de mim. Ele deu queixa e deu nisso tudo. Eu não tenho convivência social muito por causa disso. É do problema (doença). Tenho receio de me envolver nessas situações de novo” (Miguel, M, 32 anos, divorciado).

“Eu participava de programa das rádios FM comunitária de Parnaíba, vários programas eu participei, ao vivo, no estúdio, me comunicava com as pessoas normal [...] Porém, na época que eu participava desses programas de rádio, o transtorno era menos, era antes de dar a crise forte, eu era muito comunicativo. Eu acho que hoje eu sou meio reprimido, eu acho que houve um retrocesso. Eu não sou mais aquela pessoa tão solta como eu era antes” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Olha, sabe o que é que eu tinha vontade de fazer? Eu tinha vontade de ir p’ra praia, de sair, não por diversão, só mesmo p’ra relaxar, olhar a paisagem. Mas eu não me acho com capacidade por causa da doença. Eu tenho medo de estranhar as pessoas que eu não conheço e eu tenho medo também de as pessoas me levarem e esquecer de mim. Eu tenho medo demais” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Mas nem sempre os abalos na esfera do convívio social se devem à doença em si. Como destacam Salles e Barros (2013), o isolamento não deve ser considerado apenas como uma característica da doença, mas como consequência da condição social que tais pessoas vivem. Tal como ocorre nos âmbitos da sexualidade, do trabalho e da família, o estigma decorrente da carreira moral de doente fragiliza o manuseio de amizades (há relatos de afastamento ou rompimento total) e a construção de novos vínculos:

“As minhas colegas me abandonaram porque foi o tempo que eu adoeci” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Tinha com aquela colega e hoje não tem, não. Eu não tenho amizade porque eu acho que os outros não me suportam por causa da doença. É preconceito, tem muito preconceito, eles têm muito bullying... ‘Eu não vou ficar perto dessa doida, dessa doida, aí, eu não quer ficar perto, não’. Quando eu era adolescente, mocinha, as pessoas olhava p’ra mim, mas era com um pouco de receio por causa da doença que eu nasci com ela” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Em alguns casos, os próprios entrevistados referem ter tomado a iniciativa para se afastar de antigos contatos. Isto ocorre, muitas vezes, com o objetivo de evitar situações

estigmatizantes: *“Eu que quis parar de falar com elas (colegas). Não me sinto à vontade p’ra conversar com algumas pessoas porque eu fico em silêncio, porque eu sinto que algumas pessoas conversam comigo com aquele receio de mim [...] E as pessoas não querem conversar com doido.”* (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Alguns entrevistados mantêm contato basicamente com alguns membros da própria família. Outros conservam relações, mas têm suas atividades bastante atreladas ao âmbito do CAPS, com outros usuários. Uma minoria tem uma vida social mais abrangente com relacionamentos mais preservados e/ou participa de forma mais assídua de atividades no território onde vive. Entre estes sujeitos, predominam mulheres e, como será visto, os vínculos mais densos decorrentes dessas atividades (na igreja, na ginástica) funcionam como recurso terapêutico.

Por outro lado, convém destacar algumas particularidades das experiências masculinas quanto ao impacto da doença nas redes sociais. Embora algumas mulheres tenham relatado queixas parecidas, grande parte dos homens externalizou forte incômodo por terem prejudicada a sua circulação social. Revelam que deixaram de fazer várias atividades em tempos passados realizadas principalmente na companhia de outros homens e fora do âmbito doméstico:

“Eu jogava futebol, eu ia caminhando com os colegas até o campo, depois voltava p’ra casa, ficava naquela conversa. Não faço mais. Passo mal, taquicardia, mal estar. Tinha, mas perdi muitos amigos. Na época, que eu trabalhava, os amigos ligavam p’ra mim, estavam todos comigo. A gente conversava, jogava bola, fazia planos. Eu tinha até planos de ingressar na rádio comunitária, de ser profissional e esse sonho já diminuiu muito. Nunca fui de ir pr’as festas. Assim, eu bebia com os amigos, mas eu nunca fui de ir p’ra festa, era mais num bar perto de casa ou perto da casa de um parente lá longe. Hoje em dia, não faço mais isso, nem em casa, não bebo mais nada” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Antes, eu cantava todo tipo de música, ia pr’as festas, dançava com as mulheres. Festa de forró, seresta. Nunca mais fui. Outro dia que eu tomei três cervejinhas na rua foram entregar p’ra minha irmã e, desde esse dia, ela não me deu mais o dinheiro. Ela não quer que eu beba que ela tem medo de eu adoecer da cabeça. É um baque, essa vida. Eu era mais extrovertido, mais alegre, vivia com um monte de gente... Na minha casa tinha muita coisa, na geladeira não faltava cerveja. Gostava de beber” (Camilo, M, 40 anos, separado).

Os relatos acima mostram a falta que alguns homens sentem falta de certas ocasiões de lazer e/ou convívio social. Identificamos que o futebol, o uso de bebidas alcoólicas, ouvir determinados estilos de música, frequentar espaços específicos, paquerar as mulheres – geralmente na companhia de outros homens – são elementos que configuram a construção da masculinidade entre alguns entrevistados neste estudo. E isto envolve certas particularidades.

Welzer-Lang (2001: 462), com base em Godelier, trata da “casa-dos-homens”, isto é, um conjunto de lugares e espaços onde se atribui aos homens a exclusividade de uso/e ou de presença. Segundo o autor, a “casa-dos-homens” constitui ainda um lugar onde a homossociabilidade pode ser vivida e experimentada em grupos de pares. Não se restringe à

socialização infantil ou juvenil, mas está presente também na vida adulta. Espaços como cafés, clubes e até a prisão são peças da “casa-dos-homens” e fundamentam a necessidade de distinguir os homens dos fracos, das femeazinhas, dos “veados”, ou seja, todos aqueles que são considerados como “não-homens”. Geralmente, é nestes espaços e praticando certas atividades que, segundo Welzer-Lang (2001), homens aprendem o saber ser homem.

Entre alguns de nossos entrevistados, faz falta a homossociabilidade desfrutada em lugares/espços da “casa-dos-homens” quando acometidos pela doença mental. O bar é um deles. Percebemos na fala de Camilo, por exemplo, como tal espaço foi algo tão comum até determinado momento de sua vida: era onde bebia, participava de festas, ouvia música, flertava com as mulheres, tinha contato com outros homens. Vale de Almeida (1995, 1996), em seu trabalho sobre uma aldeia alentejana em contexto português, percebeu de que maneira espaços intrassexuais como bares, cafés e tabernas estão presentes na construção da masculinidade. Lá tomam-se bebidas (especialmente o álcool), comem-se petiscos, joga-se cartas, baralhos, matraquilhos, compete-se, conversa-se – de forma geral, a frequência é masculina, conhecida entre si, interage entre grupos e nunca solitariamente. Estar nestes espaços de sociabilidade fundamenta positivamente as identidades masculinas por serem construídas entre iguais sociais. Por outro lado, a domesticidade e a solidão são mal vistas e consideradas sintomas de antissociabilidade e de virilidade diminuída (idem).

Outro aspecto que pode ser considerado uma “casa-dos-homens” é o âmbito do trabalho. Com o afastamento das atividades laborais, conforme visto em tópico anterior, homens acabam tendo prejudicada a sua sociabilidade, que frequentemente ocorria no lugar de trabalho ou a partir de lá (alguns saíam para se divertir com colegas de trabalho após o expediente):

“Poucos sabem o que se passa comigo. Não ajudam. Muita gente se afastou de mim. É porque eu acho que eles só se afastaram de mim porque eu também me afastei deles. Eu, quando trabalhava, eu era mais próximo das pessoas, até porque quando a gente trabalha, a gente fica cheio de vida, tem alegria, tem satisfação de viver, de ser útil. Aí, eu fiquei sem trabalhar, tive que pedir p’ra sair do serviço, não vi mais ninguém e me isolei também” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Além da casa-dos-homens (Welzer-Lang, 2001), dos espaços intrassexuais (Vale de Almeida, 1995), dos locais de culto (Falconnet e Lefaucheur, 1977), há certos acessórios que caracterizam uma “verdadeira” vida de homem. Como afirmam Falconnet e Lefaucheur (1977), há produtos “femininos” e “masculinos”. O álcool pode ser pensado como um produto

“masculino”¹⁰⁷ e, além disso, “heterossexual”. Camilo, com o diagnóstico psiquiátrico, precisara deixar de beber. É possível perceber que a prática do consumo de álcool, mais que apenas uma questão de gosto, é determinada também por estratégias identitárias. Beber álcool colocava os entrevistados em “pé de igualdade” com outros homens, “normais”. Como afirma Welzer-Lang (2001), há uma articulação de prazeres: prazer de estar entre homens e prazer de poder legitimamente fazer como os outros homens.

Assim, a doença mental, por fazer com que alguns homens se retirem da casa-dos-homens e se recolham à própria casa, muitas vezes isolando-se, gera uma perda de poder social. Com a retirada, há uma diminuição do grau de pertencimento ao mundo masculino. Por sua vez, há aproximação do mundo tido como feminino e das crianças.

Além de diminuírem ou cessarem a frequência em certos espaços/de certas práticas, outro dado que merece destaque diz respeito à maneira como os homens se relacionam com os seus grupos de pares. Quando questionados sobre como eram/são as suas relações de amizade com outros homens, percebe-se que, em alguns casos, o convívio acontece mais no lugar de trabalho ou nos bares. Mais para beber e falar de assuntos como futebol, por exemplo, e menos sobre questões pessoais ou sentimentais. Em outras palavras, tal vínculo tem mais a ver com a enformação de certos aspectos de construção da masculinidade do que com sentimentos de empatia, apoio mútuo e confidências. Eis o relato:

“Não sabiam (os amigos sobre o seu problema). Porque, quando eu procurei o tratamento, eu confiei no médico, conversar com médico, psicólogo, fui desabafando p’ra eles. Então, não vi necessidade de contar o meu problema p’ra colega, p’ra amigo porque eu imaginei que nenhum deles ia ter a capacidade de me ajudar, não iam entender, iam achar que eu era louco. Achei melhor não falar nada” (Abel, M, 39 anos, casado).

Entre os homens, apenas Iuri sustenta atualmente relações de amizade mais estáveis com pessoas de fora da família. Estas, por sua vez, são mulheres. É com elas que ele sente mais afinidade:

“Eu tenho amigas, a dona (também usuária do CAPS). Eu tenho mais amiga mulher que homem. Eu me dou bem, interajo super bem com elas, converso com elas. Eu tenho mais coisas em comum com elas [...] Algumas sabem e algumas não sabem porque eu não conto as minhas coisas. Não gosto de contar minhas coisas p’ra ninguém, não. Algumas coisas eu conto, algumas eu não conto. As que sabem, me ajudam muito. Elas perguntam como eu ‘tou,

¹⁰⁷ As mulheres têm cada vez mais se tornado consumidoras de variadas substâncias psicoativas, mas os homens ainda são os que mais as consomem, tanto que a publicidade (por exemplo, no caso de substâncias lícitas como o cigarro e o álcool) ainda é extremamente voltada para o público masculino e, mais ainda, para o masculino heterossexual, vide algumas propagandas para promover a cerveja brasileira Itaipava. Uma delas, um vídeo veiculado na televisão brasileira, mostrava uma garçonete com o nome de “Verão” (não por acaso, uma mulher com formas físicas conforme os padrões estéticos predominantes) circulando entre os frequentadores (homens) de um bar que comentavam e gesticulavam (com expressões bem sugestivas de interesse sexual): “Vai, verão! Vem, verão!”. Link para o vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=64kqOYkfCsk>.

se preocupam, mandam eu andar devagar, eu tomar os remédios direitinho. Elas se preocupam” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Há casos nos quais a amizade não depende do gênero, mas da proximidade e do convívio, geralmente em espaços da rua. Deixar de frequentar a rua pela doença interfere na continuidade dessas relações:

“Eu tinha amizade com alguns homens e mulheres porque as nossas amizades, a base das nossas amizades é o nosso desprendimento de casa. Fulano me convida p’ra ir em outra cidade porque vai ter lá um futebol, uma vaquejada. Eu posso ir, eu vou porque amizade já renova. Mas se o amigo convida p’ra ir e eu ‘tou na situação que eu vivo hoje, como que a amizade vai renovar ou vai crescer? A gente tem que conviver. Aí, o amigo me convida ‘Vamos p’ra tal lugar?’ e eu digo ‘Não posso sair de casa porque eu ‘tou doente’” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Dito isto, no nosso estudo, verificou-se um prejuízo nas interações sociais anteriores e/ou dificuldade de estabelecer novos vínculos de amizade para grande parte dos entrevistados. Há empecilhos para se fazer presente em atividades da vida comunitária. Há, ainda, dificuldades de acesso ao lazer. Embora não estejam literalmente isolados por um muro de uma instituição total, como acontece na ocasião de um internamento psiquiátrico, e sejam usuários de serviços substitutivos como o CAPS, que pregam a inclusão das pessoas na comunidade, os entrevistados, em sua maioria, relatam o afrouxamento dos laços sociais associados com os próprios sintomas e/ou implicações do tratamento e, especialmente, com o estigma (quando os outros mantêm distância ou eles próprios se afastam para evitar situações estigmatizantes). A maioria sofre com a exclusão social. Quanto mais distante dos “outros”, mais aprofundada a sua condição de enfermidade. Para homens, um efeito da fragilidade dos laços está relacionado com a sua exclusão da vida na esfera pública e, mais especificamente, com o seu sentido de pertença ao mundo “masculino”.

6.2 Estratégias utilizadas para lidar com a doença mental: como se constituem os itinerários terapêuticos

Nesta seção, analisamos como os homens e as mulheres mobilizam uma série de estratégias para lidar com a doença mental. Consideramos que são, conforme Vasconcelos (2005: 223), estratégias de recuperação no sentido de enfrentar o sofrimento e incluem o tratamento formal (hospital, medicação, terapias, participação em serviços de saúde mental abertos – este último aspecto para todos por serem usuários do CAPS II), mas também tratamentos alternativos ou suporte informal (amigos, grupos religiosos e de autoajuda). Além disso, como sustenta o autor, o termo recuperação não necessariamente significa que a doença

desapareceu, que os sintomas sumiram ou que o funcionamento da pessoa foi restaurado totalmente. Quer dizer que, apesar das limitações e dependendo do suporte que possui, ela pode ter uma vida relativamente ativa com satisfação, desejo e participação social (idem).

Para entender como os entrevistados organizam as suas ferramentas de recuperação, utilizamos a noção de “itinerário terapêutico” (Alvez e Souza, 1999; Silveira, 2000; Argenta, 2010), que “é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltado para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (Alvez e Souza, 1999: 133). Ou ainda, consiste “em um conjunto de processos de busca de tratamento que se inicia com a constatação de uma enfermidade e passa por diversas etapas nas quais podem se atualizar diferentes interpretações para o sofrimento e possibilidades de cura” (Buchillet citado por Argenta, 2010: 197). Quando pensamos em itinerário, pensamos no percurso que nossos entrevistados trilham na busca por alívio ou cura para o sofrimento. Todos, mesmo sendo usuários do CAPS II, recorrem a outras alternativas e isto, por vezes, renova os sentidos que dão ao sofrimento/doença. Por exemplo, uma entrevistada que procurou auxílio em crenças religiosas como o candomblé e a umbanda misturava elementos biomédicos e religiosos para dar conta não apenas da definição do seu mal estar, mas confiava a ambos a possibilidade de recuperação. Como sugere Silveira (2000), os itinerários terapêuticos abarcam o uso múltiplo e ao mesmo tempo dos diversos recursos disponíveis na sociedade.

É neste sentido que consideramos, de acordo com Argenta (2010), que o itinerário terapêutico não é produto de um plano organizado e pré-definido. Ele se modifica, incorpora novas estratégias ou aborta outras. Reflete a particularidade da jornada de cada pessoa, mas, ao mesmo tempo, os aspectos sociais destas experiências. Os itinerários terapêuticos dos nossos entrevistados foram constituídos por estratégias de caráter mais formal (no sistema de saúde, como o tratamento biomédico principalmente em instituições de caráter manicomial e a frequência no CAPS II) e informal (suporte familiar, de amigos, práticas variadas como atividades laborais e criativas, lazer, espiritualidade/religiosidade, recursos da própria pessoa), e também sofrem influências de aspectos de gênero. Conhecer os significados que as pessoas dão às suas “lutas” com a doença mental proporciona a emergência do sujeito em sofrimento como ator no próprio processo terapêutico. Informa sobre as dificuldades em torno deste processo, mas também pode trazer à tona questionamentos, novas possibilidades, mudanças e vida.

6.2.1 Tratamento biomédico

Embora recorram a outras estratégias, o clássico modelo biomédico como via de recuperação quanto à doença mental é central nas vidas de todos os entrevistados. Todos tiveram, em algum momento, forte contato com tal modelo, alguns ainda na infância, o que pôde ser simbolizado pelo fato de vários entrevistados se referirem aos profissionais (médicos e outros) pelos nomes, demonstrando familiaridade e um contato duradouro. Nalgumas situações, transitaram por serviços como hospitais-gerais, serviços de urgência e emergência e, ainda, consultórios e/ou ambulatórios de psiquiatria, ou seja, o foco estava nas demandas exclusivamente psiquiátricas e não havia integralidade neste tipo de tratamento.

“Mas a maioria das vezes eu ficava ou no SAMU ou no pronto-socorro. Tomava uma injeção e me traziam de volta p’ra casa” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

“Primeira vez na vida que eu procurei tratamento especializado foi só em 2013. Antes, eu só ia pr’os hospitais. A primeira vez que eu tomei remédio, esses remédios controlados que ainda hoje eu tomo, eu me lembro como se fosse hoje, foi dia 22 de março de 2013. Antes, eu sentia tudo isso, mas só fui ter acesso à saúde mental em 2013 [...] Várias vezes eu vim até pr’o hospital, tomava injeção, mas as únicas injeções que eles me davam eram aqueles calmantes, diazepam. Interessante que, quando eu chegava no hospital, que eu falava o que ‘tava sentindo, eles já sabiam que tinham que me aplicar um diazepam. Sempre achavam que era psicológico” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

A ida a estabelecimentos de saúde não especializados ocorreu em alguns casos pelo fato de os entrevistados desconhecerem a existência de serviços específicos de saúde mental como o CAPS. Noutros casos, recorreram a tais serviços quando estavam em uma situação de crise profunda e, conhecendo ou não serviços de saúde mental, estavam de alguma maneira impossibilitados de acessar outros estabelecimentos. Quase todos passaram por atenção especializada em consultórios/ambulatórios de psiquiatria. Sobre isto, relembramos que o espaço do CAPS II era anteriormente um hospital-dia com ambulatório e alguns dos entrevistados já frequentavam tal serviço.

O internamento em instituição psiquiátrica foi outra via marcante nos itinerários terapêuticos. Vários entrevistados, especialmente aqueles que receberam o diagnóstico psiquiátrico ainda jovens, passaram por experiências em instituições de caráter manicomial em Parnaíba, na capital Teresina e em outros estados brasileiros. Vários daqueles que vivenciaram a institucionalização estiveram internados diversas vezes ao longo da vida, o que ocorria, em muitas ocasiões, sem o seu consentimento ou conhecimento: “*Não sabia quando fui. Lembro que a primeira vez que foi, quatro homens p’ra me pegar e não conseguiam de jeito nenhum. Me levaram num carro todo tempo me enganando, dando coca-cola, dando uma coisa e outra e eu amarrado*” (Tomás, M, 59 anos, separado/divorciado); “*Já, várias vezes que eu fui internada. Nem sei quantas. Se*

eu falasse em suicídio, eles vinham e me internavam” (Flora, M, 28 anos, separada). Tais situações reafirmam o que o clássico livro de Goffman (1974 [1961]) descreveu sobre algo comum nas instituições totais: o internamento involuntário. Também contrariam o que estabelece a lei 10.216 (Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil) (Brasil, 2004a) sobre o fato de a pessoa ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental, recebendo o maior número possível de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento.

Os entrevistados descrevem a sua passagem pelas instituições psiquiátricas, por vezes, marcada por processos de mortificação (Goffman, 1974 [1961]):

“Também, na (instituição de caráter manicomial), foi o meu marido e a minha cunhada que me levaram. Fiquei vinte e cinco dias lá direto. Perto de mim, da minha cama, que eu me lembro, tinha uma mulher amarrada. Amarrada, mesmo. Lembro de trocarem a minha roupa, mas eu não conseguia me mexer. Mas eu lembro que ‘tavam mexendo na minha bolsa, que meu marido tinha levado as minhas coisas, a minha bolsa. Quando ele chegou lá, que me viu trancada no cadeado. Ele disse que eu ‘tava trancada num quarto com cadeado e ele foi e pediu p’ra me tirarem dali e botar no outro quarto, mas falaram que não podia [...] Eles davam muita injeção, comprimido. Não tinha dessas coisas que a gente tem por aqui. A gente era muito era trancado, era ficar lá só tomando remédio, deitado. Vinha o ‘de comer’. Se a gente comesse, bom. Se não comesse, tanto faz, como tanto fez. Não adiantava muito e é diferente do CAPS [...] Não vou dizer que lá é ruim porque eles recebem a gente conforme a crise que a gente tem. Como a gente ‘tava muito ruim, a gente era trancada. P’ra mim, eu não lembro de ser agressiva, só que o meu estágio era muito, não sei como, que eu ficava mais deitada do que andando, mais quieta do que qualquer outra coisa” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

“Só que tem uma coisa: não tinha diálogo como eu ‘tou tendo com você. O doutor (nome do médico) nunca foi homem p’ra sentar na mesa e conversar com um paciente. Ele era tipo assim: passava o remédio e pronto, deixava por conta própria. Ele nunca perguntou esse tipo de coisa que você ‘tá me perguntando agora, da minha história, entende? Como foi que eu nasci com essa doença? De onde foi que se criou essa doença? Eles não maltratavam, mas também faziam de conta que eu era um bichinho de estimação. Não dava credibilidade. Assim, não tem o bichinho de estimação? Você não banha ele? Não dá a comida dele? Depois que você banha ele e dá a comida dele, pronto, dá por esquecido. Você tá entendendo? O bichinho não vem? Não tem hora certa p’ra você dar de comer p’ro seu bichinho? ‘Vou dar de comer pro meu gatinho. Tá na hora, eu pego a vasilhinha e chamo pelo bichinho. ‘Xaneece’ (imita um gato). Ele não vem e não come? Aí, depois que você dá a comida dele, você bota ele de novo no lugar dele. Aí, era assim.” (Leonor, F, 47 anos, solteira)

“Não melhorei nada. Era ruim, muito ruim. Eu acho que era ruim porque eles não tinham... De manhã a gente tomava banho gelado, todo mundo junto, mulher com mulher. Aí, eu ficava nesse setor feminino, mas aí não tinha o que tem aqui (no CAPS), a conversa. Eles botavam eu, as mulheres, tiravam as roupas da gente, deixava a gente sem a roupa, colocava a roupa do hospital e quando a gente conseguia... Eu ajudei uma menina a fugir de lá. A gente tentava fugir porque a gente era mal tratada. Tinha gente que comia comida do chão. Tinha comida suficiente, mas eles jogavam a comida no chão. Não tinha as atividades daqui. Não, minto. Tinha uma atividade, sabe como? Vinha uma pessoa, voluntários e iam lá fazer brincadeira e tal, mas só uma vez no mês. Era muito pouco. A gente vivia dopada, da cama, comia um pouquinho, às vezes, porque fechavam a parte que dava acesso à rua, a gente ficava num pátio lá. Era preso mesmo, era tipo uma prisão. Agredir, não. Mas falava alto, brigava. P’ra falar a verdade, eu fiquei sabendo que tinha acontecido um incidente entre uma paciente e uma enfermeira, mas aconteceu de a minha irmã ter que ir assinar uma carta p’ra me tirarem de lá” (Flora, F, 28 anos, separada).

Os relatos acima mostram que, embora não tenham passado por agressão física, as entrevistadas referem uma série de aspectos vivenciados na instituição psiquiátrica que refletem uma mortificação do eu. Segundo Goffman (1974:24-39), tal processo de mortificação envolve particularidades como a separação entre o internado e o mundo externo, o que reflete a perda

de seu papel social na vida exterior, civil e cotidiana; processos de admissão, de padronização e de aprendizagem de regras, nos quais o internado é submetido à rotina da instituição, isto é, à disciplina asilar e tendo reduzida as suas identificações anteriores (a troca de roupas pessoais pelas roupas do hospital, a rotina do ambiente: tomar remédio, ficar deitado, viver dopada, comer um pouquinho); o despojamento dos bens que significa um despojamento de si (quando Deolinda relata sobre a recolha de sua bolsa com seus pertences); submissão a testes de obediência para se enquadrar às normas da instituição (ficar amarrada ou trancada num quarto com cadeado, viver como numa prisão, ser alvo do abuso de poder da equipe dirigente).

Goffman (1974 [1961]) ressalta que pessoas com problemas de saúde mental chegam à instituição munidas de uma cultura aparente e derivada de um mundo da família. Antes, eram parte de um esquema mais amplo, encaixadas em seu ambiente civil. Porém, quando internadas, são despidas de utilizar as disposições sociais de seu mundo doméstico e passam a sofrer uma série de rebaixamentos e degradações. A institucionalização resulta na mortificação dos seus “eus”. Nas palavras de Goffman, o indivíduo vivencia mudanças radicais que produzem a sua carreira moral. O aspecto moral (a carreira moral), como dito, consiste na sequência regular de impactos negativos que a carreira provoca no eu e no esquema de imagens da pessoa para julgar a si mesma e os outros. A carreira de doente mental se aplica àquelas pessoas que tiveram alterado o seu destino social ao passarem por um processo de hospitalização e está dividida em três fases: o período anterior à admissão no hospital (fase pré-paciente), o período no hospital (fase de internamento) e o período posterior à alta no hospital (fase “ex-doente”) (idem). No entanto, mais à frente veremos como o sofrimento e o diagnóstico, somados às alterações que a passagem por instituições psiquiátricas produz, geram impactos sobre o “eu” de homens e mulheres mesmo quando eles não são mais institucionalizados (ao menos, literalmente, entre muros e grades).

Na fase de internamento, a princípio, o paciente faz o esforço para que o seu “eu” não seja reduzido à “pessoa com a doença mental”, podendo evitar interações que confirmem esta condição como numa espécie de luta para preservar a sua identidade. Depois de certo tempo internado, o paciente desiste de tentar se apegar ao “eu” passado e começa a se apresentar para interação convencional na comunidade hospitalar. Esta “aceitação” para as relações sociais acontece como uma espécie de *debut* ou rito de passagem. É assim que a ressocialização dos internos se move da etapa de mortificação/mutilação do eu para a etapa em que ocorre a assunção de uma nova identidade: a de doente mental (Goffman, 1974 [1961]: 126).

O paciente tem as suas interações restritas ao espaço e aos valores do hospital. Parece quase impedido de representar quaisquer papéis/personagens que não o de doente mental, ao contrário do que costuma ocorrer na vida cotidiana comum, em que o ator aciona múltiplos papéis segundo a situação social específica. Fixado nessa situação social, parece deixar de portar a capacidade simbólica suficiente para orientar e regular a impressão que os outros formam a seu respeito e, ainda, para compactuar com as normas sociais compartilhadas pela maior parte dos outros indivíduos. No estudo de Andrade (2012), exemplos simples, como o da imposição de roupas no hospital psiquiátrico, fazem perceber que, na lógica do manicômio, a pessoa desaparece e dá lugar apenas à sua doença. É (des)valorizada de acordo com o que pessoas do seu “tipo” possuem o direito de esperar. Mas a (des)valorização, além do estigma enquanto um atributo social, também é definida a partir de critérios raciais e sexuais.

Sobre isto, Cunha (1989) informa que diferenças (sociais, sexuais, raciais), se entrecruzadas, não colocam as pessoas na mesma condição de sujeição no interior da relação asilar. Mulheres internadas em estabelecimentos psiquiátricos de caráter público, para onde notoriamente vão muito mais pessoas pertencentes às classes populares, tornam-se reféns de suas origens sociais e raciais que acabam por definir para si diferentes expectativas em termos de cumprimento de papéis sociais. Por exemplo, ao fazer referência ao Hospital Juquery, a autora relata que mulheres pertencentes às “boas famílias” recebiam um cuidado de qualidade melhor, tanto por parte dos psiquiatras quanto dos demais agentes terapêuticos: não tinham os cabelos raspados, não eram submetidas ao trabalho no interior do asilo, podiam ficar em alojamentos individuais, as informações contidas em seus prontuários clínicos podiam ser redigidas de forma mais cuidadosa, pudica e discreta (podendo influenciar até na atribuição de determinado diagnóstico), entre outros aspectos. O mesmo não se passava com as mulheres de classes populares. Neste sentido, discursos e práticas psiquiátricos ajudaram a promover uma dominação não apenas de gênero, mas também de classe social (idem). Isto pode ajudar a explicar a série de privações e mutilações do eu vivenciadas por nossas entrevistadas, em sua maioria pardas/negras e de classes populares, durante as suas fases de internadas. O tratamento ofertado em diversas instituições, de fato, não pode ser considerado neutro, mas misógino, racista e classista. Ainda hoje.

Outro aspecto da mortificação do “eu” nas instituições totais como os estabelecimentos de caráter manicomial corresponde às marcas físicas deixadas nos corpos dos pacientes. A violência presente no cotidiano dessas instituições já foi largamente constatada por diferentes

autores a despeito de diversos contextos: fora ou dentro do Brasil em vários estados, inclusive no Piauí (Amarante, 1995; Oliveira, 2011):

“Muitas vezes, eu tive muitos colapsos, muitas quedas emocionais que eu tinha que ir p’ra lá. Às vezes, tinha muitas enfermeiras que tinham a mão pesada. Alguns eram judiados. Eu era judiado. Me pegavam à força p’ra injeção. Só injeção. Doía muito. Não tinha paciência (mostra as veias). Antes, eu tinha as veias assim de um jeito, mas aí as picadas das agulhas deixaram elas assim... Eu não tenho as veias normais. Aplicavam sem jeito. Essa marca aqui (mostra o braço) foi injeção. Machucou. Eu acho que assim... Eu não sei se isso vai melhorar... Tipo assim, a gente falou isso aqui, os doutores já falaram que é manicômio, né? Eu estava no meio de um manicômio. Eu acho que a (estabelecimento) ainda é um manicômio. Os outros totalmente diferentes... Eu ‘tava num quarto e eu saía e, de repente, eu era pego e eu tinha medo... Não tem aquela liga que é tipo um soro que estica? Eu tinha muito medo daquilo que é p’ra dar injeção, uma injeção forte e vinha na minha narina um cheiro pesado de álcool. Fui amarrado, mas por causa de nada, por nada, só p’ra tomar a injeção, mesmo” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

As marcas sobre os corpos também foram registradas por Andrade (2012) em seu trabalho sobre a reforma psiquiátrica em cidades do Sul e Sudeste do Brasil a partir das perspectivas dos “experientes”, isto é, os usuários de diversos serviços substitutivos de saúde mental. Muitos dos sujeitos entrevistados pela autora passaram por estabelecimentos manicomiais ao longo de sua carreira moral de doente e sofreram os impactos físicos do tratamento: dentes perdidos, movimentos involuntários, movimentos repetitivos, articulações enrijecidas, olhares vazios, aparências pálidas, tremedeiras. No nosso trabalho, encontramos algo similar: homens e mulheres que tremiam, falavam baixinho e/ou muito lentamente. Alguns diziam estar grande parte do tempo “impregnados” por conta do uso de medicamentos, muitos ao longo de anos, outros andavam em marcha lenta. Algumas mulheres faziam queixas sobre o aumento de peso, aspecto claramente associado ao corpo feminino e sua submissão a determinados padrões estéticos.

Grande parte desses efeitos, sofridos, não apenas por quem passou pela institucionalização no sentido mais extremo, mas também por aqueles que frequentaram apenas serviços abertos, pode ter relação com o uso (e abuso) de medicamentos. Tais substâncias constituem o símbolo máximo de uma perspectiva biologizante. Isto se enquadra em um cenário, já registrado por vários estudos, que abriga o que se entende por medicalização¹⁰⁸ da sociedade e, sobretudo, das mulheres, haja vista serem as que mais consomem tais substâncias (Carvalho e Dimenstein, 2004; Maluf, 2010; Oliveira, 2000; Vieira, 1999). Inclusive, de acordo com Oliveira (2000), de uma maneira geral, as mulheres são as que mais buscam os serviços de saúde e, conseqüentemente, constituem o alvo mais fácil do complexo médico-hospitalar, que no seu arsenal tecnológico engloba os medicamentos. Algumas justificativas são mencionadas:

¹⁰⁸ Transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de maneira a assegurar a conformidade às normas sociais (Miles citado por Vieira, 1999).

a de que as mulheres são mais perceptivas sobre a sintomatologia das doenças, procuram ajuda mais cedo, são menos resistentes ao uso de medicamentos prescritos (Almeida *et al.* citados por Oliveira, 2000). Isto se confirmou no nosso trabalho: embora todos os entrevistados, até por fazerem o tratamento no CAPS II e terem contato com o médico prescritor, consumissem medicamentos, no geral, as mulheres demonstraram mais confiança, apego e preocupação no manejo do uso. Não podemos esquecer ainda que a própria indústria farmacêutica elabora propagandas que funcionam como verdadeiras tecnologias de gênero que acabam influenciando o consumo feminino (Azize, 2010; Oliveira, 2000; Zanello, 2014).

Eis que o uso de medicamentos foi, de longe, a estratégia mais utilizada pelos homens e mulheres deste estudo ao longo de sua carreira moral de doente para lidar com os problemas de saúde mental. Vários entrevistados consomem há décadas, mesmo tempos antes de frequentarem o CAPS II. Sendo usuários deste serviço, continuam o uso fortemente. A maioria reconheceu a via medicamentosa enquanto ferramenta indispensável nos seus itinerários terapêuticos, pois ajuda a aliviar os sintomas e, conseqüentemente, a vida cotidiana de uma maneira geral:

“Em primeiro lugar, a medicação. Sempre em primeiro lugar. Ela ajuda, mesmo. Sem a medicação, eu não consigo. Sem a medicação, não dá. Não é exagerando, mas sem a medicação não dá p’ra viver. Não dá, chega um certo estado da vida que não dá p’ra viver sem. Em primeiro lugar, então, vem a medicação” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

“Eu passava uns dias mais lúcido porque quando eu ‘tou sob o efeito do remédio eu sinto um pouco mais de lucidez. Se eu ficar sem tomar o remédio, eu acho que o mundo paralelo afasta o meu mundo real e fica no lugar” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“O remédio é importante pr’o tratamento, eu sinto diferença. Se eu parar de tomar eles, eu não consigo dormir e a minha epilepsia me ataca. Eu fico ansioso, me batendo todinho, nervoso. Se eu deixar eles, eu não durmo. É importante demais na minha vida. Pretendo deixar eles mas só um dia... Agora, não dá” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

A partir daí, pudemos perceber o tipo de interação que eles sustentam com os profissionais da saúde. Com os médicos psiquiatras, as consultas geralmente têm curta duração e estão voltadas especialmente para discutir questões medicamentosas: “*Só o doutor* (nome do médico), *não teve muita conversa, não... Passou remédio e pronto*” (Bárbara, F, 31 anos, casada). Portanto, uma interação mais imediatista focada no binômio sintomas-medicação.

As questões sobre a vida de uma maneira geral, os problemas do cotidiano, as histórias pessoais são discutidas com frequência bastante maior entre usuários e outros profissionais, como psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais. Apesar dos avanços nas políticas públicas que recomendam a interdisciplinaridade e a descentralização da figura do médico/psiquiatra, este dado reflete a persistência de um modelo de saúde que tem no

profissional da medicina o ponto fulcral do processo de tratamento (por ser o prescritor de medicamentos), embora, muitas vezes, este acabe por ignorar as demandas de saúde mental de seus pacientes. Estas demandas estão mergulhadas em aspectos históricos, psicológicos, socioculturais (inclusive os de gênero) que, junto dos biológicos, enformam o fenômeno doença mental. Excluir tais aspectos implica em desconsiderar a totalidade do fenômeno e da pessoa porque, como sugere Andrade (2012), os medicamentos são parte de um regime de controle e assujeitamento. Implica, ainda, não oferecer a melhor atenção possível conforme as necessidades de cada usuário.

E tal *modus operandi* não parece estar circunscrito ao Brasil, o que reforça nossos dados. Gorn *et al.* (2014), em um estudo sobre o mal estar emocional expressado por mulheres que procuram centros de atenção primária em saúde na Cidade do México, referem que as participantes consideram que as consultas médicas não são um espaço adequado para tratar do que lhes causa preocupação no cotidiano por duas razões: primeiramente, porque os tempos de consulta são extremamente curtos e, depois, porque acreditam que os médicos não têm preparo necessário para oferecer uma atenção adequada. Também sentem vergonha ou medo de ser julgadas se falarem sobre suas preocupações e sofrimentos. Ademais, os autores referem que as participantes utilizam tais serviços de maneira muito prática: procuram um diagnóstico para dores orgânicas ou enfermidades físicas e esperam receber um tratamento, nomeadamente, com a medicação.

No nosso estudo, a confiança no medicamento não decorre apenas da experimentação de seus efeitos positivos sobre os sintomas em si. Como visto no capítulo 1, a construção que predomina sobre a doença mental atualmente é aquela que a vê como produto de causas orgânicas. Assim, deve ser tratada com algo que incida sobre o organismo. Ou, “para uma ‘doença’ palpável: um tratamento físico, a Medicina criou um símbolo físico” (Zanello e Sousa, 2009: 2), perspectiva que passou a predominar no discurso biomédico desde o século XIX, mas fixada fortemente no século XX (González Rey, 2011). Confiar no medicamento tem relação com a autoridade do discurso médico que o prescreve. Mesmo que utilizem/reivindiquem outras estratégias para melhorar o seu estado de saúde, nenhum entrevistado questionou o uso do medicamento enquanto primeira e essencial estratégia a menos que sejam percebidos efeitos colaterais indesejáveis (e quando o fazem...).

O que dizer, então, sobre um modelo de saúde que estimula o consumo desenfreado de substâncias que, supostamente, servem para produzir saúde, mas também correm risco de engessar alternativas? Que prioriza um linguajar impregnado de termos técnicos nas conversas

com o usuário, dificultando que este compreenda a própria condição e omite informações sobre a substância prescrita? O que dizer de um modelo de saúde que por vezes desconsidera as particularidades de cada sujeito (até as biológicas) quando não leva em conta os efeitos do medicamento relatados pelo usuário e, mais que isso, sugere a continuidade do uso? E, ainda, que retira da pessoa o protagonismo frente ao seu itinerário terapêutico por ignorar o que ela tem a dizer sobre o seu próprio estado de saúde?

“E o médico nunca disse direito o que eu tinha, eu acho que disse que era esquizofrenia. Só faz passar o remédio” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Mas eu acho que essas vozes é devido ao medicamento que eu tomo, aí, fica dando aquela alucinação. É o remédio porque ele é muito forte. Eu vou falar com o doutor sobre isso, nunca falei. Ele nunca falou dos efeitos do remédio, não.” (Leonor, F, 47 anos, solteira);

“Sim, eu falava p’ra ele que eu não ‘tava me sentindo bem (com o remédio), mas ele não quis trocar” (Serafina, F, 54 anos, separada).

Esta última fala remete, ainda, para a desconsideração das decisões do usuário de saúde mental no que toca à própria medicação¹⁰⁹. Assim, de uma maneira geral, a terapia exclusivamente medicamentosa não vai muito além da produção de corpos dóceis (Foucault, 1987). Pode alienar os sujeitos. De acordo com Tavares (2010), tal alienação é produzida no interior do tratamento (biomédico) que pressupõe um ideal de normalidade. Este processo de normatização, por sua vez, possui como ideais os mesmos axiomas predominantes na sociedade contemporânea, incluindo os relacionados com um sistema de gênero. A este respeito, Zanello (2010, 2014) aponta para o fato de que certos medicamentos, divulgados pela propaganda da indústria farmacêutica como aquilo que vai restaurar a vida “normal”, servirem para que mulheres continuem ou retomem o seu papel social de ser cuidadora dos filhos, do lar, de submeter-se social e sexualmente aos parceiros. Eis aí um exemplo claro de normatização, alienação, adestramento de corpos. E, de acordo com Delgado (2011), as estratégias farmacológicas podem ser altamente estigmatizantes se aplicam procedimentos e dosagens brutais e inadequadas com o objetivo de “apaziguar” a sociedade, recalçando a personalidade e o ritmo de homens e mulheres diferentes. Camisas-de-força, literais ou químicas, devem ser abandonadas (idem: 4703).

¹⁰⁹ No Brasil, existem experiências no sentido de questionar a centralidade do medicamento na vida dos usuários de saúde mental. Uma delas é a Gestão Autônoma da Medicação, proposta surgida em Quebec, Canadá. Em resumo, tal proposta requer uma maior autonomia dos usuários quanto às decisões em torno da medicação, que saiam da condição de meros objetos para serem sujeitos ativos no próprio itinerário terapêutico.

Dito isto, a medicação pode constituir uma “faca de dois gumes”. Tem um efeito *phármakon*¹¹⁰ (pode ser veneno ou remédio). Como atenta Andrade (2012), se os medicamentos, por um lado, atuam para manter a mente “equilibrada”, por outro, geram um rol de efeitos secundários na esfera biomédica “extrapiramidais” ou “secundários” geralmente visíveis no corpo de quem os usa:

“Eu ‘tou vindo aqui, minha mãe diz também, porque eu ‘tou viciado... Que eu só tomo remédio p’ra dormir. Eu só consigo dormir com remédio. Aí, eu comecei tomar remédio, comecei a tomar remédio... Meu corpo viciou, fico com sono. Clozapina. Carmabazipina e clonazepam. ‘Tá impregnado no corpo, esses remédios. Essa impregnação não é boa... [...] Eu fico querendo estudar, querendo ler, mas com vontade de dormir. Dá aquela impregnação, fico tomando café toda hora. É chato” (Ciro, M, 43 anos, solteiro).

“Eu sou dependente de remédio. Do clonazepam, de outros dois. Se eu ficar sem tomar esses remédios, bate umas pontadas na minha cabeça. Eu só durmo com eles também” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

“Tem dias que eu quase não consigo nem assinar porque eu fico tremendo por causa dos remédios ou da doença” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Freitas e Amarante (2015) advertem sobre as consequências do aumento do consumo destes medicamentos. Segundo os autores, um estudo da Associação Psiquiátrica Americana (APA) verificou a ligação entre o uso a longo prazo de medicamentos ansiolíticos e o aumento do mal de Alzheimer, o que pode estar associado com a naturalidade do emprego destas substâncias por meses e anos. É o caso de muitos usuários do CAPS, que consomem medicamentos há anos, ou mesmo décadas, especialmente no caso dos mais velhos e com carreira moral de doente mais longa. Os autores ressaltam que, em contextos globais, a dificuldade para deixar de usar tais substâncias, bem como a interrupção do uso é altamente desencorajada por médicos e farmacêuticos (idem). Destacam também os efeitos colaterais, especialmente comuns em idosos: muitas fraturas da bacia nessas pessoas são induzidas por quedas pelo uso de psicotrópicos; a frequência de problemas neurológicos também é alta, o que inclui efeitos como movimentos involuntários dos lábios, língua, dedos das mãos, pés e tronco; o parkinsonismo; o efeito das pernas inquietas no qual a pessoa pode não conseguir ficar parada ou pode sentir fraqueza e fadiga muscular; a sedação e os efeitos hipotensivos (idem: 107-108). Igualmente, Leff e Warner (2006) destacam que os medicamentos eficazes, introduzidos como alternativa biomédica a partir dos anos 1950, produziam efeitos geradores de anomalias óbvias de movimentos e comportamento. Entre os efeitos mais “suaves” estavam o tremor nas mãos e uma tendência para arrastar os pés ao andar. Entre os efeitos mais complexos, estavam os

¹¹⁰ Palavra grega que diz respeito a uma substância que tanto pode ser remédio, quanto veneno a depender do conhecimento de quem a ministra, da dose e das condições em que isto é feito (Zanello e Sousa, 2009).

grandes espasmos da cabeça, língua e pescoço, dificuldades de respirar normalmente e falar, fluxo de saliva – tudo isto acaba por marcar estas pessoas como diferentes dos seus vizinhos “saudáveis”, o que contribui para o aumento do estigma (idem: 21). Como dito anteriormente, a maioria dos nossos entrevistados relatou sentir alguns destes efeitos. Em outros casos, observamos isso diretamente, mesmo entre usuários que não foram entrevistados.

Não queremos dizer que a terapia medicamentosa é sempre prejudicial. Mas convém questionar a lógica que prioriza o consumo de medicamentos em detrimento de outras estratégias terapêuticas. É preciso mobilizar outras formas de cuidado para a promoção de saúde. Inclusive, alguns entrevistados têm consciência disto: “*Mas só remédio não resolve. Eu até tomo sempre, mas só isso não dá conta.*” (Leonor, F, 47 anos, solteira). Este dado confirma o constatado por González Rey (2011): a subjetividade se mantém periférica e secundariamente na instituição médica da saúde, bem como em quase todos os espaços institucionalizados da sociedade. Tal relato sugere que a assistência deve ser organizada para além do corpo físico e preencher as lacunas referentes à subjetividade dos usuários dos serviços de saúde mental. Sobre este aspecto, o exercício de algumas atividades terapêuticas durante o período de internamento é referido positivamente.

Uma das atividades consiste no desenvolvimento de certas destrezas: “*Aí, eu fui internada e aprendi umas coisas que eu sei até hoje, tipo bordar, coisa de miçanga, bijuteria*” (Flora, F, 28 anos, separada). Tais destrezas não deixam de estar relacionadas com um “universo feminino”. Em seu estudo, Cunha (1989), ao descrever algumas atividades com fins terapêuticos realizadas pelas mulheres internadas no Hospital do Juquery em São Paulo no início do século XX, critica o que podia haver por trás dessa laborterapia destinada à cura: uma visão higiênica da mulher. Em outras palavras, às mulheres internadas de classes populares eram impostas atividades que coincidiam com a condição de mulher “sadia”, domesticada. Não importa o que eram as mulheres, se operárias fabris, trabalhadoras do campo, comerciárias, vendedoras ambulantes, prostitutas. Para todas, a psiquiatria do período guardava as atividades do fogão, da agulha, do bordado, demonstrando-lhes o caminho para a “normalidade feminina” (idem: 142). Era preciso promover uma higienização. Há claramente aí a execução de atividades terapêuticas reduzidas ao que é tradicional numa ordem de gênero.

Estas informações sobre o passado das internas do estudo de Cunha (1989) podem ser trazidas para pensar o agora. Não desconsideramos o potencial terapêutico de atividades voltadas para o masculino ou o feminino “tradicional”. Pensamos que elas, mesmo quando

incorporam sentidos de um sistema tradicional de gênero, são *phármakons*¹¹¹ (Zanello e Sousa, 2009). Por incorporarem o gênero enquanto regime de subjetivação, podem, de fato, ajudar a melhorar o estado de saúde de algumas pessoas ao se sentirem mais valorizadas, mesmo que seja reafirmando um sentido de si enquanto mulheres e homens, num sentido “tradicional”, mas de maneira benéfica. Por outro lado, podem reafirmar este mesmo sentido em termos de resignação quanto a uma clássica condição de subalternidade, no caso das mulheres, ou de valores masculinos tradicionais, que, por vezes, impedem maneiras mais saudáveis de lidar com as diversas e complexas experiências ao longo da vida. O que queremos alertar, portanto, é para a redução de atividades terapêuticas não medicamentosas a uma visão binária de gênero que pode muito mais conformar cada pessoa em sua devida “caixa” do que promover uma emancipação e, conseqüentemente, uma transformação da própria realidade de maneira a favorecer a si mesmo.

6.2.2 O Centro de Atenção Psicossocial II

Não se pode deixar de mencionar como o serviço escolhido para ter acesso aos participantes deste estudo, o CAPS II, foi percebido por eles na constituição de seus itinerários terapêuticos. Informa-se que, exceto uma das mulheres, todos os entrevistados haviam passado por outros serviços de saúde, especializados ou não, para tratar do sofrimento psíquico. A maioria chegou ao CAPS II encaminhada por estabelecimentos hospitalocêntricos.

Algo presente no cotidiano do CAPS II é o potencial terapêutico das conversas. Não por acaso, foi destaque na fala da maioria das mulheres, o que pode sofrer alguma influência do fato de, pelos próprios estereótipos tradicionais de gênero, serem mais estimuladas à expressão verbal de suas emoções em certos contextos. Observamos também esta tendência durante o processo de realização individual das entrevistas e das atividades em grupo. As mulheres eram as que, espontaneamente, mais falavam e forneciam detalhes sobre suas histórias de vida. De qualquer maneira, vimos que, quando alguns homens (não todos, já que alguns falavam espontaneamente) demonstravam mais dificuldade de falar nas atividades em grupo, o estímulo por parte do profissional condutor ou de algum usuário era determinante para que se

¹¹¹ Os autores desenvolveram oficinas terapêuticas de música e dança com mulheres pacientes de um hospital psiquiátrico em Brasília, Brasil. Escolheram como temas das músicas: traição vingada, amor superado, retorno arrependido do objeto amoroso, “descoberta” do amor por parte do objeto amado. Também inseriram músicas de temática gospel. No geral, perceberam que os resultados foram positivos, mas reconhecem o *phármakon* das atividades: cada música pode despertar efeitos positivos ou negativos nas pessoas, haja vista que abarcam muitos aspectos subjetivos.

sentissem mais à vontade. Portanto, o tipo de interação que se desenvolve no espaço do CAPS II facilita a fala. Isto acaba por se constituir numa estratégia de enfrentamento do mal estar.

A emergência da fala, “pôr para fora”, desabafar, surge como aspecto produtor de acolhimento, autonomia, vínculo. As conversas ocorrem em algum momento particular entre profissional e usuário, mas também nas atividades em grupo, nas quais compartilham e aprendem com as experiências uns dos outros, e, ainda, de maneira informal. Muitos usuários fazem amizade entre si no cotidiano do serviço. Diante da possibilidade de poder se dizer o que sente, contar as próprias histórias, percebe-se que o processo de adesão ao tratamento também se torna mais forte. Algumas entrevistadas fazem o contraponto com o internamento em instituição psiquiátrica, local que não favorece a qualidade das interações sociais:

“Eu venho pr’o CAPS e, muitas vezes, aqui, eu nem preciso tomar (medicamento) porque ‘tou me sentindo bem porque tem alguém p’ra conversar comigo. Conversa, não tem briga, não tem conversa p’ra sufocar, só vê palavra de bem, eles sabem cuidar da gente [...] Melhora é muito, eu gosto é muito. As doutoras me ajudam, os psicólogos me ajudam é muito. Tinha uma psicóloga aqui, ela gostava muito de conversar comigo porque, assim que eu cheguei aqui, ela me acolheu muito bem [...] Aqui no CAPS só tem gente escolhido por Deus p’ra cuidar de nós. Eles são muito compreensivos” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Aqui, é diferente. Eu gosto porque aqui tem o diálogo, aqui é uma família. Quem me indicou o CAPS foi o Doutor (nome do médico). Mamãe me trouxe, falou com o Doutor (nome do médico) e ele me deixou aqui. Passava o dia todo e voltava. Eu ‘tou melhor, ‘tou me recuperando aos pouquinhos” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Uma das ideias essenciais da reforma psiquiátrica no Brasil é “construir um centro de gravidade baseado no paciente e em suas possibilidades terapêuticas” (Delgado, 2011: 4703). E a conversa é indiscutivelmente importante para tal por abrir espaço para as questões subjetivas dos usuários, bem como para o conhecimento dos aspectos socioculturais e econômicos presentes nas suas vivências. Proporciona que participem ativamente nos próprios itinerários terapêuticos, verbalizando sobre aspectos que ajudem na compreensão de como se constitui o sofrimento psíquico, sentimentos, desejos, impressões acerca do tratamento – o que é importante para a eleição das estratégias terapêuticas mais favoráveis. Pelos relatos, percebe-se a diferença que os entrevistados estabelecem entre o CAPS II (onde, através da conversa, se demanda e se consegue a escuta) e o tratamento biomédico tradicional (focado nas consultas médicas sem tanto diálogo e nos medicamentos). Neste último, segundo Tavares (2010), é muito comum que o indivíduo seja ouvido pelo profissional, mas não seja escutado.

Em seu estudo, Silveira (2000) percebeu que, na consulta médica, a paciente “nervosa” procura alívio e aval social para a sua condição, bem como explicações para o mal-estar. Além disso, busca um ouvinte solidário que entenda a sua situação e seja capaz de oferecer ao menos a atenção de quem compreende o que ela está passando. Ocorre que, muitas vezes, esta última

expectativa seja a mais frustrada, já que a autora presenciou várias queixas que sugeriam descaso, pressa e incompreensão por parte dos profissionais médicos. Também Nogueira (2009), num estudo com mulheres usuárias de um serviço de saúde mental em Botucatu, São Paulo, revelou a importância atribuída por algumas entrevistadas ao acolhimento e à escuta durante os seus itinerários terapêuticos. A conversa é considerada como recurso que faz bastante diferença no tratamento e, em alguns casos, acaba se destacando em detrimento da medicação.

Também a este respeito, González Rey (2011) desenvolveu estudos de caso sobre como as configurações subjetivas singulares das doenças constituíam significações para o tratamento psicológico em doenças crônicas. Em um dos estudos, o de uma jovem recém-diagnosticada com câncer, o autor descreveu como a interação entre médico e paciente é decisiva para que se criem condições de forma a gerar sentidos subjetivos que possibilitem à paciente assumir a nova condição, incorporando o diagnóstico à sua identidade. Isto implica uma produção de sentidos subjetivos e não uma elaboração racional porque esta não funciona diante de estados afetivos sensíveis como os que são produzidos a partir do diagnóstico de câncer, haja vista que sua construção social está carregada de medo, dor e incerteza. Assim, a forma como o profissional interage com o paciente funciona como ponto essencial na configuração subjetiva do segundo frente à sua condição. A conversa acolhedora entre médica e paciente possibilitou que a última rompesse com os sentidos subjetivos que marcaram a notícia de que estava com câncer e abriu caminho para que ela pudesse se sentir viva, com esperança e participante no curso do que viria pela frente. A postura da médica foi muito mais a de facilitar um espaço relacional e produtor de sentidos subjetivos que surgiram associados com vivências de tranquilidade, processo de vida e força para transitar novos caminhos do que como espaço de exercício de um saber meramente explicativo da doença. Houve a capacidade de transformar o paciente em sujeito. Sentir-se sujeito e participar do processo de adoecimento com suas decisões e emotividade devem fazer parte da prevenção e promoção da saúde (González Rey, 2011: 56-57). Algo semelhante se passa na situação de pessoas diagnosticadas com a doença mental. Pode-se dizer que uma conversa e/ou uma escuta horizontalizadas podem mudar a atmosfera, em muitos casos, fatalista que ronda tantos usuários de saúde mental a respeito da própria condição.

De acordo com Delgado (2011), a escuta é um dos valores imprescindíveis para que se compreenda o sofrimento mental. Como coloca o autor, às vezes, “água com açúcar dada com amor faz mais efeito do que remédio dado com indiferença” (idem: 4705). E os usuários dos serviços sentem isso. Isto significa que a situação de sofrimento não persiste

exclusivamente devido à doença em si, mas também pela forma como esta é recebida e tratada pelos outros, o que inclui os profissionais. O sentido mais profundo da reforma psiquiátrica é, portanto, o do cuidado (Delgado, 2011), que é constituído, entre outros aspectos, pela postura de escuta.

Sem dúvida, o tratamento oferecido pelos CAPS se enquadra num modelo de atenção psicossocial mais humanizado e centrado no sujeito do que na via tradicional biomédica. Mais que meros receptores de marcadores biomédicos, os usuários do serviço são pessoas de diferentes gêneros, classes sociais, raça/etnia, gerações, histórias de vida diferentes. Tudo isto gera configurações subjetivas diferentes sobre a doença e, conseqüentemente, requer estratégias diferentes de enfrentamento. Outro aspecto importante observado a partir dos excertos acima é que, agora, o médico não é tido necessariamente como elemento principal de sentido subjetivo, mas outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos em enfermagem, entre outros) e também outros usuários representam importância nos itinerários terapêuticos. O CAPS como um todo que surge quase como uma entidade. Mas, apesar dos avanços constatados a partir do tratamento oferecido no CAPS II Walterdes Sampaio, em Parnaíba, é necessário enxergar alguns aspectos com criticidade.

Um deles diz respeito ao que optamos chamar de dilema entre a humanização do serviço e a autonomia do usuário. Em outras palavras, embora possamos considerar inquestionável a ideia de que um tratamento humanizado seja fundamental nos itinerários terapêuticos, ainda assim é importante trazer à tona a questão do empoderamento destes sujeitos. Como se relacionam o processo de humanização do tratamento em serviços formais e o desenvolvimento da própria autonomia dos usuários?

Numa ocasião, participamos de uma atividade em grupo promovida pela terapeuta ocupacional do CAPS II. Isto ocorreu quando o serviço voltou a funcionar após um período de recesso devido às festas de fim de ano. Para impulsionar a dinâmica, a profissional utilizou a seguinte pergunta: “Sentiram falta de vir ao CAPS II durante este período de pausa?”. A maioria respondeu que sim. E não haveria de ser algo para se estranhar ou questionar sem maiores cuidados se não se analisar com mais criticidade o que pode estar nas entrelinhas das falas. Alguns usuários, principalmente as mulheres, expressaram-se da seguinte maneira: *“A minha vida é o CAPS. Quase todo dia eu preciso vir aqui, até quando não ‘tava recebendo os usuários, eu ‘tava vindo. É uma das minhas metas de vida. Sem isso aqui, eu não sobrevivo.”* (fala de usuária na atividade em grupo). De maneira similar, outros usuários expressaram a falta que a frequência no CAPS II fez durante o recesso; que os dias longe do serviço foram difíceis; que se sentiram sozinhos e/ou tristes; uma usuária relatou que chegou a pensar em suicídio durante tal período.

Neste sentido, é necessário pensar até que ponto o forte vínculo entre usuário e serviço mais humanizado significa uma dependência do primeiro em relação ao segundo em detrimento de uma real melhora dos estados de saúde. Tratamento humanizado deve implicar não na mera tutela, mas no fortalecimento da autonomia. Segurança no tratamento é diferente de ser dependente. Este é um desafio constante no CAPS II, reconhecido pelos próprios profissionais do serviço (conforme visto no capítulo 4): mais que cuidar, é preciso promover a desinstitucionalização. E uma das vias para tal é através do ganho de autonomia por parte dos usuários.

Outro aspecto do cotidiano dos usuários no CAPS II que merece ser visto com criticidade diz respeito à realização das atividades terapêuticas. Uma entrevistada refere a falta de mais variedades no quadro de atividades oferecidas pelo serviço:

“Aqui eu só acho um pouco atrasado. Eu acho que porque, eu não sei... Lá em (localidade), a gente tinha muitos psicólogos. Lá é (nome do serviço de saúde mental onde fazia tratamento anteriormente). E lá no (serviço), a gente podia dormir se ‘tivesse mal, em crise... Lá era pequeno, bem menor que aqui, mas a equipe era maior. Tinha mais enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional. Os próprios psicólogos trabalhavam a parte de terapia ocupacional p’ra gente. Eles traziam bastante coisas e, p’ra mim, isso aqui ainda ‘tá muito devagar” (Flora, F, 28 anos, separada).

Uma questão de gênero que veio à tona, especialmente nas falas de mulheres, diz respeito à conciliação entre a frequência no CAPS II e a vida de dona-de-casa, que inclui tanto os afazeres domésticos (cozinhar, lavar, passar, arrumar a casa), quanto o provimento de cuidado para com outros.

“Aí, eu vim umas vezes de manhã, mas achei que ficava pesado porque é muita coisa p’ra fazer. Daí passei a vir só pela tarde, que fica melhor p’ra mim. E eu dou conta de tudo isso, minha filha. É muita coisa. Antes de vir p’ra cá, eu faço tudo em casa [...] Perguntam se eu quero continuar e eu digo: ‘Com certeza, enquanto vocês me quiserem aqui, eu’ tou’. Eu não tenho uma falta. Vou olhar o meu cartão e te dizer. Eu faço como se fosse assim uma dívida, uma dívida no banco, uma coisa séria. Toda quinta-feira eu tenho que estar aqui. Mas é saindo daqui e indo fazer cobrança. Dia de quinta eu venho p’ra cá, mas trago um caderno junto quando eu venho de bicicleta porque é saindo daqui p’ra ir fazer cobrança. A minha vida é corrida. Mas eu não posso ficar dentro de casa” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

“Eu só posso vir p’ra cá na parte da tarde porque de manhã eu tenho que fazer as coisas em casa. Seis horas da manhã eu me levanto p’ra ter tempo de fazer tudo” (fala de usuária em atividade em grupo).

Algumas usuárias comparecem ao serviço apenas pelo período da tarde quando concluem as tarefas no lar. Nenhum homem referiu impedimentos quanto aos horários disponíveis para frequentar o CAPS II, o que possivelmente é determinado pelo fato de nenhum deles protagonizar atividades dentro ou fora do lar. No caso de algumas entrevistadas permanecerem sendo as principais responsáveis pela casa, tal informação pode significar que as mulheres, por conta de uma tradicional divisão sexual do trabalho, somente podem cuidar de

si próprias depois de cuidarem dos outros na esfera doméstica: “*Eu não posso adoecer mais porque eu tenho minha filha*” (Catarina, F, 56 anos, divorciada). Mesmo frequentando um serviço de saúde mental, continuam a trabalhar e apenas deixam de fazê-lo, temporariamente, em situações de crise aguda. São usuárias de saúde mental e, ao mesmo tempo, cuidadoras de outrem (filhos, marido, netos) e, por esta razão, não “podem” adoecer ainda mais.

Por outro lado, a continuidade do trabalho doméstico feminino pode significar uma resistência à própria doença na medida em que atua como estratégia terapêutica (veremos com mais detalhes numa seção seguinte). Vimos no capítulo passado que a indisposição para o trabalho doméstico é significada como “sintoma” por parte de algumas mulheres. Por esta lógica, conseguir desempenhar tal trabalho é visto como sinal de resistência e melhora, mesmo que acabe por reforçar a ideia de uma “natureza feminina”. Nesta ambivalência, mais uma vez, o gênero aparece enquanto *phármakon*: veneno, porque, mesmo doentes, mulheres não podem, a não ser em situações extremas, descuidar de suas funções relativamente aos outros e cuidar integralmente de si; remédio, porque exercer tais funções pode revelar potencial terapêutico.

Mais um fator presente no cotidiano do CAPS II toca na interação estabelecida entre profissionais e usuários em função do gênero de ambos. Sobre isto, duas usuárias referem a dificuldade que é conversar com profissionais do sexo masculino:

“Quer dizer, eu conversando com você, que você é mulher, eu me sinto à vontade. Mas se fosse um homem aqui conversando comigo eu já ia ficar com aquele receio, com um trauma por tudo que aconteceu comigo. Tão tal que até p’ra conversar com o (profissional do sexo masculino) eu fico com trauma. Muitas vezes, eu até quero estranhar ele e ele diz p’ra eu ter calma, ele me orienta. Ele diz: ‘Olha, ‘tou aqui p’ra lhe ajudar.’ Aí, eu me quieto. Porque eu penso que todos os homens são igual... Parte logo p’ra agressão. Aí, ele diz que não, que ele ‘tá aqui pra me orientar [...] Eu confio no vigia, mas ele distante de mim. Ele lá e eu aqui. Porque ele é homem. Só do lado de mulher eu me sinto mais protegida” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

“Eu ‘tou passando por umas coisas, mas eu não quero contar, não. Não aqui. E também tem o meu psicólogo, que é bom, mas tem certo tipo de coisa que eu fico assim de contar p’ra ele. Tipo coisa de mulher” (fala de usuária no grupo com terapeuta ocupacional).

O compartilhamento (ou não) de aspectos subjetivos através da conversa (e vimos o quanto esta pode ser uma ferramenta potente no itinerário terapêutico) é influenciado por questões de gênero. Em casos como o de Leonor, a dificuldade está associada com as próprias experiências vivenciadas pela entrevistada: ela refere ter vivenciado situações de violência sexual ainda na infância e sofrimento ao longo da vida relacionado com outras formas de violência praticadas por homens. Em outros casos, a falta de laços de gênero (no caso, entre a mulher usuária do serviço e o homem profissional) dificulta a conversa porque alguns assuntos são vistos por elas como impróprios de serem tratados com um homem por vergonha, timidez,

medo, tensão e por falta de alteridade porque ele (por ser do sexo masculino) não seria capaz de compreendê-la como mulher.

O CAPS II possui o seu próprio “regime de gênero¹¹²”, isto é, enquanto instituição possui uma estrutura própria das relações de gênero (Connell, 2013: 66). Assim, no seu âmbito, a prática em saúde vai muito mais além de manuseios mecanicistas, voltados para os aspectos técnicos/biológicos, e incorpora aspectos valorativos, como os de gênero, que podem influenciar positiva ou negativamente os itinerários terapêuticos. Algo dentro dessa lógica foi verificado no estudo de Rosa (2015): num grupo focal com profissionais de um CAPS do estado de São Paulo, a autora verificou que, em diversas ocasiões – como, por exemplo, no manejo corporal de usuários –, houve uma tendência para ações de recorte sexista com o objetivo de proteger tanto os usuários quanto os profissionais de situações constrangedoras. Assim, uma divisão sexual do trabalho, nestes casos específicos (como dar banho), não surge como medida negativa, mas como necessária porque aspectos valorativos das relações de gênero são inevitáveis na interação “profissional-usuário”.

Por outro lado, também é possível que se rompa com a ideia de que a interação entre profissional e usuário seja produtiva apenas na ocasião de laços de gênero, tal como pode-se depreender da fala de uma usuária: *“Eu lembro que, quando esse rapaz (voluntário do CAPS) entrou aqui, eu fiquei desconfiada de me entrosar com ele porque ele era homem. Mas, depois, eu vi que eu fico muito melhor com ele do que com muita doutora daqui”* (fala de usuária mulher no grupo de música). A partir dessa informação, é possível considerar que, para além dos laços de gênero, a relação profissional-usuário pode ser frutífera para ambas as partes se praticada com respeito, compromisso e alteridade. É necessário, portanto, que os profissionais tomem consciência da relação que existe entre gênero e saúde mental.

Levando em conta as premissas da reforma psiquiátrica, não são os usuários que devem simplesmente se adaptar ao modelo assistencial, mas o modelo deve ser capaz de acolher as suas demandas. Os aspectos de gênero que surgem no cotidiano do CAPS II constituem parte dessas demandas. Problematizar tais aspectos é uma das maneiras de realizar este acolhimento.

¹¹² Connell (2013) afirma que a estrutura das relações de gênero numa sociedade determinada e num momento determinado pode ser chamada de “ordenamento de gênero”. Já a estrutura das relações de gênero numa dada instituição é o seu “regime de gênero”.

6.2.3 O cuidado pela família

A família surgiu como ator fundamental nos itinerários terapêuticos dos entrevistados. A grande maioria referiu receber cuidados de um ou mais familiares. Historicamente¹¹³, a família passou a ser considerada um dos principais provedores de cuidados de seus integrantes. Mas apenas mais recentemente foi associada enquanto sujeito político. Assim, ocupa um papel importante enquanto parceira no tratamento de saúde mental conforme as premissas da Reforma Psiquiátrica. Dentro do grupo familiar, destacamos a figura do “familiar-cuidador” que, de acordo com Rosa (2009: 195-196), é “aquela pessoa que se responsabiliza cotidianamente pelo outro que se encontra, temporariamente ou não, sem condição de se autocuidar, de gerir a própria vida”.

Neste estudo, o cuidado na família, independente do sexo do usuário, é ofertado especialmente por mulheres – mães, esposas, filhas, irmãs, cunhadas e até ex-esposas. Isto também foi identificado no estudo de Santos (2008) sobre as vivências de identidades masculinas e femininas com o adoecimento psíquico na cidade de Araraquara, sudeste do Brasil. Também foi verificado por Rosa (2003) no seu estudo sobre o provimento de cuidado a pessoas com doenças mentais em Teresina, nordeste do Brasil: o cuidado é um encargo predominantemente feminino e muitas vezes atribuído à família de origem. Existe, *a priori*, a expectativa de que a família e a mulher sejam habilitadas espontânea e naturalmente para o manejo de uma pessoa com doença mental, o que tem relação com a esfera do “não-trabalho”, da gratuidade, do pessoal, do feminino e do privado (Rosa, 2003, 2009). A mãe, simplesmente por sê-lo, é a figura automaticamente associada com a tarefa de cuidar, até em circunstâncias em que também ela sofre com problemas de saúde mental:

“A minha mãe. Mais que qualquer outra pessoa. Mesmo ela tendo a doença também. E é por isso porque a gente se entende, a gente sabe o quanto é ruim ter depressão, ser bipolar, ser psicótica. Em primeiro lugar, porque ela é mãe. Em segundo lugar, porque ela passa pela mesma coisa, já passou pela mesma coisa que eu ‘tou passando e ainda passa” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

¹¹³ Segundo Rosa (2003: 343-344), é possível demarcar três momentos históricos sobre o cuidado prestado pela família a pessoas com doenças mentais. O primeiro corresponde à emergência da sociedade burguesa, na época do nascimento do modelo assistencial hospitalocêntrico e da psiquiatria: aí a família era excluída do cuidado e ficava restrita a um papel periférico de informante e visitadora. O segundo momento corresponde ao pós-segunda guerra até a década de 1970, no qual o capitalismo monopolista torna-se hegemônico: a família passa a ser vista em suas relações internas, torna-se paciente e suas relações viram objeto de intervenções terapêuticas (muitas vezes, culpabilizada pela emergência de uma doença mental de um de seus membros). No terceiro momento, dá década de 1970 à contemporaneidade, que, entre outros aspectos, engloba a crise fiscal do Estado e a redução do Welfare State, a família passa a ser revalorizada como espaço de cuidado e de afeto. Apesar disso, o grupo passa por transformações que por vezes dificultam ou impedem o provimento de cuidado no espaço doméstico.

Em diversas ocasiões, pude presenciar mulheres acompanhando os seus familiares usuários do CAPS II na sala de espera para consultas, nas atividades em grupo (mães, irmãs e esposas, que ficavam observando à distância) e em diversas ocasiões festivas (nas quais participavam ativamente). Quanto aos entrevistados:

“Minha mãe me ajuda. É minha amiga p’ra sempre. Meus irmãos não fazem nada, não. Quem faz mais é a minha mãe. Apoio mesmo, é da minha mãe” (Iuri, M, 29 anos, solteiro).

“Minha irmã que cuida de mim e do meu irmão (que também é usuário do CAPS) [...] Minha irmã que recebe o meu dinheiro” (Camilo, M, 40 anos, separado).

“Ela (ex esposa) fala comigo. Ela dá bom dia, boa tarde, me leva p’ra perícia porque ela que sabe dos meus problemas desde quando eu me casei com ela. Ela me leva p’ra perícia, vou mais ela e venho. Mas o contato é só esse mesmo. Ela faz as coisas p’ra mim, lava minha rede, que é mais pesado p’ra lavar. Eu lavo só a minha roupa [...] aí, fica perto p’ra minha filha ir deixar minha refeição, minha comida. Minha filha que vai deixar minha comida. Ela faz a comida. Ela que tira o meu dinheiro porque eu não sei de nada, não sei fazer nada” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Tal como no estudo de Rosa (2009), geralmente, a responsabilidade pelo cuidado fica centralizada na figura de um único cuidador. Na falta de uma figura ativa como a mãe no grupo familiar, tal encargo é desempenhado por irmãs solteiras ou desempregadas, pois é suposto terem mais tempo para as tarefas. Além disso, como sugere Zanello (2017), na nossa cultura, as mulheres vivenciam processos de subjetivação centradas em um heterocentramento (voltado para um “outro”), ao contrário dos homens, que vivenciam processos de ego-centramento. Isto é, mesmo aquelas que não têm filhos são culturalmente demandadas a serem cuidadoras (idem). É o que ocorre, por exemplo, com a irmã de Camilo – solteira, sem filhos, vive cuidando não apenas dele, mas também de outro irmão e dos pais idosos e doentes.

As cuidadoras mulheres desempenham uma série de responsabilidades que vão desde interagir com os profissionais do CAPS II até administrar os remédios, a alimentação, a higiene, outras questões de saúde, as finanças, questões burocráticas etc. Também ficam responsáveis por outros entes da família quando o familiar com o diagnóstico psiquiátrico não tem condições de assumir tal encargo. Isto ocorre principalmente com os usuários homens (com pais idosos ou filhos), haja vista que algumas usuárias mulheres, mesmo doentes, permanecem cuidando de outras pessoas. Mas também pode acontecer com algumas mulheres como Leonor, que teve o filho criado por sua mãe.

Segundo Rosa (2009), a família e, principalmente, o familiar-cuidador, é sujeito político imprescindível para garantir a direção do modelo assistencial reformista, mas também se defronta com certos desafios. No nosso estudo, há destaque para a sobrecarga direcionada aos familiares cuidadores, associada com a mobilização de recursos emocionais, temporais,

econômicos, de saberes. É necessário, portanto, analisar criticamente a participação da família no interior do processo de desinstitucionalização, se como parceira ou se penalizada pela transferência da responsabilidade no cuidado com a pessoa com doença mental e, no seu interior, a sobrecarga vivenciada pelas mulheres cuidadoras.

“Ela já ‘tá é pirada também de tanto cuidar da mamãe e do papai e de mim e do meu irmão. Ela tem que ficar toda hora no pé da cama dizendo ‘toma teu remédio’. Já falei p’ra ela, mas ela fica toda agitada logo porque ela que recebe o meu, da mamãe, do papai, do meu irmão. Ela toma conta de todo mundo” (Camilo, M, 40 anos, separado).

“Minha mãe me ajuda, mas ela já tem setenta anos, é mais de idade. Às vezes, eu fico até com medo porque é muita coisa p’ra ela. Já cuida do meu irmão, eu ajudo também, mas eu não posso ficar ajudando o meu irmão por causa do meu problema” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Em alguns casos, como é possível observar através dos relatos de Camilo e Miguel, a sobrecarga objetiva decorrente do cuidado pode proporcionar uma sobrecarga subjetiva ao cuidador. Atentando para esta possibilidade, Rosa (2009) informa que os debates reformistas consideram que a família é um grupo que também precisa de assistências e cuidados. Isto porque constitui um recurso ou lugar como outro qualquer quanto ao cuidado, mas não o único. Ademais, muitas cuidadoras são mulheres (algumas em idade avançada) e, além do cuidado em si, possuem diversas atribuições no âmbito doméstico e, às vezes, fora dele também. Isto acaba por potencializar o risco de também adoecerem psicicamente, haja vista que, em muitas ocasiões, abdicam das próprias vidas para exercer a função de cuidadora.

A ideia de que o cuidado é uma habilidade natural das mulheres aparece na fala de alguns entrevistados que se separaram de suas esposas:

“Eu não digo p’ra ninguém, mas eu sinto é muita falta dela (ex esposa) mesmo no sentido que ela me ajudava a vender uma joia, uma roupa, a gente ia até p’ra (cidade). Eu ainda sofro. Queria que cuidasse de mim. Com toda mágoa, todo rancor, ainda gosto. [...] Antes, quando eu vivia com a minha mulher, ela também, ela cuidava do menino e, de noite, a gente saía p’ra vender. A gente ganhava bem com confecção [...] Meu cunhado, que é rico, ele disse que se eu arrumasse outra mulher ele me dava uma casa p’ra eu seguir minha vida p’ra frente. Ele é marido de uma irmã minha. Se eu arrumar uma mulher... Eu quero p’ra ela cuidar de mim, fazer a comida. Eu chego lá em casa e não tem nem café pronto, comida pronta, p’ra fazer as tarefas, pegar meus cartões e mesmo fazer as coisas... [...] O que eu mais queria era ter assim uma mulher, uma pessoa amiga p’ra chegar e conversar, que botasse a mão no meu ombro, que conversasse, que saísse”(Camilo, M, 40 anos, separado).

“Eu vou casar, mas eu vou logo dizendo: ‘É um casamento pr’o resto da minha vida igual meu pai e minha mãe. Separação, só a morte’. Ela disse ‘Pois é, ‘tá bem’. Aí ela ouviu bem o que o padre disse, o que a juíza disse, mas, aí, parece que entrou num ouvido e saiu pelo outro... Eu pensei que era até o fim da vida, mas não deu certo. Me deu uma tristeza numas partes porque agora ela (ex esposa) podia ‘tá aqui comigo, né? Eu sem minha mãe, aí, eu fico sem consolo da mulher, sem o consolo da minha mãe, só o consolo da minha filha. Mas agora só com o consolo da minha filha eu ‘tou satisfeito porque hoje ela me consola por todas as mulheres que deviam me consolar... (quem?) Ah! A minha mulher, minhas irmãs, minha mãe... Aquela amargura de não ter mais minha mãe também” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Sob a lógica dos trechos acima, a mulher (esposa, mãe, irmã, filha) é quem vai suprir as necessidades não apenas de cunho mais prático, objetivo, como tarefas relacionadas com a casa, o corpo, o controle das finanças, mas, sobretudo, emocional. A imprescindibilidade do cuidado feminino é expressada, inclusive, pelo medo que os homens entrevistados têm de perder as suas cuidadoras, como no caso de Camilo: *“Eu tenho medo de perder a mamãe, a minha irmã e eu ficar sozinho e não ter ninguém que cuide de mim”* (Camilo, M, 40 anos, separado). A mulher é quem, em nome do “amor”, oferece o consolo e o apoio emocional necessários aos itinerários terapêuticos masculinos. Dos relatos também é possível depreender que a figura da esposa, para além da parceira romântica na esfera afetivo-sexual, mistura-se à figura da mãe. É também ilustrativo o caso de Crispim quando faz referência aos juramentos feitos no ato do matrimônio: na “saúde ou na doença”, eternamente. Entretanto, isto parece ser algo que deve ser cumprido muito mais pelas mulheres. Neste estudo, há duas situações que apontam para tal tendência. Primeiramente, o fato de serem elas, mulheres, as que mais cuidam não apenas de seus esposos, mas de qualquer familiar doente. Depois, porque foram poucos os casos nos quais as mulheres doentes receberam cuidado por parte de homens/maridos. Algumas, inclusive, foram abandonadas pelos companheiros em algum ponto da sua carreira de doente. O mesmo foi verificado por Rosa (2009) e Nakamura (2010) em seus respectivos estudos: geralmente, as mulheres são abandonadas pelos seus maridos/companheiros ao longo do tratamento em saúde mental.

Muitas mulheres doentes ficam, portanto, carentes de recursos afetivos. Arruda e Marcon (2016: 302) questionam: “a mulher está para o homem doente? Por quê? Amor? Respeito? Zelo? Obrigação? Herança geracional/familiar/histórica? Deveras, não existem regras fixas da compreensão e autoria do papel feminino, em especial da companheira, no cuidado ao homem doente”. O fato é que há um contexto sociocultural que influencia a inclinação para o cuidado e o não cuidado (idem).

Como informa Badinter (1985), o cuidado como uma qualidade “feminina” é um mito. A história mostra como, no interior do grupo familiar, pelo século XVIII, a divisão sexual do trabalho destinou às mulheres tal função que, na realidade, pode ser desenvolvida por qualquer pessoa independente do sexo. Se não é algo natural, o cuidado também pode ser oferecido pelos homens. Destacamos alguns exemplos surgidos nesta pesquisa em que os homens foram os principais responsáveis pelo provimento de cuidado doméstico:

“Ele (marido) diz assim: ‘Toma sua medicação, vá dormir um pouquinho’. Eu me lembro disso aí, né, que ele diz: ‘Toma sua medicação, toma um banho, durma um pouquinho p’ra você relaxar’. Aí, quando eu tomo um banho, vou me deitar. Quando me acordo, assim, umas três horas da tarde, ele diz assim: ‘Você ‘tá melhor?’. ‘Tou. Só

‘tô assim tonta, com vontade de ficar deitada’. ‘Pois vá dormir. Almoce e volte a dormir. Pode ficar aí que o dia é seu, pode dormir’ [...] Ele é mais compreensivo, estudioso, inteligente. Quando passa assim alguma reportagem da saúde, ele ‘tá ali atento, aprendendo. Ele me dá conselho. Ele conversa comigo, com meus filhos [...] É um casamento carinhoso. Ele me abraça, me cheira, eu posso estar do jeito que eu estiver’ (Deolinda, F, 52 anos, casada).

No estudo de Rosa (2009), o cuidado oferecido por homens é marcado por algumas peculiaridades. Quando assumem tal função, alegam que o fazem: por não haver mulheres que possam cuidar no grupo da família; porque a mãe da pessoa está doente; ou porque a pessoa que demanda cuidado é seu parente consanguíneo mais próximo (idem). Embora possamos inferir que, de certa maneira, a situação de Deolinda guarda algumas similaridades com os achados da autora, nomeadamente quanto ao ponto de não receber cuidado por parte da mãe, já falecida, o seu caso assume outros contornos. Ela tem uma filha, mas quando refere os cuidados recebidos, menciona primeiramente o marido e, depois, um filho. Além disso, o marido de Deolinda, pelo menos neste aspecto, não segue um modelo hegemônico de masculinidade que inviabiliza o oferecimento de cuidado:

“Eu sempre pedi a Deus: ‘Senhor, bote um homem que seja fiel a mim, que cuide de mim e que eu possa cuidar dele... Que não seja rico, que eu sei que nós não somos todos iguais, mas que seja uma pessoa rica de consciência, educação e ética’. Isso que eu sempre pedia p’ra mim e, graças a Deus e Nossa Senhora, que sempre me ajudaram e eu sou muito feliz por causa disso. Apesar de tantos problemas, eu sou feliz, muito feliz. Apesar de tanta coisa na família, de tanta pobreza, eu sou muito orgulhosa por ser feliz. Ele me dá conselho, ele é paciente, ele conversa comigo. Ele nunca perdeu a paciência nas minhas crises. Ele chora porque me vê nessa situação e fica sentido porque não pode me ajudar no que eu preciso. Ele se sente mal. Ele me abraça, me bota no colo como uma criança. Eu me sinto vitoriosa porque ele me bota como uma criança no colo. Ele me bota p’ra dormir, ele chora perto de mim, me bota deitada, pega o travesseiro [...] Meu marido sempre esteve do meu lado, ele me banha, me veste, faz mingau p’ra mim” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

O caso de Deolinda sugere que a conjugalidade é benéfica à sua saúde mental. O relacionamento, por si só, parece atuar como fator protetivo da saúde. Além disso, o marido é o seu principal cuidador, papel este mais atribuído às mulheres. Em seu estudo, Rosa (2009) identifica algumas peculiaridades de mulheres e homens cuidadores de pessoas com diagnóstico psiquiátrico e constata que as cuidadoras costumam ter mais contato com os corpos de seus familiares enfermos. Usam bastante o tato (carinho, cafuné) como recurso para acalmar. Os homens cuidadores, por sua vez, têm mais dificuldades no manejo corporal e mais facilidades no manejo da esfera lúdica/prazerosa ao utilizarem o jogo¹¹⁴, fontes de desejo e prazer da pessoa

¹¹⁴ Sobre isto, a autora informa que os homens cuidadores de seu estudo utilizam o jogo como uma habilidade na esfera do cuidado. Mobilizam estratégias prazerosas e lúdicas como: sabendo que a pessoa com diagnóstico psiquiátrico gosta de jogar baralho, por exemplo, convida-a para a partida e deixa que ela burle as regras do jogo e ganhe vários lances, contornando a tensão e intensificação da agressividade. Outro exemplo: uma pessoa doente que, em função do cigarro, não quer se alimentar: o cuidador limita o fornecimento do cigarro à condição de que a pessoa pelo menos se alimentaria (Rosa, 2009: 197).

com doença mental para a promoção de mudanças comportamentais e verbais. A situação de Deolinda acaba por se diferenciar. Pode-se dizer que o cuidado oferecido por seu marido se aproxima mais de especificidades atribuídas ao feminino. Os elogios (fiel, sensível, chorar junto, paciente, interessado, que aconselha, aberto ao diálogo e ao contato físico carinhoso) que a entrevistada faz ao companheiro para enaltecer o relacionamento entre eles não coincidem com os traços de um modelo de masculinidade presentes em tantos homens (infidel, não cuidador, impaciente, fechado ao diálogo) que, no cotidiano do relacionamento conjugal, são vistos como sinônimo de sofrimento para tantas mulheres (inclusive neste estudo, conforme o capítulo anterior). Além disso, a utilização do tato enquanto recurso de cuidado se manifesta através de atos como o abraço, o pôr no colo como criança, dar banho, vestir, fazer mingau etc. Aproxima-se de um cuidado no sentido maternal.

Há outros casos, entretanto, em que o relacionamento com o marido pode ser considerado um *phármakon* – ser veneno e o remédio para a saúde. Como visto no capítulo anterior, a vivência de sofrimento de algumas entrevistadas é associada com a má qualidade de seus relacionamentos conjugais. O relacionamento atua como “veneno” nos casos de Bárbara e Abigail: *“Fico deprimida por causa dele” (Bárbara, F, 31 anos, casada); “Ele ficava brigando comigo e eu ficava só chorando, chorando, aí ele dizia: ‘O que tu tem? Tem caso é com outro e não quer me dizer?’ Mas eu não sabia o que eu tinha, só vivia chorando. Um cabra desses, ele que me trai” (Abigail, F, 53 anos, casada).*

Por outro lado, as mesmas entrevistadas que atribuem o sofrimento aos relacionamentos conjugais são as que encontram nestes o “remédio” para o mesmo sofrimento. Desta maneira, eis o caráter *phármakon* das relações com os maridos: estes são, simultaneamente, a “causa” e o “alívio” do/para o sofrimento. Fazem sofrer, mas também cuidam:

“É tão lindo, ele! Ele é tão legal, meu marido. Se não fosse meu marido, eu já tinha era me matado porque ele é muito paciente comigo, ele é maravilhoso. Não é porque seja meu marido, mas é verdade.. Ele chega e diz: ‘Bárbara, eu não vou poder te dar dinheiro porque esses remédios são caros, eu ‘tou comprando’. Ele me ajuda e eu gosto muito de almoçar com ele, de tomar café com ele, de dormir com ele. Eu consigo dormir com ele, eu saio da casa da minha mãe e vou dormir com ele e o meu filho maior. Dorme eu, ele e meu filho. Durmo na cama com meu marido e meu filho na rede. Ele respeita, ele entende o meu problema, ele sabe que ali não sou eu, é uma mulher zangada” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Ele ajuda também. Ele gosta de mim. Ele já se declarou aqui no CAPS. Ele fez uma viagem, quando ele voltou, ele disse aqui que me amava, que voltou p’ra ficar comigo porque eu ‘tava doente, mas era mais porque ele me amava também” (Abigail, F, 53 anos, casada).

Uma particularidade quanto ao cuidado é que, enquanto as familiares-cuidadoras geralmente desempenham esta tarefa sozinha, os homens que cuidam têm a ajuda de outros

membros da família. Por exemplo, o marido de Deolinda, embora seja o seu cuidador principal, conta com a ajuda dos filhos:

“Ele (marido) chama meus filhos p’ra perto de mim. O mais novo (filho) é uma pessoa excelente, tranquilo, vai p’ra escola, chega meio-dia e meia, se tem de comer, ele come; se não tem, ele frita ovo, faz café, ele se vira de qualquer jeito. Às vezes, eu digo assim: ‘Meu filho, eu ‘tou com fome e eu não ‘tou coragem de fazer’. ‘Pois eu vou fazer um café p’ra nós, uma tapioca’... Que ele faz tapioca, vai deixar p’ra eu tomar, eu ‘tou assistindo televisão. É uma coisa maravilhosa!’” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

São poucos os homens que cuidam de mulheres, e menos comum ainda é que homens cuidem de outros homens. Veja-se o relato de Crispim:

“Meu pai é vivo, ele tem noventa e três anos. Ele nunca me deu muito o consolo [...] Nem quando ele ‘tava bom (de saúde). Quem mais me ajuda é minha filha, mesmo, meu filho nem fala comigo [...] Eu sinto falta muito de meu filho. Se meu filho falasse comigo, andasse comigo, passeasse comigo, se, no dia das reuniões, ele viesse p’ra cá... Era bom, eu ia achar bom. Ficava mais satisfeito, mais alegre, desabafava mais as coisas. Mas, do jeito que ‘tá, é muito ruim. É triste demais. É difícil. Eu me acho muito triste” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Outro aspecto de gênero referente ao cuidado na esfera da família remete para a situação de mulheres com filhos. Elas precisam constantemente negociar as suas supostas atribuições enquanto mulheres. Isto tem relação com o que Silveira (2000: 88) intitula de sintomas nervosos como linguagem social:

“Se eu disser assim: ‘Neném, hoje, eu não vou fazer isso, eu não ‘tou disposta’. ‘Pois vá se deitar’. Ele diz: ‘Pode ir, filha, não se preocupe com as coisas de casa, não’. Se eu fizer comida, a gente come. Se eu não fizer, a gente faz um café e leva a vida e fica assim. Ele percebe quando eu fico em crise [...] Eu sou tão agradecida a Deus porque Deus botou este homem na minha vida. Nunca me arrependi. Sempre Deus sabe o que faz [...] O meu marido é ótimo. Ele me entende. Mas o meu filho e minha filha mais nova... Sempre o pai deles conversa com eles. ‘A mamãe hoje ‘tá assim pirada, ‘tá isso e aquilo outro’. Meu marido chega neles e diz: ‘Deixe sua mãe de mão porque é um momento que ela ‘tá passando [...] Ontem mesmo eu ‘tava muito agitada, meu marido chegou: ‘Nega, você tomou seu remédio?’. ‘Tomei’. Meu filho: ‘Mamãe, vem cá, meu coração, me dá um cheiro’. ‘Eu não ‘tou precisando de cheiro, não’. ‘Que é isso, mãezinha, venha cá!’. Aí, foi conversando comigo, mimando... Aí, foi indo, fui melhorando, foi passando. Só que eu não sou agressiva, mas quando eu fico muito ruim mesmo, eu digo: ‘Neném, deixa eu dormir?’. Meu marido diz: ‘Pode dormir, vá dormir, deixe o que tem p’ra fazer e vá dormir’” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

“Quando eu ‘tou boa, eu faço (tarefas da casa). Mas agora eu não ‘tou boa, não. Quem faz é a mamãe [...] a mamãe foi que criou ele (filho). Eu não tinha ânimo p’ra pegar ele, não, eu nunca tive nem ânimo p’ra pegar nele, nunca fui de pegar p’ra banhar, p’ra dar de comer, tudo era a mamãe, p’ra mim e p’ra ele” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

De acordo com Silveira (2000: 88), alguns sintomas funcionam como idioma social porque condensam uma experiência pessoal na vida social, permitindo à mulher enferma o acesso a uma situação de privilégio: atenção especial, alívio de certas obrigações, proteção, divisão não usual de tarefas. Deolinda e Leonor, por exemplo, definitiva ou temporariamente, são/foram dispensadas de algumas atribuições consideradas “femininas” por conta dos sintomas manifestados. Às vezes, Deolinda, dona-de-casa, fica livre para não exercer as tarefas relativas

a tal papel. Quando está em crise, recebe um zelo especial por parte do marido, que também relativiza os seus comportamentos perante os filhos. Leonor, aparentemente com um grau de autonomia menor que Deolinda na esfera doméstica, também é dispensada pela mãe de exercer certas tarefas, entre elas a da maternidade.

Ainda, referente ao cuidado ofertado na esfera da família, foi constatado que os sintomas da doença enquanto idioma social também surgem por meio da violência. Como que num “jogo”, mesmo inconscientemente, algumas mulheres entrevistadas fazem uso da violência enquanto ferramenta para negociar suas vontades no âmbito da família com pais, mães, irmãs e, sobretudo, com os maridos. Algumas entrevistadas descrevem situações nas quais agiram violentamente.

“Quando eu falo no duro, ele atende. Ele faz umas vontades p’ra mim. Se eu quero ir p’ra uma praia, ele vai. Se eu quero dinheiro, ele me dá. Eu já quebrei a cabeça dele, já cortei ele com faca, já enfiei um espeto na perna dele. Da vez que eu quebrei a cabeça dele foi porque ele tinha uma amante, essa amante chegou a ligar p’ra mim dizendo que amava ele, chorando, dizendo que tinha vontade de se juntar com ele [...] Porque se eu pedir uma coisa ele me dá. Se eu quero ir p’ra tal lugar, ele deixa. Ou então vai comigo. Se não, eu já me estresso logo [...] Uma vez, eu ia matando ele com uma pá, o colega ‘tava com ele e gritou: ‘(nome do marido), corre aí!’. Foi que ele se virou e o amigo dele aproveitou e tomou a pá de mim [...] Dizendo ele que agora é santo. Eu disse uma vez assim: ‘Se tu aprontar, quando tu tiver dormindo, eu boto água quente no teu ouvido e te mato’. Pronto!” (Abigail, F, 53 anos, casada).

“Eu grito com meu pai, com minha mãe, minhas irmãs, eu fico estressada... Com meu marido. Fico estressada e digo ‘Me soltaaaaa!’. Eu que agredia ele. Já dei um chute bem nos peitos dele. E também já bati na cara dele, já cuspi na cara dele. Ele não fez nada. E também porque eu bagunço tudo, eu jogo tudo p’ra cima quando eu ‘tou nervosa. Eu esculhambo tudo, desarrumo tudo, tiro tudo do lugar (e o que ele faz?) Ele fica quieto, na dele, faz o que eu quero!” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Algo semelhante foi descrito por Silveira (2000) em seu estudo com mulheres “nervosas” em Florianópolis, Brasil. Segundo a autora, a mulher nervosa exerce uma manipulação sobre outros, geralmente da família, com os quais o seu relacionamento é mais comprometido. Frequentemente, são as pessoas de quem mais desejam atenção e, ao mesmo tempo, pelas quais mais se deixam afetar. Agem com violência no sentido de que a crise pessoal e/ou social representada pela cena dos nervos tem um potencial coercitivo, subliminar, distinto de outras maneiras de exercer violência. Podem manipular os outros fazendo com que façam a sua vontade para amenizar a crise e permitir seu refluxo. Muitas vezes estas crises e manipulações acabam por inverter certos valores.

Também no nosso estudo, em situações específicas, as mulheres entrevistadas agredem física e verbalmente, mas, no geral, não para dominar ou controlar e, sim, para obter certas coisas. Os ganhos deste jogo surgem sob a forma de concessões por parte dos familiares. Veja os casos de Abigail e Bárbara, que conseguem o que desejam – dinheiro, passeios, atenção,

fidelidade –, ao menos momentaneamente, em especial dos maridos, de quem mais se queixam. Como afirma Silveira (2000), estas atitudes que, de uma perspectiva médica, por vezes, são consideradas apenas sintomas (agressividade) de doença mental, podem também ser parte de estratégias femininas para controlar e gerir a vida cotidiana no enfrentamento das relações de poder entre os gêneros. Desta forma, mesmo que as entrevistadas não utilizem a violência de maneira consciente, esta acaba por ser uma forma de “protesto” contra as suas condições de vida, especialmente quanto à vida doméstica/conjugal, que é fonte de sofrimento.

6.2.4 Outras estratégias

A representação social dominante sobre a doença (inclusive a doença mental) no interior de um modelo biomédico de saúde organicista e atomizador pode reduzir o ser humano a alguém indefeso, inseguro, incompetente diante da doença. Também pode reduzir a sua capacidade de discernimento, decisão e ação sobre o próprio tratamento (González Rey, 2011). Vimos que isto é determinado não somente pelas limitações que a doença em si pode impor aos afetados, mas pelo atributo estigmatizante que é o diagnóstico psiquiátrico.

Apesar desta tendência às limitações, alguns entrevistados movimentam por si mesmos estratégias no enfrentamento da doença que são importantes para a melhora do seu estado psíquico. Elas envolvem a produção de sentimentos de utilidade, aumento da autoestima, sociabilidade. Neste sentido, para além do acesso ao tratamento formal de saúde e do cuidado pela família, os itinerários terapêuticos também são construídos a partir das iniciativas dos próprios usuários. Entre elas estão: o desempenho ocupacional (atividades laborais e criativas), o desempenho social (amizades, lazer, atividades físicas, religiosidade/espiritualidade, participação social), recursos da própria pessoa. Todas são apontadas como algo que gera sensações de bem-estar.

Assim, os entrevistados não elaboram significados apenas sobre as causas do mal-estar, mas também sobre os processos de recuperação. Como afirma Argenta (2010), os sujeitos são ativos nas tentativas de amenizar as suas perturbações. Neste estudo, cada uma das estratégias mobilizadas sinaliza que os itinerários terapêuticos vão bem além dos dispositivos formais de saúde. Sinaliza ainda para a pluralidade de modos de subjetividade. Cada pessoa com o diagnóstico psiquiátrico é capaz de alcançar autonomia em diferentes níveis a partir da recorrência a estratégias variadas. Este processo ocorre de maneira diferente e em tempos diferentes, para cada pessoa, e também sofre influências de gênero.

6.2.4.1 *Desempenho ocupacional: atividades laborais e criativas*

Um desempenho ocupacional é uma das estratégias com valor terapêutico. Isto engloba o trabalho e outras atividades de cunho criativo. Mesmo quando não conseguem, de fato, exercer uma atividade laboral, os entrevistados reconhecem o efeito positivo que esta pode(ria) ter sobre o seu estado de saúde. O primeiro benefício imediatamente visível e percebido pelos entrevistados é o poder que uma ocupação tem de preencher a mente. Funciona como distração para que não se foquem tanto na doença:

“Muitas vezes, dizem p’ra eu trabalhar, aqui mesmo, uns doutores já falaram p’ra trabalhar, mas eu trabalho e eles (vozes que afirma ouvir) continuam. Falaram que era p’ra eu procurar uma coisa, uma função p’ra me distrair [...] Quando eu falo desses problemas pr’o meu pai e p’ra minha madastra, eles me aconselham p’ra eu sair de casa, caçar um negócio p’ra trabalhar. Fazer uma coisa p’ra distrair minha cabeça porque eles acham que é besteira” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

“Na casa que eu ‘tou, o quintal é todo na cerâmica. Aí, não tem quintal. Mas tinha uns potes, assim, uns pés de planta, arranquei os pés de planta, joguei no mato e eu digo: ‘Vou ver se eu planto alguma coisa aqui p’ra ver se dá certo’. Plantei duas bichinhas de feijão nos potes. Quando começou a dar, eu apanhei feijão que deu p’ra gente comer um almoço e uma janta p’ra mulher e os meninos. Continuo plantando. Eu me entreto com eles, eu gosto deles. Quando eu ‘tou muito triste, eu olho p’ra eles e acho graça sozinho. Tem gente que diz assim: ‘Diabo de pessoa doida, abestada’. Mas eu acho graça sozinho dos feijão. Passo a mão neles, dizendo assim: ‘meus filhos’” (Crispim, M, 55 anos, separado).

A questão do trabalho surge, ao mesmo tempo, como “causa” e “alívio” do sofrimento. Relembramos alguns entrevistados reconstituíram suas experiências com a doença associadas ao mal-estar gerado em contextos de trabalho. Mas também associam a melhora do seu estado de saúde a estes mesmos contextos. Nota-se que, mesmo fora de um mercado que remunera, a preferência pelo trabalho enquanto uma estratégia de enfrentamento da doença descortina uma sensação de utilidade: *“Eu fui procurar essa atividade pra ganhar dinheiro. Meu pai dizia: ‘Pois procura, rapaz, p’ra ver se tu melhora, porque, se tu não melhorar...’. Eu até que melhorei, ‘tava melhor, queria me sentir útil.”* (Crispim, M, 55 anos, separado).

Observamos, ainda, que as atividades pensadas ou de fato executadas pelos homens correspondem ao tradicionalmente atribuído ao masculino num contexto rural, como a de roça, e/ou a serem realizadas na esfera pública. Quando falam da possibilidade de um trabalho, associam este à procura de algo fora da esfera privada. Mulheres entrevistadas, por sua vez, remetem a algumas atividades tradicionalmente tidas como femininas na esfera doméstica. Isto mostra o peso que o gênero tem sobre os processos de trabalho:

“Eu tomo medicação, mas, mesmo assim, todo dia eu tenho que me levantar cinco horas porque eu tenho que botar o lixo p’ra fora, tenho que limpar meu quintal, dar água pr’as minhas plantas, pr’o meu canteiro de cebola, fazer as coisas tudo. Eu tenho que ocupar minha mente com alguma coisa porque se eu só tomar o remédio e dormir... Eu já ‘tive assim, de só tomar o remédio e dormir... Eu até dizia ‘Senhor, eu sei que é p’ra minha saúde, mas eu

tenho que fazer alguma atividade porque, se eu não fizer, eu vou ficar dependendo só do remédio'. Se eu não fizer atividade, o que será de mim? Aí, eu comecei a fazer isso, aí, eu faço essas coisas de casa tudinho porque é isso que ainda ocupa a minha cabeça. Melhor que ficar sem fazer nada e ir pensar em besteira" (Deolinda, F, 52 anos, casada).

Nos itinerários terapêuticos, o sentido de utilidade decorrente do trabalho está presente tanto para homens, quanto para mulheres. Há um impacto positivo na autoimagem, mas influenciado pela ideia de habilidades masculinas e femininas. A opção por determinadas atividades ocupacionais corresponde a situações concretas de gênero. Todavia, outro estudo (Alves, 2012) revela que, na busca por recursos terapêuticos, romper com estes valores também pode ser benéfico à saúde mental. Alguns sujeitos participantes – homens com diagnóstico de doença mental em uma cidade de Portugal –, depois de terem interrompido uma trajetória anterior de trabalho por conta dos sintomas, conseguiram enveredar por caminhos alternativos na tentativa de melhorar a saúde. Por conta das próprias limitações impostas pelo diagnóstico e a sua consequente retirada da esfera pública, uns passaram a trabalhar com suas esposas em casa e dividindo as atribuições de forma mais igualitária, outros passaram a exercer atividades que jamais pensariam realizar antes, como cuidar de animais. De maneira similar, Bastos e Dantas (2003), numa análise do discurso de uma paciente psiquiátrica, concluíram que a experiência com a doença mental foi fundamental para que ela descobrisse um novo caminho profissional através da arte e, conseqüentemente, estabelecer novos vínculos com mais independência. De acordo com as autoras, os aspectos envolvidos neste processo estiveram associados a atributos culturalmente masculinos porque a entrevistada enunciava a sua capacidade de prover, de gerenciar conflitos sérios, enfatizava conquistas e valorizava o sucesso profissional, a expressão de emoções como a raiva – comportamentos associados ao modelo do homem tradicional. Os exemplos, do presente estudo e da literatura, mostram como é possível tanto o afastamento da identidade de doente, quanto o processo de reinserção social através de atividades laborais. E isto pode ocorrer para qualquer pessoa, independente da sua identidade de gênero e se a atividade que tenta exercer é mais “feminina” ou “masculina”. Há potencial terapêutico.

Além do trabalho no lar, algumas mulheres entrevistadas reconhecem atividades criativas enquanto recurso terapêutico. Conforme Leff e Warner (2006), a terapia por meio da arte certamente proporciona vantagens inegáveis nos tratamentos, apesar de a sua importância ainda merecer maior destaque na investigação científica. Eis alguns relatos: *“O que me entrete é isso, oh (mostra o crochê). Aqui, é um bico p’ra toalha [...] Aí, eu também faço bico de pano de prato, sempre ando com um crochezinho na bolsa, faço meus paninhos de prato p’ra poder vender”* (Catarina,

F, 56 anos, divorciada); “Sempre faço artesanato, mas faço só por esporte, mesmo, porque gosto. Não vendo, boto só de enfeite porque olhar p’ra ele me faz bem” (Leonor, F, 47 anos, solteira); “Quando eu não ‘tou no CAPS, eu faço, compro esses papéis que tem um lado brilhante e outro... Aí, eu faço boneca. Aí, minha forma de distrair é fazendo bonecas” (Serafina, F, 54 anos, separada). Mais uma vez, percebe-se que as mulheres repetem a tendência de recorrer a atividades associadas com o feminino, como o crochê. Catarina, além de desempenhar a atividade como forma de entretenimento, vende algumas peças que faz e obtém algum retorno financeiro. Leonor e Serafina relatam sentimentos de realização quando conseguem produzir peças através do trabalho manual.

Um dos entrevistados, Beto, desenha. Enxerga tal habilidade como um dom e refere a preferência por fazer desenhos de super-heróis: “Eu desenho. O desenho, p’ra mim, é, na verdade... Eu gosto. É um dom. Nem todo mundo tem esse dom de fazer um desenho de um super-herói, os guerreiros dos quadrinhos” (Beto, M, 30 anos, solteiro). Ao longo de nossas idas ao CAPS II, tivemos oportunidade de ver vários de seus desenhos, a maioria super-heróis. Neste caso, para além da atividade de desenhar em si, o conteúdo de suas produções revela um impacto positivo sobre a sua autoestima. É como se, de alguma maneira, ele pudesse projetar imagens de si, ou ao menos o que deseja ver, a partir daqueles personagens. Perguntamos o porquê de ele gostar de super-heróis e Beto respondeu que eram fortes e corajosos. Identifica-se com um estereótipo masculino, ao menos quanto à virilidade física e emocional, através da figura do herói reproduzida em seus desenhos.

O desempenho de atividades laborais ou criativas, menos sem um retorno financeiro, gera um sentido de autovalorização ao exercitar habilidades e competências. Pode também ser uma forma de melhorar as atitudes do público ao terem as suas atividades valorizadas (Leff e Warner, 2006). Para utilizar as palavras de Salles e Barros (2009: 15), “dentro daquilo que aparentemente é considerado como ‘nada para fazer’, ao se investigar o cotidiano com uma lupa, emergem diversas micropossibilidades de atividades e inclusão social”. Eles sentem que têm condições de serem ativos e produtivos, o que contraria uma ideia bastante presente no senso comum: a de que pessoas com doenças mentais estão fadadas à improdutividade/incapacidade.

6.2.4.2 Desempenho social: lazer, religiosidade/espiritualidade e estratégias de empoderamento

Aqui, traz-se à tona outro tipo de desempenho, o social, enquanto ferramenta no processo de recuperação de homens e mulheres diagnosticados com doença mental. O efeito mais perceptível é o da socialização, que ocorre sob diversas facetas: lazer (convívio com amigos, prática de atividades físicas, passeios), a frequência de espaços de religiosidade e as estratégias de empoderamento (defesa de direitos, militância, participação na esfera pública). Todas acontecem na comunidade onde se vive. O apoio social é algo previsto no processo de Reforma Psiquiátrica e implica em combater a exclusão, abandono e marginalização que constantemente rondam as experiências de pessoas com doenças mentais. O objetivo é promover uma reabilitação psicossocial, a reconstrução de laços rompidos ou, ainda, a construção de outros laços que auxiliem no desenvolvimento de sua autonomia.

Para visualizar como os entrevistados ativam o seu desempenho social, utilizamos a noção de redes sociais, que, para Salles e Barros (2013: 2130), correspondem a “um processo de construção permanente, tanto individual quanto coletivo [...] que através do intercâmbio dinâmico entre seus integrantes e integrantes de outros grupos sociais, possibilita a potencialização dos recursos que possuem”. Para as pessoas com doença mental, são de extrema importância quanto à sua inclusão social porque proporcionam a organização da identidade por intermédio do olhar e da ação de outras pessoas (idem). Redes sociais nocivas são potencialmente danosas à saúde das pessoas. Por outro lado, se estas redes são saudáveis e ativas, podem funcionar como fator protetivo no cotidiano, bem como ajudar nos processos de recuperação, especialmente para aqueles que vivenciam dificuldades para ingressar no mercado de trabalho. No nosso estudo, sentir-se acolhido, parte de uma rede social ativa, aumenta os sentimentos de autovalorização e, conseqüentemente, constitui um recurso terapêutico. Neste processo, são verificadas peculiaridades em função do gênero.

Como visto quanto aos impactos da doença na vida social, certos entrevistados sofrem com o isolamento social e a solidão. Todavia, apesar das limitações, alguns deles conseguem estabelecer vínculos nas suas comunidades através do lazer, isto é, um conjunto de atividades que não estão relacionadas com a esfera laboral. Como mencionam Salles e Barros (2009: 14), “o lazer é uma escolha pessoal, nasce de um interesse particular, de um desejo individual, pois as atividades de lazer estão em oposição às atividades obrigatórias”.

Neste trabalho, o lazer surgiu tanto no âmbito doméstico quanto fora dele. Nuno, por exemplo, refere uma série de atividades que realiza em sua própria casa:

“Eu fico, às vezes, em casa, fico vendo televisão, assistindo filme, desenho, que eu gosto muito, fico escutando música no celular, boto na caixa que eu tenho lá [...] Hoje, nos dias atuais, eu já avancei muito depois que eu conheci a tecnologia, o mundo informático, da internet. Eu gosto muito de pesquisa sobre política” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Acima há a referência para o bem-estar ocasionado pelo desempenho de atividades de lazer como ver televisão, ouvir música, acessar a internet. E, segundo Salles e Barros (2009), tais atividades, ainda que realizadas de maneira solitária, individual, são um recurso aos pacientes inclinados ao retraimento. Também não deixam de reportá-los ao mundo externo, pois fazem parte do mundo social. É o caso de Nuno, que acaba se conectando ao mundo externo pela televisão e, principalmente, pela *internet*.

Fora do âmbito doméstico, houve destaque para o convívio com os amigos, a prática de atividades físicas, os passeios para além do campo do “mental”, isto é, em espaços e com pessoas que não têm relação com o CAPS e a doença. Todas são formas de lazer que promovem a integração social:

“Em primeiro lugar, então, vem a medicação. Em segundo lugar, as pessoas, os amigos. E com os meus amigos, eu tento manter o vínculo, tento não ficar me martirizando com a doença, com os problemas [...] Eu gosto de assistir filme e passear” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

“Hoje, eu não caminhei, mas eu caminho. Quando eu não vou p’ra ginástica, eu caminho. Eu faço ginástica com elas (amigas) lá na capelinha de (localização) [...] Tem dia que eu sinto vontade de ganhar o mundo” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

“Curtir com as minhas amigas, conversar com as pessoas [...] Tenho muitos amigos, graças a Deus. Eles me ajudam. Conversam comigo, dão conselho, sentem quando eu não ‘tou bem. ‘Deolinda, vamos lá p’ra casa, vem conversar’. Eles me dão apoio, conversam comigo. Não me discrimina, me ajudam e eu gosto [...] Eu gosto de observar outras coisas, curtir a vida, sair, eu vou na rua, faço compra, eu gosto de tomar um sorvete na praça. Eu gosto de ver as coisas na rua, de entrar em loja p’ra observar as coisas mais baratas, as coisas mais bonitas” (Deolinda, F. 52 anos, casada).

Convém atentar para particularidades dessas estratégias pelas mulheres. Deolinda associa a sua situação – a de se sentir livre para passear e ter amigas fora do ambiente do CAPS – com o fato de o marido não ser uma pessoa que cerceia a sua liberdade. Enfatiza que, além de o companheiro ser uma pessoa compreensiva, ela faz o que sente vontade sem interferência da parte dele. Se quer passear, vai. Se quer sair com as amigas, sai. Não precisa de permissões. Não se submete. Este dado reflete que relações mais igualitárias de gênero, neste caso, expressadas pelo relacionamento conjugal, podem constituir um fator decisivo no processo de recuperação de uma pessoa com diagnóstico psiquiátrico. Assim, o fato de o marido da entrevistada não parecer ser um homem dominador é fundamental para que ela usufrua os benefícios do desempenho social enquanto estratégia importante no seu itinerário terapêutico.

Outro aspecto que merece destaque nas falas de Deolinda, Alexandra e Catarina é que, ao saírem de casa para passear e/ou ver os amigos, têm contato com o mundo fora do lar, ao contrário de outras mulheres entrevistadas, que ficam, por vezes, restritas ao espaço doméstico, sem ter outras vivências. Ainda, o fato de terem distrações do tipo sinaliza que estão gastando tempo e disponibilidade com elas mesmas. Pensam mais nas próprias necessidades. Tentam preservar os próprios interesses e conservar a vida social em detrimento da doença mental enquanto núcleo de suas existências. Os benefícios que encontram em tais atividades estão, em primeiro lugar, voltados para si e não para os outros, diferente do que costuma ocorrer com algumas destas mesmas mulheres em outras esferas da vida, seja no cuidado da casa, dos filhos, nas relações conjugais etc. Ademais, quando mantêm interações em que não são vistas pelos outros exclusivamente a partir de um atributo estigmatizante (a doença), podem usufruir de sensações de liberdade, autonomia, independência, controle da própria vida, apoio social potencialmente positivas para os seus estados de saúde.

Vários entrevistados, homens e mulheres, destacam a importância das amizades construídas no espaço do CAPS II. Pode-se depreender dos relatos que tais laços são benéficos à saúde por possibilitarem trocas de diversas naturezas. Cada usuário aprende um pouco com a experiência do outro. E isto inclui estratégias para lidar não apenas com a doença, mas com os acontecimentos da vida em geral. Envolve alteridade. Tal e qual no estudo de Salles e Barros (2013), o vínculo entre usuários do CAPS proporciona sentimentos de aceitação, segurança, ajuda e comunicação, já que, de certa maneira, todos estão “no mesmo barco”. A construção de vínculos permite conhecer a história de vida do/a amigo/amiga que também possui diagnóstico psiquiátrico e, por sua vez, ajuda a compreender a própria história e a identificar potenciais fatores de risco à saúde, inclusive quando isto engloba experiências de gênero: *“Eu fico vendo que um monte de amiga minha aqui é mal tratada demais pelos maridos. Eu não desejo isso p’ra mim”* (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Em diversas ocasiões, presenciamos o estímulo por parte dos profissionais para que os usuários dessem continuidade à amizade em espaços e momentos não restritos ao CAPS II. Também ouvimos relatos sobre usuários que se encontram fora do CAPS II com os mais diversos fins, os quais se destacaram as ocasiões de festividade e os momentos em que algum estava em crise e recebeu o apoio dos outros.

Ainda sobre as estratégias, particularidades surgiram quanto ao desempenho social para os homens. Uma delas diz respeito ao uso de álcool acompanhado de outros homens como recurso para atenuar o sofrimento psíquico ou, como soa popularmente, “afogar as mágoas”:

“Eu, toda vida, quando eu bebia, eu era mesmo de tomar um porre, mesmo. Minha vida ‘tá ruim e eu vou beber mesmo. Nunca fui de tomar uma cerveja p’ra ficar lúcido. Já cheguei a beber por causa de crise, porque minha vida não ‘tava legal, beber p’ra esquecer as coisas ruins da vida [...]. Era alguma coisa que a gente acha que preenche, pelo menos instantâneo, porque depois acontece de voltar tudo de novo e ainda com algum agravante” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Apesar de reconhecer os riscos que o consumo de álcool pode acarretar, principalmente para quem faz uso de medicamentos psicotrópicos, para Nuno, ele funciona como um alívio, ao menos momentâneo, das situações de estresse. Não surpreende pensar que esta prática surgiu enquanto estratégia para lidar com o sofrimento psíquico entre os homens do estudo, haja vista que é culturalmente mais comum que eles façam o uso de substâncias psicoativas com as mais diversas finalidades, do lazer ao drama, da alegria à tristeza. Algo similar foi encontrado no estudo de Bezerra (2017) sobre homens do estado da Paraíba (nordeste brasileiro) e vulnerabilidade a transtornos mentais comuns: alguns faziam uso de bebida alcoólica como forma de fugir e aliviar os problemas.

Outra estratégia utilizada no enfrentamento da doença mental é a prática da religiosidade/espiritualidade. Além de benefícios psíquicos, também gera benefícios sociais porque possibilita o contato com as pessoas que frequentam as paróquias, igrejas, centros espíritas, terreiros de umbanda, ou seja, os espaços onde ocorrem mais concretamente as práticas religiosas. Depois do CAPS II, pode-se dizer que constituem a via mais propícia para que se estabeleçam vínculos sociais, visto que a maioria dos entrevistados dificilmente frequenta outros lugares para além destes: “*Eu, quando saio, só vou mais pra missa*” (Flora, F, 28 anos, separada). Assim, fazem amizades com as pessoas nestes contextos acessando uma rede de solidariedade benéfica ao estado de saúde. Algo semelhante foi constatado por Salles e Barros (2013): as autoras verificaram que igrejas católicas e evangélicas foram consideradas pelos seus sujeitos de pesquisa (usuários de saúde mental) espaços acolhedores e receptivos para com todos que quisessem participar da religião proposta e, muito frequentemente, a principal motivação para participar de um grupo religioso era o contato social e não a religiosidade em si. Vale ressaltar que isto teve destaque na fala das mulheres no nosso trabalho, que, por vezes, enfatizaram o afago recebido nas comunidades religiosas que frequentam. Frequentemente, isto contrasta com o tipo de acolhimento que receberam por outras vias (como o tratamento biomédico) ao longo de sua carreira moral de doente:

“A igreja. Ajuda. Hoje mesmo, eu vou. Eu já frequentava antes, tenho seis anos de carismática, mas hoje mesmo eu tenho grupo. Me dá força. Eu tenho amizade na igreja. Um apoio danado. Me aconselham muito, conversam. Vou p’ra casa de oração. É uma ajuda” (Catarina, F, 56 anos, divorciada).

“A minha religião, como eu sou espírita, ajuda. Eu fui procurar um aconchego nas pessoas, tirar algumas dúvidas” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

“De vez em quando, eu vou p’ra umbanda. Foi uma mulher que me levou, dizendo que meu problema era espiritual [...] Faz bem porque a gente se sente menos só” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Outros estudos analisaram os benefícios dos vínculos construídos através das práticas religiosas especialmente por mulheres. Silveira (2000) verificou que os itinerários terapêuticos trilhados por nervosas de Florianópolis, sul do Brasil, envolviam tanto o tratamento convencional (biológico), quanto o espiritual. Mas, na consulta médica, as pacientes buscavam aval social para sua condição e explicações para o seu sofrimento e, na via religiosa, buscavam solidariedade, compreensão e intermediação com o sobrenatural. Se, na maioria das vezes, não encontravam um ouvinte solidário no tratamento convencional, por outro lado, a postura dos outros agentes, como os benzedores, inspirava paciência e compreensão. O estudo de Argenta (2010) verificou que o processo de tratamento e cura de mulheres voluntárias de uma Pastoral da Saúde diagnosticadas com depressão em Florianópolis, sul do Brasil, englobava com grande grau de importância o lado espiritual. Algumas mulheres atribuíam a este lado a “causa” do sofrimento, por conta de uma mediunidade não desenvolvida, por castigo ou por uma “coisa ruim” enviada por outra pessoa, e viam no tratamento espiritual uma mediação com o sobrenatural. Outras, não atribuíam a causa da doença ao lado espiritual, mas recorriam ao tratamento espiritual em busca de “lavar a alma”, libertar-se de mágoas, rancores ou raivas que poderiam estar por trás da mesma. Em quaisquer casos, as mulheres, sendo voluntárias de um grupo ligado à igreja católica, relataram a importância desta atividade como sendo de grande valia para a sua recuperação, especialmente por dois motivos. O primeiro estava relacionado com o caráter ocupacional da atividade – o trabalho voluntário possibilita sair de casa e ocupar a mente. O segundo estava relacionado com o caráter social – na Pastoral, elas desenvolviam uma rede de amizade e solidariedade, encontravam outras mulheres com sofrimento parecido. Yuasa (2012), em seu estudo sobre mulheres com depressão, revelou que as principais estratégias por elas adotadas para lidar com a doença foram as crenças e práticas religiosas e o uso de medicações. A respeito da primeira, a autora constatou que algumas mulheres consideravam tais crenças/práticas mais eficazes que a própria psicoterapia.

Alguns homens no nosso estudo também recorrem à religiosidade enquanto recurso para melhorar o estado de saúde. Entre eles, todos buscaram apoio na igreja evangélica. Tal como a maioria das mulheres, expressam a intenção de aumentar a sua rede social, mas há certas particularidades de gênero presentes nos itinerários terapêuticos masculinos que envolvem a religiosidade. Vejamos:

“No meu caso, eu ouvia umas bandas de rock, então, um dia, eu ‘tava ouvindo em casa e senti uma escuridão das músicas. Aí, eu também olhei pr’as necessidades da minha família, meus pais muito pobres, com dificuldades. Eu andava muito no mundo, fazia o que não era certo, comecei a beber cachaça. Altas confusões, altas confusões. Na cabeça... Então, eu pensei em buscar alguma coisa p’ra mim também. Eu escutava as músicas de rock; hoje, não escuto mais. [...] Eu lembro das letras, mas não seria bom eu cantar essas músicas. É música do mundo. Tinha letra pesada que fazia apologia às drogas, apologia às pessoas irem procurar os seus direitos, coisas políticas. Às vezes, falavam coisas que eu não podia ser apegado. Apologia às drogas, beber, conquistar uma garota de um jeito... Como se diz... Muito rock. Se sentir mais forte que ela, maior que ela. Aí, essas músicas influenciam a gente assim. O funk, o rap também, de drogas, de fazer coisas que não têm a ver com a igreja. Rock... Essas músicas falam de coisas que levam um jovem a querer se suicidar [...] Aí, eu comecei a ir (para a igreja evangélica). É bom porque a pessoa consegue a salvação por intermédio de Jesus Cristo. Me falaram também p’ra me concentrar em Jesus Cristo primeiro p’ra ver se eu esqueço desse satélite. No Evangelho, Deus não obriga a gente a ir p’ra igreja. Não obriga. Nós, se quiser, vamos. E as músicas gospel, que são músicas evangélicas, elas falam de oração, falam de adorar a Deus. A pessoa que procura a Igreja é porque ela quer algo pr’o coração, quer tirar uma pedra do coração. Nós, existe situações, que talvez a gente esteja cheio de baratas, de ratos. Às vezes, a gente pode se sentir sujo, mas a gente quer algo p’ra nós porque não queremos morrer. A promessa que nós temos é de uma vida eterna, de ir pr’o céu. E a gente vai pr’o céu através de Jesus Cristo. Adorar ele, louvar, orar, buscar ele” (Beto, M, 30 anos, solteiro).

Para compreender melhor a adesão de Beto à igreja, mencionamos o trabalho de Rocha e Torres (2009), que analisaram a história de vida de um jovem de 26 anos, pertencente às classes empobrecidas, sem qualificações para o trabalho, adepto da igreja Universal do Reino de Deus. Os autores explicam que a conversão de pessoas, especialmente aquelas mais pobres, à religião evangélica não se encerra no fato de elas serem mais “ignorantes” e, portanto, mais facilmente “cooptáveis” pelo discurso religioso. Há outros fatores envolvidos neste processo. A igreja constitui grande fonte de otimismo a despeito das limitações que a vida empobrecida reserva. Em algum momento, no seu modo de vida completamente hedonista, o jovem se viu abatido pela prisão e pela doença. Os autores definiram ambas como a “grande ressaca” que fez com que ele repensasse o modo de vida delinquente que levava. Passou a se confrontar com um mundo de emoções e impulsos que não desejava mais seguir e com os quais não queria mais se identificar. E é por meio da religiosidade mágica neopentecostal que modifica e controla o seu “eu”, mesmo que não a partir de uma reflexão autocrítica, atribuindo o que há de incontrolável neste “eu” à influência de forças exógenas (“macumba”, “olho grande”, falsos amigos). Na análise dos autores, a igreja auxilia o jovem a lutar contra as disposições adquiridas ao longo da vida durante o processo de socialização que faziam dele um “fracassado”. A igreja gera otimismo e aumenta as esperanças sobre a vida financeira e sobre a ascensão pela via do trabalho regular ou do empreendimento autônomo. Protege contra a doença, o desemprego, o desânimo, a destruição pessoal. As apostas de ascensão social incentivadas pela religiosidade representam a discrepância entre as expectativas subjetivas das classes empobrecidas e a sua baixa probabilidade objetiva de alcançar o esperado. Isto explica, em parte, por que esta classe social está sobrerrepresentada em tal forma de religiosidade. A adesão à igreja não se encerra,

portanto, apenas na “tolice”, na “ignorância”, mas atua mesmo enquanto forma de luta/mecanismo de resistência contra o “mal” ou, mais exatamente, contra o rebaixamento social que não permite muitas certezas sobre um futuro a curto ou a longo prazo (Rocha e Torres, 2009).

Essa análise nos oferece alguns elementos para perceber como a igreja funciona enquanto estratégia terapêutica para Beto. Os autores focam na questão de classe, mas a história de Beto possibilita que vejamos a interseção daquela com o gênero. No capítulo anterior, identificamos uma série de incômodos relatados pelo entrevistado: compreendemos que, de alguma maneira, sofre por ser pobre e não desfrutar de certas “honorarias”. Relata sofrer gozações por parte de vizinhos e amigos por não ter posses. Além disso, praticou um estilo de vida que englobava o uso de drogas, o hedonismo, a falta de um trabalho. Relembramos que Beto afirma ouvir vozes dizendo que ele é “vagabundo” por não trabalhar. Na sua fala, as pessoas que “controlam o satélite” dizem que ele é homossexual e que deve se tornar uma mulher. Como também visto, os delírios e alucinações (vozes que ouve) guardam muito das nossas disposições socioculturais.

A menção à igreja aparece reiteradamente na fala de Beto. Atua como recurso para que ele pense menos no satélite que tanto gera aflição. Entretanto, para além de uma motivação estritamente religiosa, no sentido de ter fé e dos imperativos sagrados, a esperança de Beto em tal templo se relaciona com um próprio sentido de si. Há também, assim, motivos sociais na orientação por tal ferramenta terapêutica mesmo que o ator não tenha consciência disto. A adesão a um estilo de vida guiado pela igreja faz com que ele se aproxime de características mais desejáveis, ao mesmo tempo que o afasta de outras que possam pôr em risco o tipo de pessoa que deseja ser. Ou melhor, o tipo de homem. Por exemplo, para ele, as músicas que ouvia antes despertavam sensações de escuridão, estimulavam o uso de drogas e até o suicídio. Por outro lado, o envolvimento com a igreja – pelos ensinamentos, pelas mensagens das músicas – é potencialmente capaz de despertar outras sensações e até outros hábitos (não usar drogas, pensar em conseguir um trabalho, ter um relacionamento estável com uma mulher, ficar mais “sossegado”) que, não coincidentemente, faz pensar na imagem tradicional de um “homem de bem”, de “boa índole”. O *habitus* que Beto incorpora a partir de suas interações sociais no contexto da igreja sugere formas específicas de pensar, agir, sentir, um modo de vida mais disciplinado. Dito de outra maneira, ajuda a alicerçar a construção de uma dada identidade de gênero. A “salvação”, para utilizar um termo tão presente nesse contexto específico em torno da religiosidade, tem íntima relação com um dado modelo de masculinidade. Outros

entrevistados homens recorrem à igreja no mesmo sentido: “*Eu também vou p’ra igreja. É porque eu ‘tou gostando, ‘tá me fazendo bem. Ah, eu acho que eu fico repensando nas coisas erradas que eu fiz*” (Ciro, M, 43 anos, solteiro); “*Mas eu mesmo caí em mim, vi que ‘tava errado (fazendo referência a outro estilo de vida distinto da igreja), voltei e, graças a Deus, agora ‘tá tudo normal. Voltei pra igreja*” (Abel, M, 39 anos, casado).

Pode-se reafirmar que alguns aspectos da moralidade cristã valorizados por sujeitos deste estudo coincidem com atributos socialmente esperados de um homem: potência, responsabilidade, capacidade de provimento, honestidade. Em outras palavras, a busca pela saúde mental passa pela polarização entre a “carne” (representando os “vícios”, os impulsos, as efemeridades de uma vida “mundana”) e o “espírito” (representando a estabilidade, os hábitos saudáveis, a disciplina). Mesmo que, na prática, seja difícil alcançar as características que representam o espírito, quem delas desvia será considerado parte do grupo pertencente a uma masculinidade marginalizada, para usar os termos de Connell (1997). Tentar chegar o mais próximo possível destes atributos – e guiados por crenças, comportamentos, movimentos relacionados com uma dada religiosidade - confere a estes homens um sentido de si mais positivo e acaba se constituindo uma das etapas dos itinerários terapêuticos por eles percorridos.

Ainda sobre a religiosidade e a espiritualidade, é necessário mencionar quando, por outro lado, podem constituir um entrave aos itinerários terapêuticos. Nem sempre funciona como medida de empoderamento, libertação ou melhora da saúde. Veja-se o caso de Abel:

“Eu vim entender depois... Antes, eu achava que isso (doença) era outra coisa. Geralmente, quando a gente ‘tá... Principalmente quando a gente frequenta a igreja, né? A gente pensa que tudo é o diabo. Eu vim ter a noção que não era o demônio porque, quando eu passei a tomar a medicação, tudo isso sumiu. Se fosse espiritual, não sumia, ficava todo tempo. E, quando eu tomo a medicação, some [...] Eu comecei a entender: ‘Rapaz, então, não é pessoa, não (sobre as vozes que afirma ouvir)! É o meu psicológico, isso!’ [...] Sofri foi tempo achando que era espiritual” (Abel, M, 39 anos, casado)

No caso de Abel, é possível afirmar que uma forte adesão religiosa obstaculizou, até um dado momento, a melhora da sua saúde mental. O entrevistado afirma ouvir vozes e chegou a atribuir isto necessariamente ao “diabo”, ao afastamento da vida na Igreja. Havia um conformismo quanto à explicação em torno do que sentia. Se ouvir vozes era algo exclusivamente de cunho espiritual, a busca por outras alternativas para melhorar não acontecia e o sofrimento psíquico se prolongava. Apenas quando começou a frequentar o CAPS II, reconheceu que o que sentia podia ter relação com aspectos de outra natureza (“Era o meu psicológico!”). Isto sugere que a religiosidade tem uma relação contraditória com a saúde mental. Ora pode significar liberdade, ora aprisionamento, e ponderar sobre esta ambivalência é de extrema importância na melhora dos estados de saúde.

Até aqui, vimos como os entrevistados se beneficiam de um desempenho social em contextos variados como os de lazer ou dos espaços religiosos, ao longo de seus itinerários terapêuticos. Há, entretanto, outros aspectos que facilitam este desempenho e potencializam a melhora da saúde. Correspondem às estratégias de empoderamento. Conforme Vasconcelos (2005: 231), empoderamento significa o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”. Um empoderamento é possibilitado pela adoção de diferentes atitudes políticas, tais como a participação em eventos na esfera pública, a defesa dos próprios direitos, um conhecimento mínimo do funcionamento da rede de saúde, entre outros. Vejamos o relato de Deolinda:

“Às vezes, eu participo da Âncora, de Teresina. Se você ver, eu até ganhei o ‘coiso de lá. Como não teve o carro, a gente não foi. Esse ano, não teve porque o governo não liberou. Era p’ra eu ir, o encontro de todos os usuários do CAPS, de Teresina, Água Branca, Floriano, Luzilândia, daqui de Parnaíba, vários lugares que vão. Este encontro que teve aqui em Luiz Correia, na hora lá que a gente foi p’ra mesa, quando terminou disseram assim: ‘Você queria dizer alguma coisa?’. Como tinha muito estudante de Parnaíba fazendo universidade, se formando, essas coisas assim. ‘Eu queria tanto que esse encontro fosse mais em Parnaíba porque Parnaíba é a segunda cidade do Piauí. Então, tem muito estudante de Parnaíba. Por que que nós não votamos p’ra ser lá?’. Aí, todo mundo ficou olhando, aí, os estudantes levantaram e bateram palma p’ra mim e tinha muita gente, muita gente. Eu nem fiquei com vergonha, eu fiquei assim orgulhosa porque eu não sabia muito ler e, na hora, eu conversei bastante. Eu até ganhei uma passagem p’ra ir pr’o Rio de Janeiro, mas eu dei p’ra ir outra moça no meu lugar. Eu ganhei. A (profissional) disse: ‘Você ganhou uma passagem p’ra ir pr’o Rio de Janeiro’, que era o encontro nacional. Eu queria ir. De burra que não fui. Depois, eu me arrependi. Mas, na próxima, eu não vou perder mais (No evento de usuários, amigos e interessados em saúde mental). A gente foi p’ra praia, teve festa, teve samba. Quem dançava melhor, ganhava caixa de chocolate. Aí, é tudo de bom p’ra nós, p’ra quem participa, tanto pr’os profissionais, como pr’os pacientes” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

A entrevistada faz referência à sua participação em eventos voltados para a saúde mental. Nessas ocasiões, ela costuma falar sobre a sua própria experiência enquanto experiente e usuária de um serviço de saúde mental. Percebe-se o seu entusiasmo quando refere ter sido aplaudida em diferentes ocasiões nas quais se expôs nesses encontros: *“Eles sempre me chamam pra participar. Eu gosto de ir e de falar”* (Deolinda, F, 52 anos, casada). Ser aplaudida, inclusive por pessoas que não carregam o rótulo psiquiátrico, legitima a sua fala e impacta positivamente a autoestima. Pelo menos naquele momento, sente-se respeitada e valorizada. Outra face do empoderamento surge quando Deolinda questiona a postura de alguns profissionais no cotidiano dos serviços quanto à questão da privacidade no atendimento. Ao fazer isto, reafirma os seus direitos enquanto cidadã:

“Eu queria ir p’ra consulta e ela com a porta aberta e eu: ‘Quando eu chegar aí dentro, a gente vai conversar. A partir que você ‘tá com um paciente dentro do seu consultório, é p’ra ficar com a porta fechada porque vocês se formam, fazem um juramento e tudo, então, vocês tem que respeitar porque, aí dentro, vocês vão fazer exame, vão examinar as pessoas e os outros não podem ficar olhando o que a pessoa tem. Então, você não pode fazer isso. E,

se a senhora ‘tá com a porta aberta, eu ‘tou escutando o que a senhora ‘tá dizendo, eu não sou surda. A senhora tem que fechar a porta!’ [...] Eu disse assim no posto de saúde: ‘Mas quando a pessoa trabalha na área de saúde, é direito meu’” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

Conhecer e reivindicar que sejam exercidos os próprios direitos enquanto usuária da saúde mental, por sua vez, pode potencializar que se receba uma atenção mais eficaz por parte dos profissionais que prestam cuidado. Abaixo, Deolinda narra uma situação na qual conseguiu negociar com os profissionais de um serviço de saúde sobre o tipo de atendimento que deveria receber. Além disso, a entrevistada mostra o conhecimento que possui tanto sobre a rede de saúde do município (foi até um serviço de atenção primária sabendo do seu direito de ser atendida lá), quanto da própria ideia de integralidade na saúde (a saúde não diz respeito apenas à “cabeça” ou a qualquer outra parte específica do corpo, mas engloba tudo isso):

“Eu disse p’ra eles: ‘Vocês não querem me atender porque eu faço tratamento no CAPS, mas nem todo o tempo o CAPS também pode atender tudo da gente porque tem os postos de saúde e eu tenho direito. Eles lá tratam da cabeça e não do corpo todo toda hora’. E eu disse p’ra médica: ‘Vocês não querem me receber por quê? Eu ‘tou com pressão baixa, ‘tou com tontura, a enfermeira me tratou mal dizendo que eu ‘tou assim porque eu não como feijão. Doutora, se feijão curasse,nós, ninguém ficava doente porque eu como feijão [...]’ Me atenderam” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

Nas interações sociais no cotidiano dos eventos e/ou serviços de saúde mental, há espaço para a uma militância. Mais ou menos munida de consciência política sobre as barreiras que surgem ao longo de sua carreira moral, Deolinda desafia a lógica que cristaliza tantas pessoas em sofrimento psíquico, isto é, a que tutela e reduz à passividade. Usa o poder da fala, contesta, resiste, argumenta – tarefas militantes. Empodera-se não apenas enquanto usuária da saúde mental, mas enquanto mulher. Sai do espaço privado e da rotina do cuidado para com marido, filhos, casa, para exercitar a voz e participar de decisões políticas num espaço público. Faz-se ouvida. Quando fala enquanto usuária, também está a falar enquanto mulher. Expõe o que é ser mulher com doença mental. Questiona a hierarquia existente entre profissionais e usuários. Faz valer os seus direitos. Cuida de si. Suas ações acabam enveredando para a transformação num nível mais coletivo por demonstrar que usuários da saúde mental não se reduzem à sua condição diagnóstica. Porém, a transformação também é sentida num nível mais individual, haja vista que ser assim, como ela afirma, “ativa”, interfere positivamente no seu estado de saúde. Assim, ações que geram empoderamento produzem não apenas repercussões políticas, mas também terapêuticas.

6.2.4.3 Recursos da própria pessoa ou autocuidado

Os entrevistados também mobilizam seus próprios recursos diante da doença mental. A este respeito, Vasconcelos (2005) chama de cuidado de si as estratégias que mobilizam a iniciativa e a vontade individual de cada pessoa para reacionar aos desafios pessoais concretos postos pela doença mental. Aqui, estes recursos englobam características como curiosidade, autonomia, altruísmo. Tais estratégias podem ser materializadas em posturas como a curiosidade sobre questões de saúde mental ou/e sobre a própria doença, expandir a própria autonomia (“aceitando” a doença para dela tratar, mudando de casa para se sentir melhor, desenvolvendo medidas para neutralizar os sintomas) e, ainda, exercitar o altruísmo ao ajudar pessoas que passam por problemas de saúde mental ou de outra natureza. Tudo isto ajuda a produzir mudanças comportamentais, de crenças e de estilos de vida com potencial terapêutico.

A informação e o conhecimento sobre questões de saúde mental mostraram-se decisivos no seguimento dos itinerários terapêuticos. Não saber ou saber pouco a respeito constitui um entrave ao processo de recuperação:

“Eu só soube que isso era coisa que tinha tratamento na fase adulta. Esse foi o meu maior sofrimento. Quando eu era adolescente, eu só ia p’ra emergência, não compreendia o que era, não fazia tratamento [...] A partir daí, eu tinha algumas informações, eu sabia que existia aquela doença em algumas pessoas porque, até então, eu achava que eu era único no universo” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Eu não sabia nada. Não sabia de depressão, nem nada. Sabia que eu ‘tava eufórica, oh, eu ficava assim (levanta e gesticula): eu ia p’ra uma praça, falava com todo mundo que passava” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Por outro lado, ser curioso sobre a própria doença se constitui enquanto estratégia nos itinerários terapêuticos. Alguns entrevistados tiveram a iniciativa de buscar conhecimentos sobre a própria condição. Os relatos apontam para os aspectos positivos desta postura:

“Eu vi na televisão. Não foi médico. Eu vi na televisão, só. [...] Aí, quando eu assistia televisão e passava aquelas matérias que sempre passam sobre pessoas que tinham síndrome do pânico. Síndrome do pânico, mas o que eu mais ouvia falar na televisão era das que tinham síndrome do pânico e não ansiedade porque o transtorno de ansiedade também é uma doença. Mas eu não tinha noção de que a ansiedade exagerada era uma doença [...] Eu achava que, nesse mundo, era impossível existir outras pessoas tipo eu [...] Era uma ignorância minha, eu achava que era uma coisa só minha, incompartilhável, porque eu pensei quem era nesse mundo que sentia umas coisas tão estranhas e sem noção? [...] Eu comecei a acreditar que eu podia ter tratamento” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

“Eu sabia que tinha gente que tinha esses problemas, eu pensava que era doido, mas nem todo mundo que tem esses problemas é doido. Qualquer pessoa pode ter isso. Hoje, eu me informei melhor e sei disso” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“O que eu sabia era por causa da minha mãe e por causa do meu acesso à internet. Eu pegava os meus sintomas, jogava na internet e me diagnosticava. Por incrível que pareça, o que eu encontrava quando eu acessava a internet lá em São Paulo, foi o que o médico falou depois. Bateu. Eu ficava madrugadas e madrugadas só na internet. Eu fui constatada como síndrome do pânico, depressão psicótica e bipolar. Tudo isso [...] Meu humor se alterava rapidamente, ficava oscilando e eu não sabia o que era. Eu não sabia o que era aquilo, mas eu tinha internet o

tempo todo e, claro, por causa da minha mãe. Eu me perguntava: ‘Meu Deus do céu, o que ‘tá acontecendo comigo? Eu ‘tou quase fazendo a mesma coisa que a mamãe!’ (que, segundo Alexandra, também tem o diagnóstico psiquiátrico). E eu lendo na internet, como curiosa que sou, aparece a doença. Você percebe, dos dezasseis aos vinte e quatro anos, você vai começando a perceber a doença, você ‘tá ali dentro, você vai percebendo [...] Vai ajudando a se conhecer melhor e a tentar se ajudar mais” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Algo semelhante foi verificado por González Rey (2011). Em seu estudo de caso com uma paciente diagnosticada com câncer, o autor constatou que procurar informações sobre a própria condição implica num indicador do caráter ativo e decidido diante da doença. Tal postura pode promover o conhecimento de alternativas, de elementos para se colocar diante do tratamento e da doença. Implica envolver-se enquanto sujeito no processo de adoecimento.

Vários entrevistados não tinham qualquer informação sobre questões de saúde mental antes de manifestar os sintomas da doença. Em alguns casos, permaneceram tempos sem saber do que/porque sofriam e descobriram informações sobre o próprio estado somente quando estavam numa situação crítica de sofrimento. Alguns sequer verbalizavam sobre os incômodos causados pelos sintomas, mesmo para pessoas mais próximas. A busca por conhecimento sobre a doença mental foi influenciada pela perspectiva biomédica e, de alguma maneira, isto favoreceu os itinerários terapêuticos. Tal qual visto a partir do relato de Nuno, descobrir que não é a única pessoa no mundo que sente “coisas estranhas” porque o que se tem é uma doença foi decisivo na busca por melhora. Ou, com Serafina, saber que é uma doença ajuda a perceber que, como tal, pode acontecer com qualquer um, seja qual for o seu estatuto social. Ou, com Alexandra, conhecer mais sobre a própria condição facilita o autoconhecimento (por exemplo, quais os gatilhos que podem gerar uma crise) e, conseqüentemente, a recuperação. Se é doença, tem “remédio”. Pode ser cuidada com tratamento profissional. Mesmo nos casos em que não se visualiza uma solução eficaz e definitiva, uma cura, há chance para a melhora.

Outro recurso colocado em prática diz respeito à expansão da própria autonomia. Isto pode ocorrer a partir de diferentes maneiras.

“Eu comecei a entender: ‘Rapaz, então, não é pessoa, não (sobre as vozes que afirma ouvir)! É o meu psicológico, isso!’. Eu comecei a luta contra a minha mente, comecei a não aceitar quando o pensamento vinha, eu comecei a falar comigo mesmo. Procurei entender que a minha mente é como um labirinto e eu ‘tava entrando num labirinto, mas não sabia a saída e eu precisava retornar ao que eu era antes” (Abel, M, 39 anos, casado).

“Eu agora ‘tou morando sozinha. Uma coisa que eu nunca tinha pensado em fazer. Às vezes, eu me sinto sozinha, mas é melhor que morar com ele (marido violento) e com elas (filhas) porque só tinha briga [...] Sim, eu me sinto melhor!” (Serafina, F, 54 anos, separada).

O ganho de autonomia implica o alcance de um grau relativo de autossuficiência enquanto pessoa a despeito da doença. Consegue-se desenrolar mais ou menos sozinho/a alguns

recursos. Por exemplo, “aceitar” a doença, conviver com ela, mas tendo o mínimo de autogovernança no enfrentamento. Há o caso de Abel, que desenvolve as próprias “técnicas”, ou estratégias cognitivas (Leff e Warner, 2006: 91), como a mudança de foco de pensamento (fixar que o problema não é simplesmente algo de natureza espiritual) para neutralizar sintomas. Menciona-se também mudanças na gestão da própria vida que podem produzir bem-estar, como no caso de Serafina: esta, que ao longo de décadas sofreu violência por parte do marido, resolveu sair da casa onde vivia com ele e as filhas para viver sozinha. Refere melhoras no seu estado de saúde. Inclusive, a consequência da medida tomada por Serafina, ou seja, o progresso no seu itinerário terapêutico, fortalece a ideia de que as doenças mentais não estão reduzidas a um funcionamento anormal do cérebro. Se assim fosse, afastar-se do ambiente violento não ocasionaria efeitos positivos. Como o sofrimento não se reduz a um desequilíbrio químico, há espaço para que a pessoa aja em prol de si, tal como fez Serafina. Ela também percebeu que era capaz de viver sozinha e rompeu com a rigidez da hierarquia familiar na qual ser mulher/mãe/esposa implicava sofrer violências de todo o tipo. Mudar o estilo de vida gerou empoderamento enquanto ser humano de uma maneira geral (teve que aprender a viver sozinha) e enquanto mulher (quanto à sua condição de gênero).

Por fim, outro recurso mobilizado por alguns entrevistados é o altruísmo. Ajudar outras pessoas melhora o próprio estado de saúde. A ajuda pode ser direcionada para companheiros de CAPS que estão em crise, mas também para qualquer pessoa que enfrenta problemas de outra natureza. Deolinda descreve a sua experiência:

“Eu me sinto mais feliz quando eu posso ajudar o próximo porque eu ‘tou ajudando uma pessoa que sente fome, que sente sede, tudo porque eu já passei por isso. De que adianta eu estar com a barriga cheia e o meu vizinho ter fome? Se eu posso dividir... Deus me dá força! Se eu tenho esse quilo de arroz, eu vou fazer e vou dar um prato de comida p’ra essa pessoa porque ela ‘tá precisando e eu não sei o dia de amanhã. Isso me faz me sentir melhor, me tira do desânimo, me deixa mais alegre, menos depressiva” (Deolinda, F, 52 anos, casada).

Ajudar o próximo é se ajudar na medida em que aumenta o sentido positivo sobre si. Cuidar de outra pessoa exige o mínimo de responsabilidade e revela certa autonomia. Algo semelhante foi verificado por Tornquist, Andrade e Monteiro (2010) em um estudo sobre mulheres aflitas em Santa Catarina. Conversar e, nomeadamente, assumir a função de escutador para com outras pessoas que estão passando por situações difíceis tem valor terapêutico.

O autocuidado e o cuidado com o outro são mobilizados por homens e mulheres deste estudo. Percebe-se que medidas relativamente “simples”, “básicas”, no sentido de poderem ser executadas pela maioria das pessoas, podem gerar empoderamento capaz de melhorar a própria saúde. Refletem a possibilidade que o sujeito tem de ser ativo no seu próprio itinerário

terapêutico. O impasse está no fato de que, muitas vezes, tais medidas têm o seu potencial ignorado por outros discursos com mais autoridade. Em outros casos, há descrença sobre a capacidade e competência de as pessoas com diagnóstico psiquiátrico desempenharem tais medidas para si. Há sempre o que se fazer para além das alternativas tradicionais e os recursos mobilizados por cada um vão depender, em grande escala, da sua própria história de vida, o que abarca as suas vivências de gênero.

6.3 Desejos e planos para o futuro

Nesta seção, elencamos o que os entrevistados desejam e planejam sobre o futuro. Alguns relatos soam mais otimistas, outros nem tanto. A maioria deles remete para a melhora do estado de saúde. Os menos otimistas não conseguem enxergar esta melhora a longo prazo e isto acaba influenciando as expectativas sobre o futuro: sem saúde, é difícil concretizar novos projetos de vida ou retomar projetos anteriores. Os relatos mais otimistas demonstram resiliência e atestam uma melhora (ou, ao menos, vontade e crença para tal), o que facilita vislumbrar concretizações em outras esferas da vida em um prazo mais ou menos largo. É possível perceber que desejos e planos também sofrem influências de uma ordem de gênero.

Para algumas mulheres, as projeções não são tão positivas. Os relatos sugerem uma paralisação da vida diante da cronicidade da doença:

“Eu acho que não porque, às vezes, eu penso que eu vou morrer. Tem dia que eu amanheço tão sufocada que eu fico sem comer, sem dormir, eu fico pensando só na morte. Fico me vendo, vendo eu morta. Eu não consigo fazer plano” (Serafina, F, 54 anos, separada).

“Eu fiz tanto plano na minha vida que foram por água abaixo que eu já não faço mais planos. Por causa da doença. Tipo estudar, trabalhar. Eu queria viver trabalhando, fazer uma faculdade, estudar. Eu queria ter uma vida, entre aspas, normal. Fazer planos, gastar, viajar. Eu vivo cada dia sem fazer muitos planos. Eu posso dizer que meu plano é só p’ra amanhã. O que eu planejo fazer é só p’ra amanhã, nunca pr’o futuro. Não dá p’ra pensar a longo prazo porque a doença atrapalha muito. Eu penso numa coisa, não consigo fazer e acabo ficando frustrada por aquilo. Pensar nisso, naquilo, até p’ra viajar. Se for p’ra viajar, que seja de repente. Por exemplo, eu penso ‘Vou viajar em dezembro porque quero visitar a minha prima e a minha avó’. Aí, acontece de em dezembro você ter uma recaída, aí, o financeiro complica. Piora tudo. Na cabeça de um depressivo, qualquer coisa é motivo p’ra tu achar que não vai dar certo. Então, eu prefiro não fazer planos” (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Em outros casos, quando há planos, estes envolvem a reconstrução de laços rompidos por ocasião da própria doença como numa tentativa de recuperar o “tempo perdido”: *“Meu plano maior é viver de novo com minha filha, dar o carinho que eu deixei de dar”* (Flora, F, 28 anos, separada). Aqui, percebe-se a projeção em torno da maternidade enquanto algo que ficou suspenso por ocasião da doença mental.

Há ainda situações nas quais, mesmo com as dificuldades devido à doença em si, percebe-se positividade em torno dos desejos e planos que estão voltados especialmente para a saúde de si e da família, para a educação e futuro dos filhos e para a situação financeira de todo o grupo familiar. Embora incluam a expectativa de melhora para si, não são voltados somente para a pessoa singular, para a mulher, mas para um “outro”:

“Eu planejo. Eu penso, eu queria, em primeiro lugar, que Deus desse a saúde p’ra minha família, pr’os meus filhos, meu marido, meus netinhos e queria que Deus mostrasse um emprego pr’os meus três filhos que não são empregados. Eles fizeram a prova do ENEM e que Deus abrisse as portas p’ra eles trabalharem e que Deus também iluminasse o meu caminho p’ra eu arranjar um emprego p’ra eu ajudar o meu marido. Que abrisse sempre as portas p’ra nossa casa, abrisse as portas e desse uma luz p’ra nós. Que a gente melhore de saúde e financeiramente, que a gente sempre tenha algo” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Observe-se que a fala vem de uma mulher na faixa etária dos 50 anos, numa união estável há mais de duas décadas e com filhos, isto é, com vivência numa família nuclear, e personagem de extrema importância para o funcionamento “ideal” de tal arranjo. A entrevistada projeta o futuro dos filhos. Também compreende que arrumar um emprego vai “ajudar” o marido. É possível que, neste contexto, o uso do verbo “ajudar” esteja relacionado com o fato de que o suposto emprego a ser obtido é tido como um complemento do marido, apesar de ela de ser dona-de-casa e trabalhar ativamente no dia-a-dia, a não ser que esteja em “crise”. Pode ser que, por valorizar bastante a dinâmica do casal, na qual o marido corresponde à figura do trabalhador e provedor, não veja o próprio projeto profissional como cooperativo, mas apenas como complementar. Desejos e planos estão destinados especialmente à manutenção e ao bem-estar do casal e da vida familiar nuclear.

Por outro lado, há mulheres que planejam de maneira mais “individualista”. Mais uma vez, a condição de saúde se cruza com dificuldades de cunho socioeconômico e de gênero:

“Eu planejo muitas coisas pr’o meu futuro, mas, aí, eu não tenho condições de ter o que eu quero ter como pobre. No futuro, eu pretendo botar uma vendinha p’ra eu vender qualquer coisa, p’ra não ficar parada e nem dependendo de ninguém. Eu creio que, no futuro, eu posso até melhorar. Eu consigo enxergar que, no futuro, eu pudesse ficar boa, melhor, não sei se totalmente curada, mas melhor” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

Por um lado, Leonor visualiza as dificuldades de classe quanto à concretização de seus planos, e também quanto à doença em si (não sabe se chegará, um dia, a se curar). Por outro, acredita que pode melhorar da saúde e, apesar do histórico de violência e sofrimento psíquico marcados em sua história, demonstra otimismo ao vislumbrar novas formas de viver menos tradicionais (quanto ao gênero) e mais autônomas. A sua fala aponta para o desejo de trabalhar e de se manter independente. Não remete para a companhia de outros, nomeadamente, um

marido (relembra-se que ela não deseja novos relacionamentos), mas para a responsabilidade sobre a própria vida. Ou seja, os seus projetos de vida estão mais voltados para o pessoal. Mas convém considerar que ela não experimentou relacionamentos amorosos por muito tempo, o que a fez nunca ter centralizado a sua individualidade no “casal”. Isto também pode ajudar a explicar o fato de ela não se sentir apegada à ideia de manter um relacionamento.

Os homens também expressam as suas expectativas. No geral, são mais positivas que as das mulheres, também focadas na melhora do estado de saúde e, junto a isto, na obtenção de bens, na constituição da família e, especialmente para os (ex)casados e com filhos, no *package deal* (trabalho, propriedade casa, casamento, paternidade) (Townsend, 2002).

Alguns mencionam o desejo de adquirir bens materiais como uma maneira de melhorar a vida em algum aspecto, de favorecer a independência: “*Primeiro plano que eu ‘tou tendo agora, eu quero comprar uma moto. Como eu te disse, eu não consigo ir na casa do meu pai de bicicleta, eu tenho que depender dos outros, e se eu comprar uma moto, eu vou na casa do meu pai*” (Nuno, M, 29 anos, união estável).

Outros, como Iuri e Sérgio, solteiros e diagnosticados com a doença muito cedo na vida, referem o desejo que têm de constituir família. Iuri demonstra, ainda, a expectativa em torno da melhora do estado de saúde a ponto de não precisar mais de remédios. Também são mencionados os desejos de viver na própria casa e comprar as próprias coisas.

“Eu queria casar. Eu acho que ainda não deu certo. Eu nunca cheguei a ter um relacionamento. Nunca tive nem namorada. Queria. Eu acho que eu queria. Eu acho que ia ser bom, casar, né? Eu ia ser melhor. Eu acho que ainda posso casar” (Sérgio, M, 43 anos, solteiro) .

“Plano de melhorar mais, de ficar bom. O que falta é parar de tomar meus remédios. Eu quero parar, mas agora não posso. Um dia tenho vontade [...] Eu já pensei em adotar criança, mas eu só podia adotar também se eu tivesse um parceiro fixo. Mas eu não pego parceiro fixo, só pego temporário. Eu queria ter um. Quero casar, morar numa casa diferente da minha mãe. Pretendo ter minhas coisinhas, comprar minhas coisas, ter uma vida com alguém. Eu pretendo ter isso aí no meu futuro. De repente, se der, parar de tomar os remédios” (Iuri, M, 28 anos, solteiro).

Há testemunhos de homens que priorizam a dimensão “trabalho”. Este foi mencionado especialmente por aqueles mais jovens que já tiveram uma vida laboral ativa e são/foram casados e têm filhos. O foco dos desejos e planos está contido na ideia do *package deal* (idem). Com a melhora do estado de saúde, há possibilidade de volta ao mundo do trabalho e, conseqüentemente, de aumentar as chances de se “conseguir tudo de novo” (bens, condições para sustentar uma família): “*Ficar bom e trabalhar porque eu, trabalhando, eu ia conseguir tudo de novo. Queria ter meu próprio negócio com alimentação. Sei cozinhar, quero fazer uma pizzaria na praia. Antes, eu vendia tudo na praia, doce, bolsa. Várias coisas, sempre gostei de trabalhar, mas quero ter força p’ra montar esse negócio*” (Miguel, M, 32 anos, separado).

Ainda dentro do *package deal*, há desejos e planos em torno de melhorar as qualificações escolares, o que pode aumentar a renda da família e assegurar o papel de provedor. Para alguns, há também planos para um envolvimento maior na educação dos filhos para além da responsabilidade econômica do grupo familiar:

“Eu tenho plano de voltar a estudar, fazer algum curso na faculdade. Eu queria fazer curso de química. Penso em melhorar a família, a renda, tenho o desejo de melhorar a minha forma de ser em casa. Eu espero que tudo de bom alcance os meus filhos, por isso, eu me dedico a botar eles no colégio, em acompanhar, ver como eles estão indo p’ra dar o apoio que eles precisam ter. Procurar saber como eles vão, como se comportam” (Abel, M, 39 anos, casado).

A reconstituição do *package deal* perdido, muito por conta da doença, se faz presente também para entrevistados divorciados/separados:

“Eu quero abrir outra borracharia. Criar dois filhos. Aumentar minha casa e fazer um prédio em casa. Quero ter mais esses filhos com uma mulher que Deus há de me guiar. Jesus Cristo vai me guiar. A casa, eu já tenho. Pretendo casar padre. Só casei no civil. Casamento no religioso” (Tomás, M, 59 anos, divorciado/separado).

“Eu tenho, sim. Se Deus for bom p’ra mim e conceder esse aposento, eu tenho vontade de chamar uma pessoa de confiança da minha família p’ra botar um pedaço de roça p’ra mim p’ra ter minhas coisas p’ra comer, p’ra dar pr’os meus filhos e dar p’ra (ex) mulher também. Ela me deixou por outro homem, mas eu dava p’ra ela também. Ela me ajudou muito, se eu hoje ‘tou nesse negócio da perícia foi por causa dela. Ela ajeitou sindicato, ajeitou tudo. Eu tinha o dinheiro, mas ela tomou conta dos negócios tudinho. Ela ajuda muito. Continua ajudando” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Diante do exposto, percebe-se que, para a maioria dos sujeitos, os desejos e planos para o futuro envolvem a melhora da saúde. É a partir daí que poderão buscar ou retomar vivências outrora interrompidas pela doença mental. Muitas destas vivências são guiadas por uma ordem tradicional de gênero. Por outro lado, há aqueles sujeitos, como Leonor, que veem a melhora da saúde como uma potencial metamorfose sobre a própria vida, o que significa romper, em algum grau, com tal ordem.

6.4 Como outros/as homens e mulheres adoecem?

Finalizando o último capítulo do estudo, analisamos as concepções que os sujeitos de pesquisa têm acerca do que leva homens e mulheres ao sofrimento psíquico/adoecimento. Alguns tecem seus comentários com base em suas próprias experiências e outros em virtude da situação de amigos, conhecidos, usuários do CAPS II. Há certo consenso nas visões dos entrevistados, independente do gênero. Suas concepções apontam especialmente para problemas de ordem psicossocial associados com as condições desiguais de vida entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres. Apontam ainda para aspectos requeridos por uma ordem de gênero na construção das identidades, pelo menos para o contexto no qual

vivem. Em todo caso, há o cruzamento do gênero com outros marcadores sociais (classe, raça/etnia).

Para alguns entrevistados/as, a doença mental atinge as mulheres por conta das próprias características “femininas” como ser mais sensível, emotiva, ter a mente mais fraca, ser mais estressada e até fofoqueira. É como se elas tivessem uma vulnerabilidade psicológica à doença mental:

“As mulheres (acredita que são mais atingidas pela doença mental). Eu vejo pelas colegas daqui e nós, mulheres, ‘tem a mente mais fraca. Nós somos mais sensíveis. Ela é mais sensível, fica mais estressada, sofre mais com as coisas, fica mais estressada [...] Nós, mulheres, a gente se estressa por qualquer coisa. Por exemplo, se eu estiver discutindo com você aqui, a gente já ‘tá se estressando, já [...] A mulher, por qualquer coisinha, se estressa. O estresse leva à loucura. Como no meu caso” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

“Acho que as mulheres. A mulher é mais sentimental. Por causa da morte de um parente, de um divórcio, a morte de um filho... Fica mais p’ra baixo porque é mais sentimental” (Miguel, M, 32 anos, separado).

“É a mulher, ela quer viver bem, ela não gosta... E a mulher é fofoqueira. Então, se uma pessoa chegar e disser ‘Fulana fez uma fofoca de você’, aí, a mulher já vai se importar, já vai ficar impressionada com aquilo [...] A mulher pensa assim: ‘O meu sapato, será que eu vou com essa chinela e a fulana vai achar boa?’ [...] Então, eu acredito que a mulher é mais propícia a essas coisas. É mais propensa a ficar com depressão” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Menos frequentemente são mencionadas características “masculinas” que favorecem a doença mental. Hábitos como o de usar drogas podem fragilizar a saúde: “*Só que o dos homens eu acho que ‘tá direcionado à questão da bebida’ (Flora, F, 28 anos, separada); ‘Muitas das vezes é porque eles usam o que não deve.’ (Serafina, F, 54 anos, separada).*

Além das características “masculinas” e “femininas”, eventos das vidas de homens e mulheres são apontados como potenciais fragilizadores da saúde mental. No caso das mulheres, isto também tem relação com uma suposta vulnerabilidade psicológica: por serem menos tolerantes aos eventos estressores, acabam adoecendo mais. Tais eventos englobam situações de violência de vários tipos, de preocupação com o outro, problemas na família e até vivência de preconceito racial:

“Eu tenho três amigas aqui que são pacientes, que elas contam p’ra mim, choram p’ra mim, até desabafam comigo e eu digo p’ra elas: ‘Por que você não procura outro meio de você viver? Você não recebe o seu benefício? Não é no seu nome?’. Elas se queixam que o marido bate nelas, que querem fazer sexo com elas sem elas terem vontade. Então, eu acho que isso é um tipo de violência” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

“Mas a mulher, ela é mãe, ela é filha, ela é esposa, é trabalhadora fora, ela é isso e aquilo, então, isso afeta muito mais problemas pro lado da mulher” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

“Perturba mais as mulheres. Elas contam que sofreram muito por causa de família, namorado, preconceito de qualidade, que, às vezes, a mulher é morena e o namorado é alvo e a família do namorado não quer que namore com ela porque ela é preta. Aí, adocece” (Crispim, M, 55 anos, separado).

Em outros casos, eventos da vida que contrariam as expectativas de gênero em torno do masculino, como o rompimento de uma relação por iniciativa da companheira, pode afetar a saúde mental de homens:

“Um diz que entrou em depressão porque a mulher deixou ele e eles acham que, por causa disso, todo mundo ‘tá vendo os problemas deles, que a mulher traiu... Passou catorze anos com uma mulher e, num belo dia, ela resolveu largar dele, que, a partir de hoje, não era mais mulher dele, que ia embora, que ela já ‘tava junto com outro. Eu acho que isso afetou a mente, que, por causa disso, ele também acha que adoeceu, que, antes disso, ele não tinha problema e ela batia nele” (Deolinda, F, 52 anos, união estável).

Algumas concepções apontam características “masculinas” como, por exemplo, uma resistência maior em admitir que estão passando por problemas e, por isso, pode atrapalhar os itinerários terapêuticos de quem vivencia uma doença mental: *“Eu acho que, p’ro homem, é mais difícil. Eu acho que o homem é mais frágil sobre essa parte da depressão. Descobrir que ‘tá com uma depressão ou outro diagnóstico. Eu acho que o homem fica mais deprimido ainda, eu acho que ele é mais frágil p’ra admitir, ele fica frágil. Ele tem mais medo.”* (Alexandra, F, 32 anos, namorando).

Inversamente, algumas concepções revelam que os homens são portadores de características que podem atuar como fatores protetivos de sua saúde mental. Ter a mente “mais forte”, ser “mais relaxado” ou ser “mais objetivo” na resolução de problemas previne quanto ao prejuízo dos seus estados psíquicos. Em contrapartida, não foram mencionadas características “femininas” que protegessem a saúde mental de mulheres:

“E o homem, conversando com outro homem, ele não se estressa logo, ele resolve logo ali vapt vupt. Nós mulheres somos mais sensíveis [...] Alguma preocupação ele teve na cabeça porque a mente da gente é fraca. Aí, devido o estresse, é problema de família. Deve causar tudo isso. Por exemplo, se a família rejeitar a pessoa, a pessoa fica estressada, independente se é homem ou mulher. Mas o homem é diferente da mulher porque o homem tem a mente mais forte e a mulher não” (Leonor, F, 47 anos, solteira).

“O homem, ele tem um pensamento diferente da mulher. O homem, p’ra tudo, o homem. Pr’o homem, ‘tá tudo bom. P’ra mulher, não [...] Então, o homem ele não se preocupa com isso, ele anda com roupa furada, rasgada, não ‘tá nem aí p’ra nada. É mais relaxado. Relaxado mesmo, não ‘tá nem aí pra nada mesmo” (Bárbara, F, 31 anos, casada).

Por fim, há aqueles que não acham que ser homem ou mulher seja algo que interfira nas experiências com uma doença mental. Apesar disso, os relatos englobam problemas de ordem psicossocial que possivelmente guardam questões de gênero:

“Não tem diferença. Acho que atinge tanto homem, como mulher. Já ouvi falar assim que alguns foi porque perderam algum parente. Perdeu e ficou com pressão psicológica. Outros foi porque, quando criança, sofreram abuso, mas assim... Também sobre relação amorosa que passam a ter discussão dentro de casa, envolve a família, começam a pensar em deixar...” (Abel, M, 39 anos, casado).

No geral, os/as entrevistados/as concebem o masculino e o feminino enquanto categorias unívocas, estereotipadas, essencializadas. Embora não tenham uma consciência crítica sobre as desigualdades oriundas de uma ordem de gênero, têm noção de que as “vidas” e “características” diferentes de homens e mulheres, o que corresponde às condições sociais de vida e aos aspectos das identidades de gênero construídos nos processos de socialização, respectivamente, fragilizam a saúde. Pela análise dos relatos, percebe-se, ainda, que muitos acreditam que a doença mental é algo que acontece com maior frequência entre as mulheres por serem mais vulneráveis psicologicamente. Neste sentido, é como elas se tivessem uma predisposição “natural” para a doença. Tais concepções são úteis para que se conheça melhor sobre as expectativas e necessidades da população usuária.

CONCLUSÕES

“Minha dor ou meu silêncio, minha cólera ou minha percepção, afinal, não são apenas minhas, mas me situam em uma situação cultural compartilhada que permite então me habilitar e me potencializar em vias insuspeitáveis” (Butler, 1990: 301, tradução nossa).

Na presente pesquisa, objetivamos analisar as experiências de homens e mulheres diagnosticados com doença mental, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), serviço público de saúde mental na cidade de Parnaíba, nordeste do Brasil. Para isto, privilegamos o uso de “lentes” de gênero. Foi possível perceber que questões de gênero estão presentes na maneira pela qual os sujeitos identificam e explicam o seu mal-estar através da enunciação de certos sintomas e de eventos fragilizadores da saúde. Quando se vive com uma doença mental, o gênero também tem peso na reconfiguração de diferentes esferas da vida social, nos itinerários terapêuticos e até nos desejos e planos para o futuro. Todas estas dimensões foram exploradas de maneira multifacetada pelo fato de existirem pontos de vista e práticas diferentes resultantes das diversas perspectivas dos sujeitos e dos seus enquadramentos sociais.

A pesquisa, de caráter qualitativo, esteve amparada nos procedimentos da *grounded theory*. Não se teve o propósito de testar teorias ou hipóteses, mas o de conhecer melhor sobre determinada situação: “como homens e mulheres experienciam uma doença mental?”. Esta foi uma pergunta de partida de cunho suficientemente amplo para permitir a produção e a expansão da teoria. Fizemos uso do estudo de casos, que gerou um denso volume de dados, inclusive dimensões de análise e variáveis não previstas. Por sua vez, tais dados, tratados em um longo processo de análise sistematizada, levaram à emergência de algumas “teorias”. Para recolher os dados, empregamos a entrevista de história de vida: por meio dela realizamos o exercício de compreender a dialética entre o singular e o social. Também recorremos ao questionário de caracterização sociodemográfica, à observação, aos registros em diário de campo e às entrevistas semidiretivas com profissionais do serviço.

Vale resgatar alguns aspectos que estiveram na base de toda a nossa argumentação. Primeiramente, a nossa perspectiva sobre a doença mental é de caráter realista e contextualista. Em outras palavras, reconhecemos a sua realidade objetiva, enformada por aspectos biopsicossociais, e, ao mesmo tempo, levamos em conta que os sentidos conferidos a ela variam

conforme o tempo e o espaço. Isto difere de algumas perspectivas que, num extremo, priorizam os componentes biológicos da doença mental e de perspectivas que, num outro extremo, negligenciam a sua base biológica caindo num construcionismo social restrito. Um segundo aspecto a ser resgatado diz respeito ao gênero enquanto categoria analítica. Assumimos que, de uma maneira geral, questões de gênero produzem consequências para indivíduos, grupos sociais e suas relações em variados aspectos da vida e, entre estes, a saúde mental. Neste campo específico, o gênero está presente nas experiências subjetivas com a doença mental. Este último elemento tem a ver com um terceiro aspecto que também nos guiou ao longo da pesquisa: considerar as experiências subjetivas das pessoas quanto à própria doença mental está de acordo com uma das premissas da Reforma Psiquiátrica brasileira, que é a de pôr entre parênteses a doença mental para captar o sujeito. Isto não significa negligenciar a existência da doença e os sofrimentos que causa, mas pensar em formas de acolher que estejam conforme com as situações concretas de vida das pessoas. Ter contato com as experiências subjetivas possibilita conhecer estas situações (peculiaridades, aleatoriedades, angústias, relacionamentos com a família, redes sociais, trabalho, formas de lidar com a doença), ouvir e aprender com os sujeitos que antes estavam invisíveis e reduzidos aos sintomas.

Deparamo-nos com alguns desafios e limitações na escrita desta tese. Uma das limitações se deve à falta de uma maior variedade quanto à geração e à classe social dos participantes. Embora tenhamos feito esforços neste sentido – relembra-se que prezamos por uma amostra teórica, isto é, o mais variada possível –, não pudemos entrevistar, por falta de acesso e/ou recusas, pessoas mais jovens (os mais jovens, um homem e uma mulher, tinham 28 anos na altura da entrevista), nem pessoas idosas (a pessoa mais velha, um homem, tinha 59 anos). Também não houve tanta variedade quanto à classe, mas isto pode ser justificado pelo fato de o CAPS, mesmo que seja um serviço voltado para a toda a população, acaba atendendo majoritariamente os segmentos menos favorecidos.

Um dos desafios consistiu no próprio empreendimento de perspectivar o gênero enquanto categoria relacional. Como visto através da revisão de literatura, diversos trabalhos que abordaram as experiências dos sujeitos quanto à sua saúde mental, levando em conta questões de gênero, o fizeram desde os pontos de vista de mulheres. Há ainda uma invisibilidade em torno do masculino. Na construção de um trabalho exploratório, tentamos, na medida do possível, transformar o desafio referente à lacuna (especialmente quanto ao masculino) em utilidade (para a literatura e para outros elementos como políticas, serviços, práticas profissionais e usuários de saúde mental). Isto remete para outro desafio: tendo incorporado

como os homens experienciam a doença mental, alargamos a diversidade em torno do nosso objeto empírico, o que exigiu que se buscasse referências a mais nos estudos feministas/de gênero/masculinidades. Embora o nosso objeto empírico constitua um grupo social específico - o de pessoas com diagnóstico psiquiátrico - que, por isso, guarda características em comum, também se diferencia entre si devido aos seus outros pertencimentos. O mais óbvio, sendo a categoria de análise privilegiada, é o gênero, que, *a priori*, “dividiu” o objeto em “duas” frações: “eles” e “elas” – considerando o *habitus*, a existência e a força que têm ideais de masculinidade e feminilidade. Gênero ajuda a compreender as diferenças entre as experiências de homens e mulheres. Neste sentido, optamos por um binarismo estratégico para organizar a análise.

Mas se pertencimentos de gênero podem aproximar as experiências das mulheres entre si e dos homens entre si, a sua interseccionalidade com outros marcadores sociais (classe social, raça/etnia, orientação sexual, pertença geracional, religiosidade, diferenças entre meios mais urbanos ou mais rurais) pode, igualmente, produzir configurações extremamente diversas: ora aproximar as experiências das mulheres entre si, ora afastá-las ou, ainda, aproximar as suas experiências das de homens. Ademais, se existem mecanismos para exercer a dominação (e certas visões de mundo) como o *habitus* é porque os sujeitos de alguma maneira podem resistir às suas imposições: isto quer dizer que, no caso do gênero, homens e mulheres nem sempre irão pensar, sentir e agir de acordo com a ordem dominante, afinal, ninguém é naturalmente “masculino” ou “feminino”.

As experiências deles e delas estão marcadas, portanto, por uma pluralidade de disposições. Não resta, pois, espaço para leituras binaristas de gênero, apesar da força que exercem os quadros normativos que classificam e dividem os seres e as coisas. Nosso esforço foi o de apreender estas diferentes configurações. E, a princípio, isto gerou dificuldades quanto à maneira mais adequada de organizar, analisar e apresentar o material empírico. Optamos, levando em conta justamente tal diversidade de configurações, por analisar e apresentar o material de forma intercalada. Acreditamos que isto reflete com mais clareza as intersecções entre as várias experiências. E foi assim que tentamos responder aos dois objetivos específicos colocados no começo do trabalho: re(constituir) os itinerários de adoecimento e analisar as (re)configurações das histórias de vida impactadas pela doença mental. Dito isto, destacamos algumas das conclusões às quais chegamos.

Nas experiências com uma doença mental, o gênero pode estar mais ou menos manifesto quando se busca reconstituir os itinerários de adoecimento psíquico. Primeiramente,

surge quando os/as entrevistados/as revelam as concepções sobre o próprio mal-estar. Independente de considerarem que possuem ou não uma doença, todos os relatos remetem para a existência de um sofrimento persistente que é explicado através da referência a elementos físicos, psicológicos, morais e espirituais que, geralmente, se associam. Assim, a doença ou a não-doença (para aqueles que não creem na sua substância) é vista pelos/as entrevistados/as como fenômeno de causas múltiplas relacionadas com o mundo natural, sobrenatural e social. E é na análise sobre o mundo social que encontramos mais precisamente as questões de gênero presentes nas descrições de eventos fragilizadores da saúde.

Também analisamos como o gênero aparece na descrição dos sintomas psiquiátricos. Estes são mencionados por meio de sentimentos, emoções, comportamentos, pensamentos. Não por acaso, representam um rompimento, para mais ou para menos, com estereótipos de gênero. Imaginamos uma espécie de escalas de feminilidade e masculinidade (ideais) que apontam o que é mais adequado (ou “normal”) para homens e mulheres. Cada característica ocupa um determinado lugar nessas escalas. Desviar da média, ou seja, não corresponder ao “normal”, não apresentando ou exagerando traços de gênero, pode significar sintoma psiquiátrico. Por exemplo, o choro é uma expressão emocional atribuída ao feminino. Mas chorar demais, sem um evento que “justifique”, é interpretado como sintoma porque ultrapassa o considerado normal no caso de mulheres. Para alguns homens, não chorar, sendo o normal, destoa do choro “justificado” pela vivência de alguma situação limite – se um homem chora é porque, de fato, está precisando de ajuda. O riso, expressão emocional que contrasta com o choro, também é considerado um sintoma. Rir demais é considerado patológico e, não por acaso, rompe com o mais valorizado socialmente, especialmente para as mulheres: riso contido significa discrição. A agressividade é outro estado referido por homens e mulheres. Embora seja tida como parte do “ser homem”, ser agressivo em demasia implica sintoma em alguns relatos masculinos. Já o “ser mulher”, tradicionalmente falando, não engloba posturas agressivas, mas de doçura. Assim, aquelas entrevistadas que expressam agressividade, principalmente contra as suas próprias mães e/ou filhos, rompem com a ordem natural e “normal” das coisas. Também para algumas mulheres, a indisposição para realizar certas tarefas no âmbito doméstico (limpar, cozinhar, cuidar dos filhos), sentir ciúmes exageradamente, andar nua na rua, são considerados sintomas. A vontade de ficar sozinho e a falta de sociabilidade são sintomáticas para alguns homens. Marcas de gênero também são encontradas em estados como delírios e alucinações que, mais que apenas conteúdos pouco compreensíveis, transmitem mensagens culturais. Nos casos de alguns homens e mulheres, o conteúdo dos prováveis delírios e alucinações remete

para uma matriz de relações de poder, como as referentes ao gênero, que pode se associar com o não desempenho de um trabalho, a violência sexual, a orientação sexual distinta da heteronormatividade, o casamento. Ainda, questões de gênero estão presentes nas descrições das ideações e/ou tentativas de suicídio. Para homens, pensar e/ou tentar o suicídio envolve principalmente o uso de armas de fogo, armas brancas e enforcamento. Para mulheres, a intoxicação por medicamentos tem destaque. Apesar disso, houve mulheres que tentaram o enforcamento e homens que recorreram a substâncias psicoativas (mas, neste caso, pesticidas e a mistura de medicamentos com álcool). O tabu em torno do suicídio também revela questões de gênero: ser religiosa e ter filhos podem constituir fatores de proteção ao suicídio para algumas mulheres.

Analisamos como se desenrolam as experiências com a doença mental. Nosso esforço não consistiu em dar conta das causas reais e efetivas, até porque isto engloba outros aspectos (biológicos, psicológicos) que fogem da nossa alçada. A análise incidiu sobre como as pessoas explicam a sua própria situação, mesmo que a forma como organizam os eventos vividos e dão sentido às suas experiências sugiram uma causalidade do adoecer. Abarcam distintos significados que têm a ver, ou não, com o mundo social e, dentro deste, com o gênero. Interessamo-nos pelas experiências no mundo social que fragilizam a saúde mental conforme significadas pelos entrevistados, isto é, pela forma como eles situam o adoecimento no contexto de suas histórias de vida. Isto diz respeito não somente às condições sociais externas, objetivas, mas aos modos específicos pelos quais os indivíduos se posicionam face às situações. Diz respeito à vida cotidiana.

A identificação das experiências fragilizadoras da saúde mental não ocorre de maneira cadenciada. Primeiro, mistura experiências de distintas naturezas (natural, sobrenatural, social) que podem acontecer várias vezes ao longo da vida. Depois, não remete necessariamente a um “antes” e um “depois”. São “antes” e “durantes” que geram, alimentam e transformam o adoecer: neste movimento, eventos ocorridos no passado e/ou que ocorrem no presente podem ser identificados enquanto constituintes dos itinerários de adoecimento. Nosso interesse esteve nos acontecimentos da vida que têm relação com o mal-estar e como a eles são atribuídos múltiplos significados em função do gênero. Captamos tanto os significados, quanto os elementos estruturais das histórias de vida. Mergulhar nessas histórias possibilitou a construção de diversas categorias.

Uma primeira categoria presente nas experiências com a doença mental diz respeito aos vínculos familiares. As interações no âmbito da família revelam abalos no desempenho de

papéis socialmente desejáveis. Entre estes estão: a fragilização dos laços entre mães e filhos, que pode ocorrer devido à morte da mãe, à ausência do amor materno, à perda do filho e às brigas constantes entre mães e filhos; as dúvidas, dificuldades e angústias no ato da maternar; a experiência de ser “mãe solteira”. Pode-se dizer que todos estes aspectos guardam em comum a desestabilização dos papéis que outrora os sujeitos entrevistados assumiram – ou ao menos acreditavam que era suposto assumirem – no âmbito da família, seja na condição de filhos ou mães. No contexto familiar, a piora da saúde mental também é significada por meio de conflitos no cotidiano da família nuclear marcado por práticas conservadoras e relações hierárquicas. Evidencia-se a tensão em torno de lugares dedicados a cada membro da família que os coloca na situação de exercer/sofrer violência, dominação, poder. Enquanto algumas mulheres solteiras e sem filhos sofrem por nunca terem ocupado um lugar com o mínimo de autoridade e credibilidade na esfera da família, alguns homens sofrem por perceberem que, em alguma situação particular, tiveram ignoradas a sua autoridade e credibilidade. Ainda no âmbito da família, a sobrecarga de funções no lar surge, para algumas entrevistadas, como desestabilizador da sua saúde mental. O provimento de cuidados e outras atividades voltadas para membros da família, estando estes doentes ou não, são assumidos quase que integralmente por estas mulheres. Elas são donas de casa, responsáveis por cuidar de tudo na casa e oferecer o suporte e bem-estar aos filhos, netos, maridos, outros parentes – o que demonstra que, neste contexto, o trabalho doméstico não remunerado ainda é “feminino”.

As decepções amorosas também constituem fonte de sofrimento segundo as perspectivas dos participantes. Elas envolvem a frustração com a ideia do amor romântico, a impossibilidade de começar um relacionamento e as infidelidades cometidas pelos/as companheiros/as dos/as entrevistados/as. Para algumas mulheres, há uma decepção com a ideia do “felizes para sempre”, tão difundida no ideal de amor romântico, no contexto de um relacionamento amoroso heterossexual: dar-se conta de que “nem tudo são flores”, ainda mais quando sofrem violências de diversas modalidades por seus companheiros, está presente na descrição do adoecimento. A compulsoriedade do casamento também surge como algo negativo: algumas mulheres, especialmente as de gerações mais velhas, mesmo diante de um relacionamento o qual reconhecem não sentir mais amor, permanecem casadas por influência de um mandato social extremamente forte. Os homens também sofrem por amor. Há casos de homens que também têm frustrada a sua crença no amor romântico. No entanto, isto assume contornos diferentes para eles, como, por exemplo, a impossibilidade de não poder começar um relacionamento amoroso por não serem portadores de um dos requisitos mais básicos – no caso

dos homens – para sustentar a relação: a capacidade de provimento financeiro. Assim, o impasse na esfera do amor está relacionado com o fato de não serem vistos, inclusive por si próprios, como “homem para casar”, isto é, provedor, distinto do que tradicionalmente se percebe como a “mulher para casar” – pura, casta, dócil, dona de casa.

As infidelidades em relacionamentos heterossexuais, outro aspecto significado enquanto causador de sofrimento, também são vivenciadas de maneira distinta conforme o gênero. Embora a infidelidade masculina comumente seja difundida como algo natural, várias mulheres entrevistadas não aceitam as traições dos companheiros naturalmente, mas, ainda assim, permanecem com eles ou demoram a se separar. Isto acontece em parte devido à importância de um dispositivo amoroso (no qual estar com alguém de quem realmente se gosta é apenas um de seus aspectos) que se expressa mediante: uma tolerância maior para com a infidelidade masculina, relações fraternais e/ou utilitárias entre cônjuges, o medo de ser mal vista por ser separada. Os homens encaram a infidelidade feminina com um grau de tolerância bem menor. E percebe-se que o sofrimento atribuído às infidelidades das companheiras não tem relação apenas com o fato de elas ferirem o amor, mas também por desmoralizá-los em termos de virilidade sexual e laborativa.

Outra categoria atribuída ao surgimento da doença mental é a pobreza nos seus diversos desdobramentos: desemprego, fome, privação material, preconceito de classe, condições precarizadas de trabalho, trabalho infantil. A grande parte dos entrevistados vive com apenas um salário mínimo que, em muitas ocasiões, é dividido para as despesas de toda a família. Alguns não têm renda alguma e dependem exclusivamente de familiares. A preocupação em satisfazer necessidades básicas é uma constante em suas vidas. A maioria, ou algum membro da família, sofre com outros problemas de saúde. A situação das mulheres é agravada pela sua condição de gênero: algumas permanecem sendo as principais responsáveis pelo lar e provedoras de cuidado, ao passo que continuam no trabalho informal; algumas passaram anos trabalhando na casa de outras famílias sem receber remuneração financeira como pagamento; outras, após um divórcio ou a morte de um dos membros provedores da família, tiveram sua situação econômica extremamente prejudicada; sentiram-se alvo de preconceito pelo fato de serem vistas por outras mulheres de maneira inferiorizada devido à sua condição de pobreza. Outros aspectos relacionados com a pobreza atingem homens e mulheres. Por exemplo, as condições precarizadas de trabalho. Para homens, a exclusão da esfera do trabalho por ocasião do desemprego é significativamente negativa em termos de saúde, situação que contrasta com uma ideologia dominante que impõe, principalmente a eles, a necessidade de

êxito econômico e no trabalho relacionada com a capacidade de prover. Também é apontada a vulnerabilidade na execução do trabalho, materializada a partir de acidentes que causaram danos físicos e psicológicos. Outra face da pobreza presente nas experiências é o trabalho infantil. Alguns homens e mulheres trabalharam desde a infância devido à inexistência de satisfação das necessidades básicas no âmbito de suas famílias. A atividade funcionava como medida de sobrevivência e ocorreu principalmente na roça em contextos rurais. Todos tiveram comprometidas suas trajetórias escolares. Acrescente-se o serviço doméstico para algumas entrevistadas quando ainda eram meninas, socializadas desde cedo para assumir esta função.

Ser alvo de *bullying* também está presente nas experiências com a doença mental. Entretanto, a forma pela qual o *bullying* é significado em termos de sofrimento psíquico também está fundamentada em representações de gênero. Para mulheres, surge relacionado principalmente com o corpo enquanto capital. Até os xingamentos que sofriam (magrela, baleia) têm relação com o que se requer de um corpo feminino quanto aos padrões de beleza valorizados em determinada época e cultura. Para alguns homens, sugerem outros tipos de capital: uma frágil sociabilidade (deixar de frequentar espaços “intramasculinos”), a falta de posses (capacidade insatisfatória de provimento e de adquirir bens) e, ainda, a falta de determinadas habilidades (como dirigir, ler). Todas estas faltas têm a ver com a valorização de um determinado modelo de masculinidade.

A fragilização da saúde mental também é descrita através de relatos que remetem para o exercício da sexualidade entre mulheres. A vigilância da atividade sexual, que não raramente envolve cometimento de violência (física, psicológica, moral) por parte de membros homens da família (pais, sogros, maridos), ocorre para mulheres de diferentes faixas etárias e situações conjugais. As mais novas sofrem o controle dos pais para que não tenham relações sexuais antes do casamento. Já mulheres mais velhas, mesmo numa união duradoura, continuam sendo vigiadas para sustentar a qualidade de esposas fiéis e, portanto, a honra dos companheiros. Nestes casos, as mulheres muitas vezes nem chegam a ter posturas sexuais consideradas desviantes e, mesmo assim, o jogo de poder entre vigilantes e vigiadas gera desgastes psíquicos para elas. Em outros casos, mais extremos, ultrapassa-se a vigilância e parte-se para a “punição” daquelas mulheres que rompem com o *script* desenhado para o exercício da sexualidade feminina. Quem rompe, transgredir e, por isso, de alguma maneira, é punida. Identificamos os rompimentos (iniciar a vida sexual antes do casamento e com propósito hedonista, ser “mãe solteira”, sexo como moeda de troca – isto tudo décadas atrás), as punições (exclusão, abandono, violência) e a possibilidade de “salvação” (via casamento com um homem

“honrado”) para a mulher “transgressora”. Ressalta-se que, sendo o gênero uma categoria que atua junto de outros marcadores na organização social, as mulheres negras e pobres, via de regra, acabam sendo as mais rechaçadas.

Outro aspecto apontado pelas mulheres enquanto fragilizador da saúde mental é a violência de gênero cometida por homens nas suas relações interpessoais. Pais, irmãos, cunhados, companheiros, ex companheiros e professores foram os responsáveis pelo cometimento de violências que variam desde ironias, humilhações, deboches públicos, privações materiais até agressões físicas e sexuais. A violência psicológica acaba por perpassar todas as situações. Quanto à violência física, algumas mulheres foram castigadas ao longo de seus relacionamentos com seus (ex)companheiros quando não quiseram ter relações sexuais, não exerceram “direito” alguma tarefa em casa ou porque quiseram terminar a relação. Quanto à violência moral, relatos sobre humilhações, xingamentos, deboches públicos, calúnias e consequentes sentimentos de vergonha foram eventos frequentes nas vidas de algumas entrevistadas. Quanto à violência patrimonial, percebe-se uma dominação econômica masculina que, neste caso, inculca a ideia da inferioridade e dependência feminina frente ao homem provedor. Há mulheres que sofreram com as retenções econômicas após uma separação conjugal. Quanto à violência sexual, a experiência fragilizadora da saúde mental das mulheres foi descrita a partir de sua forma mais extrema: o estupro. Em todos os casos autorrelatados, elas tinham algum vínculo com o agressor, que foram irmãos mais velhos, cunhados, vizinhos, professores e (ex) companheiros.

A violência de gênero também impacta negativamente a saúde mental conforme os relatos de alguns homens. As ocasiões mencionadas englobam situações junto a outros homens e no espaço da rua, em contextos comunitários e/ou rurais. Há relatos de tensões pós-vivência de conflitos entre homens, conflitos estes dificilmente resolvidos com negociação, mas, primeiramente, através de ameaças e/ou agressão física. As posturas mais comuns envolvem a demonstração de coragem, a ameaça, o desafio e a afronta, o agir impulsiva e irresponsavelmente, o risco, a necessidade de competição e de ser o “vencedor do conflito” e, em casos mais extremos, a agressão física e até a morte – o que inclui, muitas vezes, o uso de armas, objetos símbolo de masculinidade. Também têm relação com o contexto no qual os entrevistados viveram partes de suas vidas: ser homem em uma zona rural é diferente de ser homem em uma zona urbana. Nas comunidades onde estes homens vivenciaram estes conflitos, parecia imperar ainda um conservadorismo que determinava fortemente a ação com base em violência. A classe social também pode ser um aspecto: na medida em que homens não têm

acesso a outros recursos para demonstrar autoridade perante outros homens, acabam recorrendo às posturas mencionadas acima.

Ainda quanto aos itinerários de sofrimento psíquico, a doença mental é perspectivada em termos de expressões da sexualidade e de gênero por alguns homens. Em quaisquer circunstâncias, há referência para as emoções danosas e a opressão, ambas decorrentes da atribuição de uma identidade estigmatizada. Em alguns casos, fica evidente o incômodo por supostamente ser rotulado de homossexual ou “travesti”. Em outros, há a admissão, sem demonstrar sentimentos de culpa ou menos valia, sobre o desejo sexual por outros homens e/ou de se vestir como uma mulher e o incômodo se refere às reações de outros nas interações cotidianas. Convém enfatizar novamente o contexto mais amplo ao qual pertencem os entrevistados e no qual exercitam as suas sexualidades: um contexto nordestino, com aspectos rurais, conservador. Ser homossexual ou parecer uma “mulherzinha” contrasta com o estereótipo tradicional do nordestino, dos “cabra-machos”, no qual a abertura para a expressão de orientação sexual e de gênero distintas de uma heteronormatividade é menor.

O aborto também surge nas experiências com a doença mental para homens. Estes referem ter passado por conflitos e tristezas em consequência do ato realizado por suas (ex) companheiras dentro de um relacionamento estável (um casamento e um namoro): um provocado por questões de saúde da mãe e por recomendação médica; o outro provocado por decisão da mãe de interromper a gravidez. Vivenciar o aborto interferiu nos seus sentidos de masculinidade. Primeiramente, impediu, em ambos os casos, a concretização do desejo de ter novamente um filho, o que se relaciona diretamente com o atributo “paternidade”, fulcral na constituição da identidade masculina. A experiência do aborto mexeu com o atributo “autoridade” destes homens. Os dados mostram que os homens sofrem, sim, com eventos relacionados com questões reprodutivas como o aborto. No entanto, o sofrimento daí decorrente também é determinado em parte por valores sociais e culturais que delimitam claramente papéis sociais masculinos e femininos como paternidade, maternidade, autoridade, decisão sobre os processos reprodutivos.

Viver com o HIV está presente nas narrativas sobre a doença mental para homens heterossexuais. Os relatos mostram que tal vivência vai muito além de questões biológicas, pois interfere em variadas esferas da vida (na autoimagem, no trabalho, nas relações com a família, nos relacionamentos afetivo-sexuais) e, especificamente, na identidade masculina. A análise revela que aspectos da sexualidade masculina podem sugerir uma vulnerabilidade de homens heterossexuais à infecção pelo HIV: a falsa ideia de que têm mais necessidade de sexo que as

mulheres, a pluralidade de parceiras, não adotar medidas preventivas. Viver com o HIV gera uma série de mudanças que impactam a masculinidade: antes, homem forte e, agora, magro, que precisa tomar muitos remédios e ser cuidado; antes, trabalhador, casado e pai e, agora, sem trabalho e sem família; antes, ativo na vida sexual e, agora, cada vez menos ativo; antes, saía de casa para festas e, agora, vive em casa e isolado; vivencia situações de preconceito que abalam a sua autoestima.

O uso de álcool e/ou outras drogas aparece nas experiências de alguns homens. Para além das questões biológicas que podem afetar o corpo em si, compreendemos como um estilo de vida que engloba o consumo de álcool e outras drogas é encarado por alguns homens deste estudo como prejudicial à sua saúde mental. Em alguns casos, é tido como algo normal, especialmente para os homens, aceitável no âmbito familiar e comunitário, que inicia cedo e, geralmente, com grupos de pares. Até aí, tudo faz parte do *script* de socialização masculina. Começa a ser visto de forma nociva apenas quando é associado com o rompimento de certas posturas valorizadas para o masculino. Mesmo que desde já pudesse implicar riscos, pelo menos em termos fisiológicos, passa a ser considerado nocivo e potencializador da doença mental apenas quando são percebidos prejuízos evidentes para si e para outrem nas esferas laboral, social, da justiça, da saúde, quando perde os fins de socialização – posturas lidas como desviantes, que não coincidem com um modelo de masculinidade valorizado. Em outros casos, diferente dos anteriores, para os quais o consumo de substâncias psicoativas é algo corriqueiro e, até certo ponto, normal, o simples fato de passar a consumir álcool representa uma ruptura na biografia e, portanto, é visto em termos de sofrimento psíquico: não é preciso extrapolar certos limites, mas o fato de incorporar um novo hábito (o de consumir álcool e, aqui, há um peso considerável exercido pela religião) significa a “crise” ou, em outras palavras, um confronto entre modelos de masculinidade.

O gênero também surge nas reconfigurações das histórias de vida de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico. Viver com doença mental impacta variadas esferas da vida em decorrência não apenas dos sintomas, mas também do peso que possui o rótulo psiquiátrico. Requer readaptações por parte dos sujeitos, que recorram a estratégias diversas para lidar com o sofrimento, influencia desejos e planos para o futuro, bem como as concepções que se tem sobre o que é ser homem e mulher com doença mental.

Um primeiro impacto detectado é o estigma decorrente do rótulo psiquiátrico. Viver com uma doença mental extrapola o desgaste com os sintomas e abarca o peso negativo deste marcador biomédico. Pode-se dizer que o estigma constitui, ao mesmo tempo, um dos impactos

da doença mental, bem como é potencializador de outras repercussões sobre a vida. O estigma aparece em detrimento de papéis como o de trabalhador/a, pai, mãe, jovem, em várias situações da vida cotidiana. Manifesta-se, por exemplo, no âmbito da família, através de brincadeiras de mau gosto, exclusão e menosprezo sobre as capacidades das pessoas com a doença mental. Também é visível no território onde se vive: há relatos sobre a redução da pessoa à sua doença; a representação que se tem das pessoas com doenças mentais como sendo violentas e passíveis de perderem o controle a qualquer momento; a coerção que faz com que sejam tratadas como se tivessem cometido uma espécie de crime; os eufemismos usados para se referir a alguém com uma doença mental. O estigma se manifesta nos próprios serviços de saúde. Em algumas ocasiões, homens e mulheres sentem que são vistos como seres inferiores. Em outras, não recebem o acolhimento adequado por profissionais do setor de saúde geral por serem usuários da saúde mental, o que contraria os próprios princípios do Sistema Único de Saúde brasileiro e da Reforma Psiquiátrica. Ainda, há casos em que o estigma do diagnóstico psiquiátrico é ofuscado por outros diagnósticos, como o da infecção pelo HIV.

O estigma, juntamente com os sintomas, impacta as vidas de homens e mulheres. Um destes impactos recai sobre a autoimagem. A visão de uma pessoa sobre si mesma é afetada pela visão que os outros têm dela. O estigma acaba favorecendo o autoestigma que, por sua vez, revela alguns aspectos de gênero. Algumas mulheres, por exemplo, fazem referências a si mesmas enquanto pessoas tristes, sem alegria de viver. Perde-se a beleza corporal, a vaidade e isto significa uma queda moral. Sentir-se feia é como sentir-se menos mulher. E perder a vaidade (determinado em parte até mesmo pela indisposição de se arrumar) não é considerado normal. Se, para algumas mulheres, o autoestigma surge relacionado com questões estéticas que envolvem corpo/vaidade, para os homens, a ênfase está nos aspectos de *status* econômico e social. A imagem negativa que conservam de si remete para a uma sensação de não ser útil atrelada com os atos de trabalhar e prover. Os corpos masculinos também são impactados, mas menos em aspectos estéticos e mais em termos de vigor físico, que poderia proporcionar utilidade e produtividade. Algumas mulheres também referem a sensação de não ser útil, mas isto tem relação com um fazer no espaço doméstico voltado para tarefas destinadas ao tradicional feminino: não se sentem úteis por não conseguirem limpar a casa, cuidar dos filhos, cozinhar. Embora a maioria dos relatos remeta para o autoestigma, há espaço para percepções positivas sobre si: são os casos onde experimentar uma doença mental proporciona coisas boas, como amadurecer e entender melhor os outros, incluindo pessoas que padecem do mesmo problema.

Uma das esferas afetadas pela doença mental é a da família. De forma geral, a pessoa sofre um deslocamento, perde ou nem acede a determinados papéis sociais. Por exemplo, alguns homens, outrora casados e com filhos, conseguem localizar quando a doença “se instalou” nas suas vidas e, conseqüentemente, quando passaram da condição de autoridade para a de serem cuidados dentro do grupo familiar. Alguns experienciam a perda dos papéis de marido, pai e provedor. Também, para estes mesmos homens, na ocasião da volta às suas famílias de origem, vivenciam a superproteção por parte destas e, por isso, passam a se sentir infantilizados e incomodados com o novo lugar que passam a ocupar. Outros casos, os de homens que frequentam serviços de saúde desde crianças/adolescentes, mostram como a infantilização faz-se presente ao longo de suas vidas. Para estes, o fato de serem tutelados não parece gerar incômodos tão profundos porque, de certa maneira, sempre foram tratados assim. No entanto, isto não impede que projetem outros lugares que gostariam de ocupar: algum dia poder ter a própria casa e construir a própria família, por exemplo. Mulheres também vivenciam os impactos da doença mental na família. De uma maneira geral, elas mudam menos de posição no grupo familiar que os homens (pelo menos aqueles que receberam o diagnóstico quando já estavam na vida adulta) quando acometidas pela doença mental. Há mulheres casadas e com filhos que, mesmo abatidas pela doença, continuam a exercer os papéis sociais de mãe, esposa e dona-de-casa. São dispensadas apenas quando estão em crise, ocasião em que outros membros da família assumem, ao menos parcialmente, as suas funções. Passado tal período, voltam a ocupar o seu lugar no grupo familiar. Por outro lado, há mulheres que, tal como grande parte dos homens, são tuteladas por suas famílias de forma mais permanente. Inclusive, também podem viver processos de infantilização a ponto de terem subtraídos aspectos de uma feminilidade tradicional como, por exemplo, o ato de maternar. Por vezes, isto gera uma ambivalência para a mulher enferma: de um lado, é tratada como alguém que requer todo o cuidado do mundo e, de outro, sente-se ferida em sua autonomia.

A doença mental também afeta a esfera do trabalho. Alguns homens/mulheres tiveram de suspender, temporária ou definitivamente, suas atividades laborais e/ou estudos. Outros, tendo recebido o diagnóstico prematuramente na vida, fizeram por pouco tempo ou não chegaram a trabalhar. A doença afeta a imagem que a pessoa tem de si através da perda do trabalho, que é fonte de identidade para mulheres e homens porque interfere no sentido de autovalorização. Ser trabalhador/a possui um peso simbólico, equivale a uma qualidade moral. Algumas mulheres donas-de-casa que, embora sem classificar o seu trabalho enquanto tal, percebem que deixaram de executar, ou não o fazem como era “suposto”, diversas atividades

no âmbito doméstico. A perda da saúde implica o comprometimento de habilidades físicas e cognitivas. No caso de alguns homens, a falta de força física interfere direta e negativamente sobre a capacidade de trabalhar. Em especial para aqueles que são/foram casados e com filhos, ser trabalhador é de extrema importância na construção de suas identidades de gênero. Para os que trabalharam em algum momento do passado, percebe-se a sua sensação de dever cumprido. Sentem orgulho do que foram um dia. Inclusive, nestes casos, o trabalho costuma ser mais valorizado que a escolaridade. O trabalho vai além dos ganhos econômicos, por isso, não basta que se receba um dinheiro – por exemplo, benefícios como o da política de assistência social. Sobreviver do benefício simboliza a exclusão do mundo do laboral e, especificamente, a falta de capacidade laborativa. Pode simbolizar ainda o não rompimento com a identidade de doente. Outro aspecto que ocorre entre alguns homens: não trabalhar, mesmo que se tenha uma renda, muitas vezes, significa ficar ocioso, dentro de casa, sem ter contato com muitas pessoas. As restrições sofridas quanto à vida material impedem que se realizem em outras esferas da vida. Algumas mulheres também se queixam sobre os sintomas que atrapalham o exercício de tais atividades (umas precisaram parar, outras nunca chegaram a trabalhar fora de casa ou estudar e atribuem isto a doença), mas isto pode assumir alguns contornos peculiares. Em alguns casos, elas são estimuladas, inclusive pelos companheiros, a tentar desempenhar alguma atividade laboral. Em outros, porém, o não exercício de uma atividade laboral/de estudo parece não estar determinado apenas pelas limitações da doença em si, mas também pela falta de estímulo por parte de pais e maridos, que usam a doença para justificar. E ficar sem estudar/trabalhar dificulta as chances de independência, autonomia, emancipação; realça os papéis socialmente destinados a estas mulheres como, por exemplo, o seu confinamento ao espaço doméstico.

A doença mental interfere na esfera afetivo-sexual. Tanto homens quanto mulheres sentem que têm prejudicados os seus relacionamentos estáveis. Alguns/algumas se separaram de seus respectivos companheiros/as. Outros, apesar de ainda viverem uma relação, relatam problemas diários e a doença é uma ameaça constante. Em todos os casos, percebe-se que as implicações da doença, nomeadamente os sintomas e a rotina de tratamento, rebatem diretamente sobre a relação com o/a companheiro/a. Para outros, por conta das características próprias da pessoa com uma doença mental, que percebe a si como uma pessoa “menos madura” ou “mais complicada”, é melhor se relacionar com um “diferente”, isto é, alguém que não possua o diagnóstico psiquiátrico. Há dificuldade de estabelecer novos relacionamentos, o que tem, mais uma vez, relação com o estigma e o autoestigma. Frequentemente, estes homens e mulheres não estão sozinhos porque querem, mas porque não estão em “pé de igualdade” com

as outras pessoas no que tange à interação social: o estigma ofusca em grande parte o que são para além da enfermidade e prejudica o seu desempenho social. Há uma particularidade no caso de homens quanto à esfera afetivo-sexual. Alguns demonstram incômodo quando a atividade sexual é diminuída ou cessada, e isto ocorre devido à piora do desempenho sexual (perda ou diminuição do desejo ou dificuldades no ato sexual, frequentemente atribuídas aos medicamentos) e à dificuldade de encontrar parceiras/os (por conta do estigma, do autoestigma e até do autoisolamento que muitos experimentam). Alguns sujeitos expressam a própria intenção de não se relacionar. Homens e mulheres, por conta de algum evento que causou sofrimento psíquico no passado, não querem mais ter relações afetivo-sexuais: as justificativas femininas são marcadas pelos comportamentos violentos de homens do seu convívio; já as masculinas são marcadas por comportamentos de mulheres por eles considerados desviantes, mulheres que têm uma vida sexual sem necessariamente estar num relacionamento estável e mulheres que cometeram infidelidade.

Os impactos da doença são sentidos nas redes sociais. Por conta dos sintomas enfrentados, ou ainda pelas implicações do tratamento (efeito colaterais de medicamentos, rotinas), alguns homens têm as suas interações sociais prejudicadas. São mencionados aspectos como a falta de paciência (enquanto sintoma e efeito colateral) e mudanças na personalidade (antes, comunicativo e, depois, introspectivo). Também há dificuldades de acesso ao lazer. Em todos os casos, a tendência é o isolamento social. Para além das características da doença, o isolamento tem relação com o estigma, haja vista que este fragiliza o manuseio de amigos (há relatos de afastamento ou rompimento total) e a construção de novos vínculos. Em alguns casos, os próprios sujeitos tomam a iniciativa para se afastar de antigos contatos. Isto ocorre, muitas vezes, com o objetivo de evitar situações estigmatizantes. Alguns mantêm contato basicamente com alguns membros da própria família. Outros conservam relações e têm suas atividades atreladas ao CAPS (com profissionais e outros usuários). Uma minoria, que corresponde às mulheres, tem uma vida social mais abrangente com relacionamentos mais preservados e participa de forma mais assídua de atividades no território onde vive. Convém destacar algumas particularidades das experiências masculinas: alguns homens revelam que deixaram de fazer várias atividades outrora realizadas principalmente na companhia de outros homens e fora do âmbito doméstico – futebol, o uso de bebidas alcoólicas, ouvir determinados estilos de música, frequentar espaços específicos, paquerar mulheres. Faz falta a homossociabilidade desfrutada em lugares/espços da “casa-dos-homens”. Com a sua retirada destes espaços, há uma

diminuição do grau de pertencimento ao mundo masculino. Por sua vez, há aproximação do mundo tido como feminino e das crianças.

A despeito dos impactos que a doença mental ocasiona sobre várias esferas da vida, homens e mulheres mobilizam uma série de estratégias para lidar com a própria situação. Em conjunto, tais estratégias compõem os seus itinerários terapêuticos e também sofrem influência de aspectos de gênero. Estes itinerários abrangem estratégias de caráter mais formal (no sistema de saúde, seja pelo tratamento biomédico principalmente em instituições de caráter manicomial, seja pela frequência ao CAPS II) e informal (suporte familiar, de amigos, práticas variadas como atividades de cunho laboral ou criativo, lazer, espiritualidade/religiosidade, empoderamento, recursos da própria pessoa).

O clássico modelo biomédico como via de recuperação quanto à doença mental é central nas vidas de todos os entrevistados. Todos tiveram, em algum momento, forte contato com tal modelo, alguns ainda na infância. Nalgumas situações, transitaram por serviços públicos que constituem a rede de atenção psicossocial como hospitais-gerais, serviços de urgência e emergência e, ainda, consultórios e/ou ambulatórios de psiquiatria. O foco estava nas demandas exclusivamente psiquiátricas e não havia integralidade neste tipo de tratamento. Dentro do modelo biomédico, o internamento em instituição psiquiátrica é outra via presente nos itinerários terapêuticos. Vários passaram por experiências em instituições de caráter manicomial em Parnaíba, em Teresina (capital do Piauí) e em outros estados brasileiros. Aqueles que vivenciaram a institucionalização, estiveram internados várias vezes ao longo da vida, sendo submetidos a processos de mortificação. Lentes de gênero ajudam a perceber a série de privações e mutilações do “eu” vivenciadas por nossos entrevistados, em sua maioria pardos/negros e de classes sociais menos favorecidas, durante as suas fases de internados, mostrando o tratamento misógino, racista e classista praticado em várias instituições. Chama-se atenção para o uso e abuso de medicamentos. Tais substâncias constituem o símbolo máximo de uma perspectiva biologizante. Isto se enquadra em um cenário, já registrado por vários estudos, que abriga o que se entende por medicalização da sociedade e medicamentação, sobretudo, de mulheres. Eis que o uso de medicamentos é, de longe, a estratégia mais utilizada pelos homens e mulheres deste estudo ao longo de sua carreira psiquiátrica para lidar com os problemas de saúde mental. Não queremos dizer que a terapia medicamentosa é sempre prejudicial. Mas convém questionar a lógica que prioriza o consumo de medicamentos em detrimento de outras estratégias.

Outro elemento presente nos itinerários terapêuticos é o CAPS II, lugar onde tivemos acesso aos sujeitos de pesquisa. Algo presente no cotidiano do CAPS II é o potencial terapêutico das conversas. Não por acaso é destaque na fala da maioria das mulheres, o que pode sofrer alguma influência do fato de, considerando um *habitus* de gênero, serem mais estimuladas à expressão verbal de suas emoções. A emergência da fala, “pôr para fora”, desabafar são tidos como produtores de acolhimento, autonomia, vínculo. As conversas acontecem em algum momento particular entre profissional e usuário, mas também nas atividades em grupo, onde compartilham e aprendem com as experiências uns dos outros, e, ainda, de maneira informal – muitos usuários fazem amizade entre si no cotidiano do serviço. Outro aspecto importante é que, no CAPS II, o médico não é a figura principal, mas outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, técnicos em enfermagem etc.) junto com outros usuários: é o CAPS como um todo que surge quase como uma entidade, mas isto merece ser analisado em termos de autonomia e desinstitucionalização dos usuários.

O cotidiano do CAPS II abarca algumas questões de gênero: uma delas, especialmente para as mulheres, diz respeito à conciliação entre o tratamento no CAPS II e a vida de dona-de-casa, que inclui tanto os afazeres da casa (cozinhar, lavar, passar, arrumar), quanto o provimento de cuidado para outros. Isto tem dois desdobramentos: por um lado, são usuárias da saúde mental e, simultaneamente, devido à divisão sexual do trabalho, atuam no âmbito doméstico e, por esta razão, convém que não adoçam ainda mais; por outro lado, conseguir desempenhar o papel de dona-de-casa, apesar da doença, é sinal de resistência e melhora, mesmo que acabe por reforçar a ideia de uma “natureza feminina”. Ainda no cotidiano deste serviço, o gênero se faz presente nas relações entre profissionais e usuários/as. Laços de gênero podem aproximar estas duas categorias (por exemplo, uma mulher profissional e uma mulher usuária) enquanto a falta deles pode afastá-las (mulheres que não se sentem à vontade para conversar sobre determinados assuntos com profissionais do sexo masculino, por exemplo). Apesar disso, para além dos laços de gênero, a relação profissional-usuário pode ser frutífera para ambas as partes se praticada com respeito, compromisso e alteridade.

Homens e mulheres com doença mental, para além das estratégias formais oferecidas pelos serviços de saúde, contam com o cuidado da família. Independente do gênero, o cuidado é ofertado especialmente por mulheres – mães, esposas, filhas, irmãs, cunhadas e até ex-esposas. As cuidadoras desempenham uma série de responsabilidades que vão desde interagir com os profissionais do CAPS II até administrar os remédios, a alimentação, a higiene, outras questões de saúde, as finanças, burocracias. Também ficam responsáveis por outros entes da

família quando o familiar com o diagnóstico psiquiátrico não tem condições de assumir tal encargo. Isto ocorre principalmente com os usuários homens, haja vista que algumas usuárias mulheres, mesmo doentes, permanecem cuidando de outras pessoas. Em diversos relatos, surge a ideia de que o cuidado é uma habilidade natural das mulheres. A imprescindibilidade do cuidado feminino é expressada, inclusive, pelo medo que alguns homens entrevistados têm de perder as suas cuidadoras. Especificamente quanto a alguns homens, é possível depreender que a figura da esposa, para além da parceira “romântica” na esfera afetivo-sexual, mistura-se à figura da mãe. Quanto às mulheres, foram poucos os casos nos quais elas receberam cuidado por parte de homens/maridos. Algumas, inclusive, foram abandonadas pelos companheiros ao longo de sua carreira moral de doente. Em poucos casos, quando o marido é o principal cuidador, este aparece caracterizado enquanto figura sensível, paciente, fiel, aberta ao diálogo. Há ainda casos nos quais os maridos surgem, ao mesmo tempo, enquanto “causadores” do sofrimento e “remédio” para o mesmo.

Outras estratégias são mobilizadas pelos próprios homens e mulheres no enfrentamento da doença. Entre elas, está o desempenho ocupacional (laboral e criativo). Atividades laborais ajudam na melhora do estado de saúde. Mesmo fora de um mercado que remunera, a preferência pelo trabalho enquanto uma estratégia de enfrentamento da doença descortina uma sensação de utilidade. As atividades pensadas ou de fato executadas por homens correspondem ao tradicionalmente atribuído ao masculino em um contexto rural, como a de roça, e/ou a serem realizadas na esfera pública. Algumas mulheres remetem para atividades tradicionalmente tidas como femininas na esfera doméstica. Além do trabalho no lar, algumas mulheres entrevistadas reconhecem atividades criativas enquanto recurso terapêutico – crochê, por exemplo. Homens mencionam atividades criativas como as do desenho e a preferência por ilustrar super-heróis.

Outra estratégia se refere ao desempenho social, que ajuda na promoção ou recuperação da rede social e, conseqüentemente, uma melhoria da saúde. Este se realiza nas comunidades onde vivem os homens e mulheres. Uma das facetas é o lazer. No âmbito doméstico, é materializado através de atividades mais individuais como assistir televisão, ouvir música, acessar a internet, que não deixam de estabelecer um contato com o mundo social. Fora do âmbito doméstico, há o convívio com os amigos, a prática de atividades físicas, os passeios para além do campo do “mental”, isto é, em espaços e com pessoas que não têm relação com o CAPS e a doença. Para algumas mulheres, o fato de o marido não ter características controladoras favorece a sua movimentação em ambientes extra domésticos. Isto reflete que

relações mais igualitárias de gênero podem constituir fator decisivo no processo de recuperação da saúde. Algumas mulheres, ao saírem de casa para passear e/ou ver os amigos, têm contato com o mundo fora do lar e relatam melhora no estado de saúde. Vários entrevistados, homens e mulheres, destacam a importância das amizades construídas no espaço do CAPS II. A construção de vínculos permite conhecer a história de vida do/a amigo/amiga que também possui diagnóstico psiquiátrico e, por sua vez, ajuda a compreender a própria história e a identificar potenciais fatores de risco à saúde, inclusive quando isto engloba experiências de gênero – por exemplo, mulheres que conhecem as histórias de outras mulheres que passaram por situação de violência. Também sobre as estratégias, há particularidades quanto ao desempenho social para os homens. Uma delas diz respeito ao uso de álcool acompanhado de outros homens como recurso para atenuar o sofrimento psíquico.

Outra estratégia utilizada no enfrentamento da doença mental é a prática da espiritualidade/religiosidade. Além de benefícios psíquicos, também gera benefícios sociais porque possibilita o contato com as pessoas que frequentam as paróquias, igrejas, centros espíritas, terreiros de umbanda, isto é, os espaços onde ocorrem mais concretamente as práticas religiosas e favorecem a inclusão social. Na fala de mulheres, há destaque para o afago recebido nas comunidades religiosas que frequentam. Alguns homens também recorrem à religiosidade enquanto recurso para melhorar o estado de saúde. Entre estes, todos buscam apoio na igreja evangélica. Tal como a maioria das mulheres, a frequência à igreja potencializa o aumento da rede social, mas também proporciona que eles se aproximem de um estilo de vida mais “saudável”, ao mesmo tempo que os afasta de características que possam pôr em risco o tipo de pessoa que desejam ser. Ou melhor, o tipo de homem. Em contrapartida, a religiosidade pode ser um entrave aos itinerários terapêuticos, como no caso de um dos entrevistados que passou um longo período acreditando que seu sofrimento psíquico estava restrito ao âmbito religioso/espiritual e, assim, demorou a procurar outras alternativas de tratamento.

Há outros aspectos que potencializam a melhora da saúde na ocasião de um desempenho social. Correspondem às estratégias de empoderamento, possibilitadas pela adoção de diferentes atitudes, como a participação em eventos na esfera pública, a defesa dos próprios direitos, um conhecimento mínimo do funcionamento da rede de saúde e também o conhecimento do que é a própria doença. No caso de algumas entrevistadas, o empoderamento acontece não apenas enquanto usuárias da saúde mental, mas enquanto mulheres.

Os entrevistados também mobilizam seus próprios recursos diante da doença mental. Eles englobam características como a curiosidade, a autonomia, o altruísmo. Tais estratégias

podem ser materializadas através de posturas como a curiosidade e o conhecimento sobre questões de saúde mental ou/e sobre a própria doença, expandir a própria autonomia (“aceitando” a doença para dela tratar, mudando de casa para se sentir melhor, desenvolvendo medidas para neutralizar os sintomas) e, ainda, exercitar o altruísmo ao ajudar pessoas que passam por problemas de saúde mental ou de outra natureza. Tudo isto ajuda a produzir mudanças comportamentais, de crenças e de estilos de vida.

Desejos e planos para o futuro também são impactados pela doença mental e revelam marcas de gênero. Entre mais ou menos otimismo, percebe-se que, para a maioria dos sujeitos, tais desejos e planos envolvem a melhora da saúde. É a partir daí que poderão buscar concretizar ou retomar vivências outrora interrompidas pela doença mental. Muitas destas vivências são guiadas pela ordem tradicional de gênero. Por outro lado, há o caso de algumas mulheres que buscam a melhora da saúde como uma potencial metamorfose sobre a própria vida, o que significa romper, em maior ou menor grau, com tal ordem.

Os sujeitos também têm as suas concepções acerca do que leva outros homens e mulheres ao sofrimento psíquico/adoecimento. No geral, os/as entrevistados/as concebem o masculino e o feminino enquanto categorias unívocas, estereotipadas, essencializadas. Embora não tenham uma consciência crítica sobre as desigualdades oriundas de uma ordem de gênero, têm noção de que as “vidas” e “características” “diferentes” de homens e mulheres – o que, na realidade, corresponde às condições sociais de vida e aos aspectos das identidades de gênero obtidos nos processos de socialização, respectivamente – fragilizam a saúde. Pela análise dos relatos, percebe-se, ainda, que muitos acreditam que a doença mental é algo que acontece mais entre as mulheres por serem mais vulneráveis emocionalmente.

Para concluir, esta pesquisa se junta a outras que investigam as interfaces entre gênero e saúde mental. Nosso esforço consistiu em compreender como isto ocorre a partir das experiências de homens e mulheres com doença mental, um exercício de caráter dialético entre o indivíduo e o social. Os sentidos que nossos participantes da pesquisa, homens e mulheres de diferentes idades, raças/etnias, classes sociais, orientações sexuais, atribuem ao prejuízo de sua saúde mental foram analisados a partir de fatos/atos, deliberados ou não, ocorridos/executados no cotidiano, mas tendo uma ordem de gênero enquanto pano de fundo.

Nas análises dos itinerários de adoecimento, foram identificados modelos ideais de masculinidade e feminilidade que orientam as ações sociais e proporcionam relações assimétricas entre homens e mulheres, homens e homens, mulheres e mulheres. Como exposto, as histórias de vida contêm vários eventos cotidianos dos quais é possível perceber que o

empreendimento realizado para alcançar o “normal”, em termos de gênero, bem como não alcançar, por vezes, são experienciados de maneira negativa relativamente à própria saúde. Não se conformar aos modelos dominantes de gênero pode suscitar marginalizações que são situadas, nas experiências dos entrevistados/as, como aspectos fragilizadores da saúde. Mas acrescentamos que o próprio empreendimento de se conformar, de tentar viver de acordo com esses modelos, por si só, pode exigir esforços que, tal como não o fazer, consomem a ponto de também serem significados como aspectos fragilizadores.

Considerando as intersecções com outros marcadores sociais e os contextos aos quais pertencem, resgatamos brevemente os casos de algumas mulheres. Algumas executam rigidamente o seu destino de gênero, ou seja, em diversas ocasiões cotidianas tentam personificar a filha, a esposa, a dona-de-casa, a mãe ou a parceira sexual “ideal”. Outras mulheres recusam ou não conseguem executar esse destino e, desta forma, têm atribuída a si, por elas mesmas e/ou por outrem, a culpa por ser “má mãe”, “má esposa”, “má filha”, “mãe solteira”, por não possuir uma imagem corporal valorizada, por ter feito sexo antes do casamento, por ter sido estuprada. De um modo ou outro, na sujeição ou na resistência, mesmo que indireta, tais eventos são significados por elas como causadores da doença mental. Muitas tiveram, na prática, direitos violados. A saúde que paga.

Os homens também sofrem a força da ordem de gênero ao (des)cumprir os seus mandatos, afinal, como coloca Bourdieu, os dominantes também são dominados pela própria dominação. Vários eventos do cotidiano que guardam marcas de gênero também são interpretados por eles enquanto causadores de sofrimento.

Em suma, cumprir, tentar cumprir ou descumprir o que é valorizado socialmente (as crenças sobre o que devem ser homens e mulheres) faz-se presente nos itinerários de adoecimento psíquico. Por vezes, há um desencontro entre os tantos valores estabelecidos num cenário mais amplo e o que as pessoas vivenciam no cotidiano. Estes achados reforçam o peso relativo do sociocultural e rejeitam o peso absoluto da natureza sobre os processos saúde/doença mental.

Ressaltamos que não estamos a afirmar que, por um lado, alcançar o “normal”/valorado socialmente ou, por outro, não cumprir com tal, necessariamente tem como produto a doença mental. Primeiramente, porque o objetivo não foi identificar as suas causas efetivas. O nosso propósito foi mostrar as implicações de uma ordem de gênero sobre a forma como homens e mulheres percebem a própria saúde mental. Depois, pode ser que haja quem

não sinta desgastes psíquicos executando o seu destino de gênero, bem como deve haver quem não sinta desviando dele.

Os resultados mostram que a doença mental não se restringe a um mero descolamento do que é considerado “normal” e aceitável socialmente. Isto seria reduzi-la à noção de desvio e, como visto, também podem ser potencialmente enfermizantes aqueles casos onde há ajuste aos padrões. Assim, quando falamos em modelos de masculinidade e feminilidade e o campo do mental, queremos sugerir que as condições de vida relacionadas ao gênero enquanto fator social podem impactar negativamente a saúde. É possível haver sofrimento severo e persistente, o que pode levar à doença mental na sua realidade material, muito mais que uma simples etiqueta. Fica manifesto, portanto, que tal fenômeno existe para além de discursos e é produzido também socialmente.

Em contrapartida, não podemos deixar de lado os aspectos que dão à doença mental o caráter de construção social, não num sentido restrito, mas no de ser fenômeno enquadrado socialmente no tempo e no espaço e que sofre influências de uma ordem de gênero. Sobre isto, vimos como, por exemplo, na análise dos sintomas, os próprios participantes utilizam esquemas para julgar a si próprios e são julgados por outros, inclusive por profissionais, quando apresentam estados “anormais”, isto é, rompendo ou manifestando demasiadamente aspectos que são, em grande medida, gendrados.

Efeitos de gênero também estão presentes nos impactos da doença em diferentes esferas da vida, na maneira como homens e mulheres são tratados, o que inclui processos de medicalização/medicamentação, e reagem ao tratamento, nas estratégias para lidar com a doença, no que pensam sobre o futuro. Tudo isto remete para o fato de que a doença mental, embora constitua uma realidade material, está enquadrada socialmente por processos sociais e políticos, entre estes, as crenças sobre o que homens e mulheres devem ser.

Assim, tendo levado em conta tanto os aportes da produção social quanto do enquadramento social da doença mental, concentramos nosso foco nas experiências daqueles que vivenciam diretamente o fenômeno. Temos muito o que aprender com tais experiências. Mesmo que a partir de um contexto geográfico e sociocultural específico como o de Parnaíba, nordeste do Brasil, uma pesquisa sociológica que utiliza lentes de gênero para dar conta de como as pessoas situam a doença mental nas suas histórias de vida pode contribuir em diversos aspectos.

Primeiramente, ao produzir conhecimento, reitera a importância de se considerar a saúde e a doença mental como fenômenos multifacetados, que não devem ser explicados apenas

ou sobretudo por perspectivas individuais, biologicistas, muitas vezes a-históricas. Vão muito além do que está contido nos manuais oficiais que, por sinal, não são completamente neutros. De qualquer modo, cada abordagem tem a sua contribuição a oferecer. Dentro do campo específico do conhecimento, a sociologia da saúde junta-se aos estudos que abordam as interfaces entre saúde mental e gênero no seu caráter relacional e, ainda, desde os pontos de vista dos experientes.

Conhecer as experiências ajuda a desmistificar a suposta vulnerabilidade física e/ou psicológica atribuída ao longo da história especialmente às mulheres. Também ajuda a desmistificar uma visão, bastante fundamentada num mito da fragilidade feminina, de que elas tendem a ser vítimas. Vimos tantas mulheres que, a despeito da doença e de outras condições desfavoráveis, recusam-se ao máximo a se dobrar diante das dificuldades e mobilizam uma série de estratégias na busca pela melhora do estado de saúde e da vida em geral. Questiona também a ideia da saúde mental masculina enquanto parâmetro de normalidade. Questiona a ideia de que homens “sempre são algozes”. Eles também sofrem e, como ocorre com algumas mulheres, muitos têm o desejo de mudar a própria vida e a saúde. Mesmo que de maneira distinta, a ordem de gênero pode impactar a saúde mental de homens e mulheres.

Ao desvendar itinerários de adoecimento e itinerários terapêuticos, esta pesquisa contribui também, em conformidade com as premissas da reforma psiquiátrica, para que se considere mais e mais as experiências singulares das pessoas com doença mental, suas histórias, seus hábitos, do que precisam, seus pontos de força e fraqueza e como o gênero ronda tudo isto. A este respeito, como afirma Caponi (2014: 760), é válido compreender que os sofrimentos psíquicos só tornam-se inteligíveis no contexto de uma história de vida. A escuta atenta das narrativas sobre ódios, amores, medos, conquistas, fracassos pode auxiliar na complexa e infinita tarefa de construção e reconstrução da subjetividade (idem). Pode favorecer, assim, os itinerários terapêuticos dos usuários dos serviços.

As contribuições desta pesquisa podem, assim, englobar políticas, gestores, trabalhadores do campo da saúde mental. Especialmente sobre estes últimos, as informações deste trabalho podem contribuir para que fujam de um empirismo, de um pragmatismo ou imediatismo em suas práticas; para que percebam as relações de poder que atravessam o cotidiano assistencial; para que não somente reproduzam a “receita pronta” das políticas com o seu público-alvo sem saber o porquê ou para quê. Munidos de reflexão crítica, podem ir além ou fazer distinto do que está apregoado institucional e normativamente. Podem ir além da tão comum medicalização dos sintomas e de posturas, que, por um lado, ignoram o peso do gênero

nas experiências ao oferecer terapêuticas impessoais e, por outro, apenas reforçam estereótipos. Tudo isso em prol do grupo pesquisado, as pessoas com diagnóstico psiquiátrico, para que não sejam meros receptores dos serviços e tenham seus interesses e necessidades conhecidos e contemplados como cidadãos de direitos que são.

Finalmente, esta pesquisa pode contribuir de maneira mais geral para toda a sociedade. Ela faz-nos refletir sobre, como sugere Saffioti (1987), a possibilidade de se ter ganhos ao não vestir as “máscaras”/estereótipos reservados para homens e mulheres. Isto significa considerar outras formas de ser e viver tão possíveis quanto aquelas priorizadas socialmente. Sente-se bem em ser dona-de-casa? Sente-se bem em não ser? Deseja ser mãe? Não deseja ser? Quer dizer “não”? Sente desejo por uma pessoa do mesmo sexo? Quer se vestir com roupas do “sexo oposto”? É o marido e cuida de atividades domésticas e dos filhos? Recebe um salário menor que o da esposa? Que estas e outras possibilidades possam ocorrer sem sensações de menos-valia e/ou rechaço por parte de outrem. Isto sugere uma democracia subjetiva, “consubstanciada em uma cultura capaz de aceitar e acolher a diferença e o ‘estrangeiro’ dentro de cada um de nós e na vida social mais ampla” (Vasconcelos, 2005: 18). A democracia inibe a violência e caminha junto da igualdade e, possivelmente, rumo a existências mais dignas, mais saudáveis.

Este raciocínio remonta à possibilidade de não tratar pessoas, com ou sem diagnóstico de doença mental, tentando “endireitar” o que deu “errado”, mas olhar para novas possibilidades existenciais, ou fazendo o que Molina (1990) entende por resgatar o que não é valorizado. É experimentar o mundo social na sua pluralidade, o que engloba identidades e práticas recusadas, subordinadas. Mais que algo potencialmente saudável para a saúde mental, é uma postura ético-política capaz de causar fissuras na própria estrutura social, tão marcada por assimetrias de toda ordem. Sobre isso, afirma Saffioti (1987: 32), “Que bom que a vida é compriiiiiida ... Pois para aprender-praticar dela se precisa. A vida nunca será longa *demais* para destruir os arquétipos que tornam homens e mulheres socialmente *desiguais*”. Basta olhar ao longo da história e perceber que mudanças estruturais são possíveis.

BIBLIOGRAFIA

Monografias:

Alves, Fátima (2011), *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.

Alves, Tahiana Meneses (2008), *“Boto é pra ferver!”: a identidade social de homens com o transtorno mental*. Teresina, Brasil. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Serviço Social). Universidade Federal do Piauí, UFPI.

_____ (2012), *“Ou sou um homem ou sou um louco”: construções das identidades de gênero de homens diagnosticados com a doença mental*. Braga, Portugal, 2012. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade do Minho, UMINHO.

Amarante, Paulo (coord.) (1995), *Loucos pela vida – a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____ (2010 [1996]), *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____ (2013), *Saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro, Fiocruz.

Amaro, Fausto (2005), *Factores sociais e culturais da esquizofrenia*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

American Psychiatric Association (2015), *Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento... et al.; Revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. Ed. – Porto Alegre: Artmed.

Andrade, Ana Paula (2012), *Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Florianópolis, Brasil. Tese (Doutoramento em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Araújo Júnior, Benedito Carlos (2014), *Apoptose na Cidade Verde: suicídios em Teresina na primeira década do século XXI*. São Paulo, Brasil. Tese (Doutoramento em Ciências Sociais). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

Arcoverde, Renata (2013), *Autolesão e produção de identidades*. Recife, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco, UNICAP.

Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), *Diretrizes para um modelo de atenção integral em saúde mental no Brasil*. Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional de Médicos (FENAM).

Badinter, Elisabeth (1985), *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

_____ (1993), *XY: sobre a identidade masculina*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Basaglia, Franca (1987), *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, Colección La mitad del mundo.

Basaglia, Franco (1972), *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Buenos Aires: Barral.

_____ (1980), *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.

Bastide, Roger (1965), *Sociologia das doenças mentais*. Lisboa: Publicações Europa América.

Becker, Howard (1992), *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.

_____ (2008 [1963]), *Outsiders: estudos de sociologia do desvio*. Rio de Janeiro: Zahar.

Bento, Berenice (2015), *Homem não tece a dor: queixas e perplexidades masculinas*. Natal: Edufrn.

Berger, Peter; Luckmann, Thomas (2004), *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes.

Bezerra, Edilaine Nunes (2017), *Saúde mental masculina: prevalência e vulnerabilidades aos transtornos mentais comuns no contexto rural e urbano*. João Pessoa, Brasil. Tese (Doutoramento em Psicologia Social). Universidade Federal da Paraíba, UFPB.

Bisneto, José Augusto (2007), *Serviço social e saúde mental: uma análise institucional da prática*. São Paulo: Cortez.

Boiteux, Luciana (2006), *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. São Paulo, Brasil. Tese (Doutoramento em Direito). Universidade de São Paulo, USP.

Bourdieu, Pierre (2002), *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.

_____ (2007a), *A economia das trocas simbólicas*. São Paulo: Perspectiva.

_____ (2007b), *A distinção: crítica social do julgamento*. São Paulo/Porto Alegre: EDUSP.

Brandão, Ana Maria (2010), *E Se Tu Fosses Rapaz? Homo-erotismo Feminino e Construção Social da Identidade*. Porto: Afrontamento

_____ (2014), *Uma introdução à abordagem sociológica das identidades*. Braga: Húmus.

Burkle, Thaaty da Silva (2009), *Uma reflexão crítica sobre as edições do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM*. Rio De Janeiro, Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ.

Busfield, Joan (1996), *Men, Women, and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: New York University Press.

Canguilhem, Georges (2009), *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Charmaz, Kathy (2009), *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.

Chesler, Phyllis (1972), *Women and Madness*. New York: Palgrave Macmillan.

Comte, Auguste (2002[1844]), *Discurso sobre o espírito positivo*. Tradução: Renato Barbosa Rodrigues Pereira. Edição: Ridendo Castigat Moraes.

Connell, Raewyn (2003), *Masculinidades*. Ciudad del México: Universidade Nacional Autónoma de México.

Connell, Raweyn; Pearse, Rebecca (2015), *Gênero: uma perspectiva global. Compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo*. São Paulo: nVersos.

Couto-Oliveira, Veruska (2007), *Vida de mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Brasília, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, UNB.

Dantas, Gisele. *Depressão e gênero: análise da produção bibliográfica brasileira e das vivências de mulheres do Distrito Federal*. Brasília, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura). Universidade de Brasília, UNB.

Dias, Isabel (2015), *Sociologia da família e do gênero*. Lisboa: Factor.

Durkheim, Emile (2000 [1897]), *O suicídio: estudo de sociologia*. São Paulo: Martins Fontes.

_____ (2007 [1896]), *As regras do método sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.

Falconnet, Georges; Lefaucheur, Nadine (1977), *A fabricação dos machos*. Rio de Janeiro: Zahar.

Foucault, Michel (1975), *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

_____ (1978), *A história da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva.

_____ (1987), *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis: Vozes.

_____ (2003), *História da sexualidade 1: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____ (2008), *Microfísica do poder*. Organização, introdução e revisão técnica de Roberto Machado. Recuperado em 20 de abril, 2015, de: <https://ayrtonbecalle.files.wordpress.com/2015/07/foucault-m-microfc3adsica-do-poder.pdf>

Frayze-Pereira, João (1985), *O que é loucura*. São Paulo: Abril Cultura/Brasiliense.

Freitas, Fernando; Amarante, Paulo (2015), *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Furlani, Jimena (2007), *Mitos e tabus da sexualidade humana*. Belo Horizonte: Autêntica.

Garcia, Carla Cristina (1995), *Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Garcia, Sandra (2006), *Homens na Intimidade. Masculinidades contemporâneas*. Ribeirão Preto: Holos, Editora.

Ghiglione, Rodolphe; Matalón, Benjamin (1997), *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Giddens, Anthony (1992), *A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas*. São Paulo: Editora da UNESP.

_____ (2000), *A dualidade da estrutura*. Oeiras: Celta.

_____ (2002), *As consequências da modernidade*. Oeiras: Celta.

Gil, Antônio Carlos (2008), *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.

Goffman, Erving (1974 [1961]), *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.

_____ (1975 [1959]), *A representação do eu na vida cotidiana*. Petrópolis: Vozes.

_____ (2004 [1963]), *Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data Publicação Original: 1963.

Goldenberg, Mirian (2010), *Intimidade*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record.

_____ (2013), *Homem não chora. Mulher não ri: 80 ideias para entender melhor sexo, amor e felicidade*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

Gomes, Romeu (2008), *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

González Rey, Fernando (2011), *Subjetividade e saúde: superando a clínica da patologia*. São Paulo: Cortez.

Greenberg, David F. (1988), *The construction of homosexuality*. London: The University of Chicago Press.

Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

Haguette, Maria Teresa Frota (1987), *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis: Vozes.

Han, Byung-Chul (2014), *A sociedade do cansaço*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

- Heidrich, Andréa (2007), *Reforma psiquiátrica à brasileira: análise sob a perspectiva da desinstitucionalização*. Porto Alegre, Brasil. Tese (Doutoramento em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, PUC-RS.
- Hesler, Lilian Zielke (2013), *Suicídio em municípios do sul do Brasil: um enfoque de gênero*. Porto Alegre, Brasil. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.
- Horwitz, Allan (2002), *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kupfer, David J.; First, Michael B.; Regier, Darrel A. (2004), *Agenda de investigação para o DSM-V*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Langness, L (1973), *História de Vida na Ciência Antropológica*. São Paulo: Epu.
- Lahire, Bernard (2002), *Homem plural: os determinantes da ação*. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes.
- Laing, Ronald (1979), *A psiquiatria em questão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Leff, Julian; Warner, Richard (2006), *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. Coimbra: Almedina.
- Leocadio, Jairo Nunes (2014), *As trilhas da dimensão sociocultural da reforma psiquiátrica: a experiência em Parnaíba*. Parnaíba, Brasil. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Psicologia). Universidade Federal do Piauí, UFPI.
- Lieberman, Jeffrey A. (2016), *Psiquiatria: uma história não contada*. São Paulo: WMF Martins Fontes.
- Machado, Talita Ferreira Alves (2013), *Criança vítima de pedofilia: fatores de risco e danos sofridos*. São Paulo, Brasil. Dissertação (Mestrado em Medicina Forense). Universidade de São Paulo, USP.
- Marx, Karl; Engels, Friedrich (2006[1848]), *Manifesto do partido comunista*. São Paulo: Martin Claret.
- Meillassoux, Claude (1976), *Mulheres, celeiros e capitais*. Porto: Edições Afrontamento.
- Moura, Deborah (2011), *Homens jovens e a internação psiquiátrica: relações de cuidado e família*. Ribeirão Preto, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade de São Paulo, USP.
- Nakamura, Ione (2010), *Mulheres diagnosticadas com transtorno mental, atendidas pelo serviço de saúde mental da Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana, Belém- Pará (2007 – 2008): um estudo sobre violação de direitos das mulheres*. Belém, Brasil. Dissertação (Mestrado em Direito). Universidade Federal do Pará, UFPA.

Nascimento, Samir Sousa (2014), *O processo de implantação da reforma psiquiátrica no município de Parnaíba*. Parnaíba, Brasil. Trabalho de conclusão de curso (Curso de Psicologia). Universidade Federal do Piauí, UFPI.

Nogueira, Cinthia (2009), *Expressão do sofrimento psíquico, itinerário terapêutico e alternativas de tratamento: a voz de mulheres atendidas no serviço de saúde mental de um Centro de Saúde Escola*. Botucatu, Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de São Paulo, UNESP.

Novaes, Joana Vilhena (2006), *O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Garamond/Ed. Puc Rio.

Nunes, Alyne Isabelle Ferreira (2015), *Prostituição feminina negra: uma análise da violência racial e de gênero na trajetória de vida*. Recife, Brasil. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade Federal de Pernambuco, UFPE.

Oliveira, Edmar (2009), *Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado*. Rio de Janeiro: Vieira e Lent.

_____ (2011), *A incrível história de von Meduna e a filha do sol do Equador*. Teresina: Edição do Autor.

Oliveira, Elianny Nazaré (2000), *Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita*. Sobral: Edições UVA.

_____ (2007), *Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres*. Sobral: Edições UVA.

Oliveira, Pedro Paulo (2004), *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: Editora UFMG; Rio de Janeiro: IUPERJ.

Organização Mundial da Saúde (2001), *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Gênova: World Health Organization.

Pais, José Machado (2009), *Sociologia da vida quotidiana: teorias, métodos e estudo de caso*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Parsons, Talcott (2005 [1951]), *The social system*. London: Routledge.

Passos, Izabel Christina Friche (2000), *Políticas e práticas de cuidado em saúde mental: experiências e “modelos” em discussão*. São Paulo, Brasil. Tese (Doutoramento em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, PUC-SP.

Pélicier, Yves (1971), *História da psiquiatria*. Lisboa: Publicações Europa-América.

Pegoraro, Renata Fabiana (2007), *Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico*. Ribeirão Preto, Brasil. Tese (Doutoramento em Psicologia). Universidade de São Paulo, USP.

Pereira, Maria Alice Ornellas (1997), *Representações sociais de pacientes psiquiátricas sobre a loucura, a internação e o sofrer psíquico: a triste Passagem e a triste Paisagem*. Ribeirão Preto, São Paulo. Tese (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de São Paulo, USP.

Poirier, Jean; Clapier-Valladon, Simone; Raybaut, Paul (1999), *Histórias de vida: teoria e prática*. Oeiras: Celta.

Quaresma, Maria Luísa (2014), *Entre o herdado, o vivido e o projetado: estudo de caso sobre o sucesso educativo em dois colégios privados frequentados pelas classes dominantes*. Porto: Edições Afrontamento.

Rabelo, Ionara (2011), *“Nunca pensei nisso como problema”*: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família. Assis, Brasil. Tese (Doutoramento em Psicologia). Universidade Estadual Paulista, UNESP.

Richartz, Marisa (2013), *Comportamentos autolesivos da pele e seus anexos: definição, avaliação comportamental e intervenção*. Londrina, Brasil. Dissertação (Mestrado em Análise do Comportamento). Universidade Estadual de Londrina, UEL.

Rogers, Anne; Pilgrim, David (2005), *A sociology of mental health and illness*. Chicago: McGraw-Hill Education.

Rosa, Lúcia (2003), *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez.

_____ (2015), *Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental*. Teresina: Edufpi.

Saez, Candida Acero (1997), *Estudio de las variables que influyen en el diagnóstico de las enfermedades mentales a través de las historias clínicas de un hospital psiquiátrico*. Madrid, Espanha. Tese (Doutoramento em Ciências Políticas e Sociologia). Universidad Complutense de Madrid, UCM.

Sáez Buenaventura, Carmen (1979), *Mujer, locura y feminismo*. Madrid: Dédalo.

Saffioti, Heleieth (1987), *O poder do macho*. São Paulo: Moderna.

_____ (2004), *Gênero, patriarcado, violência*. São Paulo: Perseu Abramo.

Sandri, Gianine (2001), *Gênero e saúde mental: uma análise dos sentidos conferidos ao sofrimento psíquico por usuárias e psicólogas de um serviço de saúde*. Florianópolis, Brasil. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Santos, Ana Maria Calda Corbi dos (2008), *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS - Araraquara SP*. São Paulo, Brasil. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Universidade de São Paulo, USP.

Santos, Wanderley Guilherme dos (1987), *Cidadania e justiça: a política social na ordem brasileira*. Rio de Janeiro: Editora Campus.

Saraiva, Kaelly Virgínia de Oliveira (2008), *Gênero e saúde mental na atenção primária: a mulher como foco de investigação*. Fortaleza, Brasil. Tese (Doutoramento em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, UFC.

Sarti, Cynthia Andersen (1994), *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres na periferia de São Paulo*. São Paulo, Brasil. Tese (Doutoramento em Antropologia). Universidade de São Paulo, USP.

Scheff, Thomas (1966), *Being mentally ill: a sociology theory*. New York: Aldine de Gruyter.

Shorter, Edward (2001), *Uma história da psiquiatria. Da era do manicômio à idade do Prozac*. Lisboa: Climepsi Editores.

Showalter, Elaine (1987), *The female malady: women, madness and English culture, 1830 – 1980*. New York: Penguin Books.

Silva, Maika Arno Roeder (2008), *Gênero nos serviços residenciais terapêuticos: fragmentos de vidas contidas*. Florianópolis, Brasil. Tese (Doutoramento em Ciências Humanas). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Silveira, Maria Lúcia da (2000), *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Simões, Júlio Assis; Facchini, Regina (2008), *Na trilha do arco-íris: do movimento homossexual ao LGBT*. São Paulo: Editora Perseu Abramo.

Soares, Marisley Vilas Bôas (2008), *A maternidade de mulheres portadoras de transtornos mentais*. Ribeirão Preto, Brasil. Tese (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de São Paulo, USP.

Souza-Lobo, Elisabeth (2011), *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.

Strauss, Anselm; Corbin, Juliet (2008), *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Porto Alegre: Artmed.

Szasz, Thomas (1976), *A fabricação da loucura*. Rio de Janeiro: Zahar.

Tavares, David (2016), *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina.

Tavares, Leandro (2010), *A depressão como “mal-estar” contemporâneo: medicalização e (ex)-sistência do sujeito depressivo*. São Paulo: Editora UNESP/Cultura Acadêmica.

Teixeira, Solange (2016), *Envelhecimento, família e políticas públicas: formas de apoios informais e formais da rede de proteção social*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.

Tinoco, Stelamaris Gluck (2009), *Articulando gênero e saúde mental: implicações da saúde mental na construção de masculinidades de homens usuários do CAPS II de Alvorada/RS*. Porto Alegre, Brasil. Trabalho de conclusão de especialização (Especialização em Educação, Sexualidade e Relações de Gênero). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRGS.

Touraine, Alain (1994), *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes.

_____ (2007), *O mundo das mulheres*. Petrópolis: Vozes.

Vale de Almeida, Miguel (1995), *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de século.

Vasconcelos, Eduardo Mourão (2005), *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/EncantArte.

_____ (2009), *Abordagens psicossociais, volume I: história, teoria e trabalho no campo*. São Paulo: Hucitec.

Wetzel, Christine (2005), *Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo*. Ribeirão Preto, Brasil. Tese (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de São Paulo, USP.

World Health Organization (2000), *Women's mental health: an evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations Department of Mental Health and Substance Dependence. Geneva: WHO.

_____ (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO.

Yasui, Sílvio (2006), *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Rio de Janeiro, Brasil. Tese (Doutoramento em Ciências da Saúde). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, ENSP/FIOCRUZ.

Yin, Robert K. (2001), *Estudo de casos: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.

Yuasa, Cristina Shizue (2012), *A depressão feminina no discurso de mulheres*. São Paulo, Brasil. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade de São Paulo, USP.

Artigos:

Aboim, Sofia (2009), “Da pluralidade dos afetos: trajetórias e orientações amorosas nas conjugalidades contemporâneas”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 24 (70), pp. 107-122. Recuperado em 24 de agosto de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v24n70/a07v2470.pdf>

Aguillar, Paula Lucía (2011), “La feminización de la pobreza: conceptualizaciones actuales y potencialidades analíticas”. *Revista Katálisis*, 14 (1), pp. 126-133. Recuperado em 20 de maio de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a14.pdf>

Alarcón, Renato; Bell, Carl; Kirmayer, Laurence; Lin, Keh-Ming; Ustun, Bedirhan, Wisner, Katherine (2004), “Para lá dos espelhos distorcidos: agenda de investigação sobre a cultura e o diagnóstico psiquiátrico” in Kupfer, David J.; First, Michael B.; Regier, Darrel A. *Agenda de investigação para o DSM-V*. Lisboa: Climepsi Editores

Albuquerque Júnior, Durval Muniz de; Ceballos, Rodrigo (2004), “Trilhas urbanas, armadilhas humanas: a construção de territórios de prazer e dor na vivência da homossexualidade masculina no Nordeste brasileiro dos anos 1970 e 1980”, in Schpun, Mônica Raisa (org.). *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc.

Alverga, Alex; Dimenstein, Magda (2006), “A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 10 (20), pp. 299-316. Recuperado em 23 de maio de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/03.pdf>

Alves, Paulo César (2002), “Nervoso e experiência de fragilização: narrativas de mulheres idosas”, in Minayo, Maria Cecília; Coimbra Júnior, Carlos (orgs.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Alves, José Eustáquio; Corrêa, Sônia (2009), “Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo”, in ABEP, *Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo*, ABEP/UNFPA, Campinas. Recuperado em 20 de maio de 2014, de: http://www.abep.org.br/usuario/GerenciaNavegacao.php?caderno_id=854&nivel=1

Alves, Paulo César; Rabelo, Miriam; Souza, Iara Maria (1999), “Introdução”, in Rabelo, Miriam Cristina; Alves, Paulo César; Souza, Iara Maria (coords.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

_____, “Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico”, in Rabelo, Miriam Cristina; Alves, Paulo César; Souza, Iara Maria (coords.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Amâncio, Lígia (2003), “O gênero no discurso das ciências sociais”. *Análise Social*, XXXVIII (168), pp. 687-714. Recuperado em 27 de junho de 2017, de: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218791078B9rDE5id4Po89MU8.pdf>

Amarante, Paulo (2009), “Reforma psiquiátrica e epistemologia”. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 1 (1), pp. 1-7. Recuperado em 2 de fevereiro de 2016, de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>

Andrade, Ana Paula (2014), “(Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental”, in Zanello, Valeska; Andrade, Ana Paula Muller. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris.

Andrade, Ana Paula; Maluf, Sônia (2016), “Sujeitos e(m) experiências: estratégias micropolíticas no contexto da reforma psiquiátrica no Brasil”. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 26 (1), pp. 251-270. Recuperado em 26 de abril, 2016: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v26n1/0103-7331-physis-26-01-00251.pdf>

Aneshensel, Carol; Phelan, Jo C.; Bierman, Alex (2013), “The Sociology of mental health: surveying the field”, in Aneshensel Carol et al. (eds.). *Handbook of the Sociology of mental health*: Dordrecht: Springer.

Argenta, Milena (2010), Itinerários terapêuticos e modelos de sofrimento entre voluntárias da Pastoral da Saúde do Bairro Saco Grande II – Florianópolis/SC, in Maluf, Sônia; Tornquist,

Carmen. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Arilha, Margareth (1998), “Homens: entre a ‘zoeira’ e a ‘responsabilidade’”, in Arilha, Margaret; Ridenti, Sandra; Medrado, Benedito (org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos.

Arruda, Guilherme; Marcon, Sônia (2016), “Reflexões sobre o cuidado ao homem adulto doente no âmbito familiar: uma perspectiva de gênero”. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 6 (2), PP. 298-306. Recuperado em 18 de dezembro de 2017, de: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/19344/pdf>

Assad, Francine; Pedrão, Luiz Jorge (2013), “O teatro espontâneo do cotidiano como um instrumento terapêutico nas ressignificações de ser um portador de transtorno mental”. *Texto Contexto Enfermagem*, 22 (4), pp. 1089-1097. Recuperado em 5 de abril de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n4/27.pdf>

Astbury, Jane (1999), *Gender and mental health*. Key Centre for Women’s Health. University of Melbourne, Australia. Recuperado em 29 de maio, 2016, de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.6957&rep=rep1&type=>

Augusto, Amélia (2014), “Metodologias quantitativas/metodologias qualitativas: mais do que uma questão de preferência”. *Fórum Sociológico*, 24, 2014. Circulação de saberes e desafios em saúde. Recuperado em 20 de julho de 2016, de: <https://journals.openedition.org/sociologico/1073>

Azize, Rogério (2010), “Notas de um ‘não-prescritor’: uma etnografia entre estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria”, in Maluf, Sônia; Tornquist, Carmen. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Baltrusaitytė, Giedre (2003), “Theorising mental disorder: a sociological approach”. *Sociology: thought and action*, 1(11), pp. 117-132. Recuperado em 15 de outubro, 2015, de: <http://www.journals.vu.lt/sociologija-mintis-ir-veiksmas/article/view/5934/4842>

Bandeira, Lourdes (2017), “Violência, gênero e poder: múltiplas faces”, in Stevens, Cristina *et al.* (org.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília: Tecnopolitik.

Bandeira, Lourdes; Batista, Analía (2002), “Preconceito e discriminação como expressões de violência”. *Estudos Feministas*, 1, pp. 119-141. Recuperado em 21 de maio de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v10n1/11632.pdf>

Barbosa, Jaqueline (2011), “Roteiros sexuais e saúde sexual: narrativas de homens com transtornos mentais”. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1 (3), pp. 355-367. Recuperado em 3 de dezembro de 2017, de: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/105/197>

Barbosa, Sara; Souza, Maria da Conceição (2013), “Atendimento aos usuários de substâncias psicoativas em pronto atendimento: perspectiva dos profissionais de saúde”. *Revista Eletrônica*

Saúde Mental, Álcool e Drogas, 9 (2), pp. 82-87. Recuperado em 15 de novembro de 2017, de: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v9n2/pt_06.pdf

Bard Wigdor, Gabriela (2016), “Culturas políticas: (re)significando la categoria desde una perspectiva de género”. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 61 (227), pp. 137-166. Recuperado em 20 de novembro de 2017, de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/50255/49068>

Bastos, Liliana; Dantas, Maria Tereza (2003), “Construções identitárias de gênero na fala de uma paciente psiquiátrica/artesã: em busca da cura pelo trabalho”. *Trabalhos em Linguística Aplicada*, (41), pp. 23-37. Recuperado em 25 de abril de 2016, de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/tla/article/view/8639359/6953>

Bendelow, Gillian (1993), “Pain perceptions, emotions and gender”. *Sociology of Health & Illness*, 15 (3), pp. 273-294. Recuperado em 30 de abril de 2016, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1467-9566.ep10490526>

Bertaux, Daniel; Bertaux-Wiame, Isabelle (1993), “Historias de vida del oficio de panadero”, in Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate.

Bhattacharjee, Dipanjan *et al.* (2011), “Sociological understanding of psychiatric illness: an appraisal”. *Delhi Psychiatry Journal*, 14 (1), pp. 54-62. Recuperado em 15 de outubro, 2015, de: <http://medind.nic.in/daa/t11/i1/daat11i1p54.pdf>

Birman, Joel (2014), “Drogas, performance e psiquiatrização na contemporaneidade”. *Agora*, v. XVII, número especial, pp. 23-37. Recuperado em 15 de abril de 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/agora/v17nspe/03.pdf>

Birman, Joel; Costa, Jurandir (1994), “Organização de instituições para uma Psiquiatria Comunitária”, in Amarante, Paulo (org.). *Psiquiatria social e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Boiteux, Luciana (2014), “Drogas e cárcere: repressão às drogas, aumento da população penitenciária brasileira e alternativas”, in Shecaria, Sergio Salomão (Org.). *Drogas uma nova perspectiva*. São Paulo: IBCCRIM.

Bonino, Luis (2000), “Varones, género y salud mental – desconstruyendo la “normalidade” masculina”, in Segarra, Marta; Carabí, Ángels (eds.). *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria.

Bordo, Susan (1997), “O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault”, in Jaggar, Alison M.; Bordo, Susan (eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Bóris, Georges; Cesídio, Mirella (2007), “Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade”. *Revista Mal-estar e subjetividade*, VII (2), pp. 451-478. Recuperado em 10 de junho de 2017, de: <http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/1594/3576>

Bourdieu, Pierre (2006), “A ilusão biográfica”, in Amado, Janaína; Ferreira, Marieta de Moraes. *Usos e abusos da história oral*. Rio de Janeiro: FGV.

Brandão, Ana Maria (2007), “Entre a história vivida e a história contada: a história de vida como material primário de investigação sociológica”. *Revista de Sociologia Configurações*, 3, pp. 83-106. Recuperado em 20 de agosto de 2016, de: [https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9630/3/Entre%20a%20Vida%20Vivida%20\(2\).pdf](https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9630/3/Entre%20a%20Vida%20Vivida%20(2).pdf)

Brown, Diana (2010), “A obrigação de cuidar: mulheres idosas em uma comunidade de Florianópolis”, in Maluf, Sônia; Tornquist, Carmen. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Burin, Mabel (2012), *Género y salud mental: construcción de la subjetividad femenina y masculina*. Clase sobre género y salud mental, dictada en mayo de 2010 en la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Recuperado em outubro de 2016, de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Busfield, Joan (1988), “Mental illness as social product or social construct: a contradiction in feminists arguments?”. *Sociology of Health & Illness*, 10 (4), pp. 521-524. Recuperado em 20 de outubro de 2015, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1467-9566.1988.tb00056.x>

_____ (2000), “Introduction: Rethinking the sociology of mental health”. *Sociology of Health & Illness*, 22 (5), pp. 543-558. Recuperado em 16 de outubro de 2015, de: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1467-9566.00219>

Butler, Judith (1990), “Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista”. *Debate Feminista*, 18, pp. 296-314. Recuperado em 20 de junho de 2018, de: http://www.debatefeminista.cieg.unam.mx/wp-content/uploads/2016/03/articulos/018_14.pdf

Campos, Ionara; Zanello, Valeska (2017), “Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial II (Caps II)”, in Stevens, Cristina et al. (org.). *Mulheres e violências: interseccionalidades*. Brasília: Technopolitik.

Caponi, Sandra (2014), “O DSM-V como dispositivo de segurança”. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24 (3), pp. 741-763. Recuperado em 20 de fevereiro de 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00741.pdf>

Carapinheiro, Graça (1986), “A saúde no contexto da sociologia”. *Sociologia: problemas e práticas*, nº 1, pp. 9-22. Recuperado em 9 de março de 2015, de: <https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/947/1/1.pdf>

Carneiro, Sueli (1994), “Identidade feminina”, in Saffioti, Heleieth; Vargas, Mônica Muñoz (orgs.). *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, NIPAS. Brasília: UNICEF.

Carvalho, Lúcia; Dimenstein, Magda (2004), “O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres”. *Revista Estudos de Psicologia*, 9 (1), pp. 121-129. Recuperado em outubro de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>

Carvalho, Marta Evelin; Rosa, Lúcia (2009), “Avanços e desafios da reforma psiquiátrica no Piauí na primeira década de novo milênio”, in Rosa, Lúcia; Guimarães, Lucas Danillo; Carvalho, Marta Evelin. *Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí*. Teresina: Edufpi.

Connell, Raewyn (1997), “La organización social de la masculinidade”, in Valdes, Teresa; Olivarría, José (edc). *Masculinidades: poder y crisis*, Cap. 2, ISIS-FLACSO: Ediciones de las mujeres. Recuperado em 30 de novembro de 2017, de: <http://www.letraese.org.mx/georganizacion.pdf>.

_____ (2013), “Género, salud y teoría: conceptualizando el tema em perspectiva mundial y local”. *Nómadas*, 39, pp. 63-77. Recuperado em 21 de abril de 2016, de: http://www.redalyc.org/pdf/1051/Resumenes/Resumen_105129195005_1.pdf

Costa, Maria da Graça; Dimenstein, Magda; Leite, Jáder (2015), “Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas”. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24 (1), pp. 13-29. Recuperado em 7 de junho, 2016, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100002

Costa-Rosa, Abílio; Luzio, Cristina Amélia; Yasui, Sílvio (2001), “As conferências nacionais de Saúde Mental e as premissas do modo psicossocial”. *Saúde em Debate*, 25 (58), pp. 12-25. Recuperado em 3 de julho de 2016, de: https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/6202577/saude_em_debate_n58.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1524580841&Signature=r4kh7auCtFSkYTqwQREfn1ai5fM%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DClinica_a_palavra_negada_sobre_as_pratic.pdf#page=14

Cunha, Maria Clementinha (1989), “Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX”. *Revista Brasileira de História*, 9 (18), pp. 121-144. Recuperado em 30 de outubro, 2017, de: www.anpuh.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3853

Cunha, Vanessa (2005), “As funções dos filhos nas famílias”, in Wall, Karin (org.). *Famílias em Portugal: percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.

Dahlberg, Linda; Krug, Etienne (2002), “Violência: um problema global de saúde pública”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 11, pp. 1163-1178. Recuperado em 28 de junho de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11s0/a07v11s0>

Dallery, Arleen B. (1997), “A política da escrita do corpo: écriture féminine”, in Jaggar, Alison M.; Bordo, Susan (eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Daskal, Ana María (1990), “La vida cotidiana de las mujeres”, in *El mal estar silenciado: la otra salud mental*. Santiago: Editorial Isis Internacional. Ediciones de las mujeres nº 14.

Del Priore, Mary (1994). *A mulher na história do Brasil*. São Paulo: Contexto.

(1997), “Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino”, in Del Priore, Mary; Bassanezi, Carla (org.). *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto.

Delacampagne, Christian (2004), “A contestação antipsiquiátrica”. *Revista Mental*, 2 (2), pp. 27-34. Recuperado em 2 de maio de 2016, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v2n2/v2n2a03.pdf>

Delgado, Paulo Gabriel Godinho (2011), “Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil”. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, 16 (12), pp. 4701-4706. Recuperado em 23 de junho de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/19.pdf>

Delgado, Pedro Gabriel (2013), “‘Reforma psiquiátrica: conquistas e desafios’. Entrevista com Pedro Gabriel Delgado”. *Revista EPOS*, 4 (2), pp. x-x. Recuperado de 16 de junho de 2016, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epos/v4n2/09.pdf>

Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (2006), “A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa”, in Denzin, Norman; Lincoln, Yvonna (orgs.). *Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed.

Diehl, Eliana; Manzini, Fernanda; Becker, Marina (2010), “‘A minha melhor amiga se chama fluoxetina’: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde”, in Maluf, Sônia; Tornquist, Carmem. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Digneffe, Françoise (1997), “Do individual ao social: a abordagem biográfica”, in Albarello, Luc et al. (org.). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Dimen, Muriel (1997), “Poder, sexualidade e intimidade”, in Jaggar, Alisson M.; Bordo, Susan (eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Duarte, Luís (1994), “A outra saúde: mental, psicossocial, físico, moral?”, in Alves, Paulo César; Minayo, Maria Cecília (orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Engel, Magali Gouveia (2008), “Sexualidades interditas: loucura e gênero masculino”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, v. 15, supl. Pp. 173-190. Recuperado em 26 de outubro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v15s0/09.pdf>

Feitosa, Lucíola; Silva, Maria do Rosário (2014), “Assistência em saúde mental no Piauí: mecanismos estruturais para o cuidado entre a razão e a desrazão”. *Serviço social e saúde*, 13 (1), pp. 77-92. Recuperado em 13 de julho de 2017, de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634920>

Fernandes, Waldemar (2007), “Reflexões sobre meu trabalho com psiquiatria dinâmica”. *Vínculo*, 4 (4), pp. x-x. Recuperado em 14 de abril, 2015, de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-24902007000100007

Ferrarotti, Franco (1993), “Sobre la autonomia del método biográfico”, in Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate.

Ferreira, Julio F. (2009), “Uma experiência de clínica transcultural”, in Pussetti, Chiara; Ferreira, Júlio F.; Lechner, Elsa; Santinho, Cristina (coord.). *Observatório da Imigração. Migrantes e saúde mental: a construção da competência cultural*. Lisboa: Alto-Comissariado para a Imigração e Diálogo Intercultural (Acidi).

Fonte, Eliane (2013), “Da institucionalização da loucura à reforma psiquiátrica: as sete vidas da agenda pública em saúde mental no Brasil”. *Estudos de Sociologia*, 1 (18), pp. x-x. Recuperado em 20 de julho de 2016, de: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revsocio/article/view/235235/28258>

Gagnon, Nicole (1993), “Sobre el análisis de relatos de vida”, in Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate.

Goffman, Erving (1983), “The interaction order: American Sociological Association”. *American Sociological Review*, 48 (1), pp. 1-17. Recuperado em 3 de março, 2016, de: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Social%20Psych%20Prelim%20Readings/I.%20Classics/1983%20Goffman%20-%20Interaction%20Order.pdf

Gorn, Shoshana; Reyes, Jorge; Solano, Nayelhi; Pérez, Pilar; Mellor-Crummey, Lauren; Saínez, Marcela (2014), “Exploración del malestar emocional expresado por mujeres que acuden a centros de atención primaria de la Ciudad de México: um estudo qualitativo”. *Salud Mental*, 37 (3), pp. 313-319. Recuperado em 17 de dezembro de 2017, de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n4/v37n4a5.pdf>

Gove, Walter R.; Tudor, Jeannette F. (1973), “Adult sex roles and mental illness”. *The American Journal of Sociology*, 78 (4), pp. 812 – 835. Recuperado em 4 de novembro de 2015, de: https://campus.fsu.edu/bbcswebdav/institution/academic/social_sciences/sociology/Reading%20Lists/Mental%20Health%20Readings/Gove-AJS-1973.pdf

Greenwood, Ernest (1965), “Métodos de investigação empírica em sociologia”. *Revista Mexicana de Sociologia*, XXV (2), pp. 541-574. Recuperado em 14 de agosto de 2016, de: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1224164262K21AE9wd1Ui39AM8.pdf>

Grossi, Miriam Pillar (2004), “Masculinidades: uma revisão teórica”. *Antropologia em primeira mão*, pp. 4-37. Recuperado em 20 de maio de 2017, de: <http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/Visualizar3.pdf>

Guerriero, Iara; Ayres, José Ricardo; Hearst, Norman (2012), “Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de homens heterossexuais, São Paulo, SP”. *Revista Saúde Pública*, 36 (supl 4), pp. 50-60. Recuperado em 20 de maio de 2017, de: <https://www.scielosp.org/pdf/rsp/2002.v36n4suppl0/50-60/pt>

Hadlaczky, Gergo; Wasserman, Danuta (2009), “Suicidality in women”, in Chandra, Prabha *et al.* (eds.) *Contemporary topics in women's health: global perspectives in a changing society*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Henriques, Cibele da Silva (2013), “Mulheres com transtorno mental: reflexões sobre o exercício da maternidade”. *Seminário Internacional Enlaçando Sexualidades. Universidade do Estado da Bahia – Campus I, Salvador*.

Hirdes, Alice; Kantorski, Luciane (2005), “A família como um recurso central no processo de reabilitação social”. *Revista de Enfermagem da UERJ*, 13, pp. 160-166. Recuperado em 14 de agosto de 2017, de: <http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a03.pdf>

Hita, Maria Gabriela (1998), “Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias”, in Alves, Paulo César; Rabelo, Miriam (orgs). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Recuperado em 2 de junho, 2016, de: <http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-11.pdf>

Holmes, Mary (2007), “How is gender intertwined with class”, in Holmes, Mary. *What is gender. Sociological Approaches*. London: Sage Publications.

Horwitz, Allan (2013), “The sociological study of mental illness: a critique and synthesis of four perspectives”, in Aneshensel Carol *et al.* (eds.). *Handbook of the Sociology of mental health*: Dordrecht: Springer.

Ingleby, David (1982), “A construção social da doença mental”. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, n.º 9, pp. 89-113. Recuperado em 20 de novembro, 2013, de: www.ces.uc.pt/rccs/includes/download.php?id=175

Kadri, Nadia; Alami, Khadija Mchichi (2009), “Depression and anxiety among women”, in Chandra, Prabha *et al.* (eds.) *Contemporary topics in women’s health: global perspectives in a changing society*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Kaufman, Michael (1995), “Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias de poder entre los hombres”, in Arango, Luz G.; León, Magdalena; Viveros, Mara (comp.). *Género y identidad: ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá: Tercer Mundo.

Kergoat, Danièle (2003), “Divisão sexual do trabalho e relações sociais”, in Emílio, Marli; Teixeira, Marilane; Nobre, Miriam; Godinho, Tatau (orgs.). *Trabalho e cidadania ativa para as mulheres: desafios para as Políticas Públicas*. São Paulo: Coordenadoria Especial da Mulher.

Kofes, Suely (1994), “Experiências sociais, interpretações individuais: histórias de vida, suas possibilidades e limites”. *Cadernos Pagu* (3), pp. 117-141. Recuperado em 30 de julho de 2016, de: www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51011

Lahire, Bernard (2005), “Patrimónios individuais de disposições: para uma sociologia à escala individual”. *Sociologia, problemas e práticas*, nº 49, pp. 11-42. Recuperado em 7 de janeiro, 2016, de URL: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/spp/n49/n49a02.pdf>

Lazarevich, Irina; Mora-Carrasco, Fernando (2010), “Identidad masculina y salud mental”. *Segunda época*, 3 (5), pp. 7-16. Recuperado em 14 outubro de 2016, de: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/estadistica.php?id_host=6&tipo=ARTICULO&id=7160&archivo=4-500-7160ewe.pdf&titulo=Identidad%20Masculina%20y%20salud%20mental

Leite, Jader; Dimenstein, Magda; Dantas, Cândida; Silva, Eliane; Macedo, João Paulo; Sousa, Adrielly (2017), “Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro”. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35 (2), pp. 301-316. Recuperado em 30 de maio de 2017, de: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v35n2/1794-4724-apl-35-02-00301.pdf>

Londoño, Mari Ladi (1990), “Transición y soledad”, in *El mal estar silenciado: la otra salud mental*. Santiago: Editorial Isis Internacional. Ediciones de las mujeres nº 14.

Lovisi, Marcos; Santos, Simone; Legay, Letícia; Abelha, Lúcia; Valencia, Elie (2009), “Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006”. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (supl II), pp. 586-593. Recuperado em 23 de março de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a07.pdf>

Macedo, Márcia dos Santos (2008), “Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza”. *Cadernos CRH*, 21 (53), pp. 389-404. Recuperado em 12 de junho de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n53/a13v21n53.pdf>

Macedo, João Paulo Sales; Cardoso, Francisca Maria Carvalho (2017), “Regionalização da rede de atenção psicossocial: novos desafios da reforma psiquiátrica piauiense”, in Pereira, Sofia Laurentino; Rosa, Lúcia Cristina dos Santos; Silva, Ellayne Karoline Bezerra da; Maia, Juliana Barbosa Dias. *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina: Edufpi.

Macedo, João Paulo Sales; Dimenstein, Magda (2012), “A reforma psiquiátrica em contextos periféricos: o Piauí em análise”. *Memorandum*, 22, pp. 138-164. Recuperado em 20 de março de 2017, de: <https://seer.ufmg.br/index.php/memorandum/article/viewFile/9768/7542>

Macedo, João Paulo Sales; Sousa, Adrielly; Silva, Adrielli; Teixeira, José Luís; Veras, Gabriela (2015), “Cárcere privado: desafios para a atenção primária e psicossocial no norte do Piauí”. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 7 (16), pp. 117-136. Recuperado em 29 de abril de 2017, de: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2545/4332>

Macedo, Márcia dos Santos (2008), “Mulheres chefes de família e a perspectiva de gênero: trajetória de um tema e a crítica sobre a feminização da pobreza”. *Caderno CRH*, 21 (53), pp. 385-399. Recuperado em 21 de maio de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ccrh/v21n53/a13v21n53.pdf>

Machado, Lia Zanotta (2004), “Masculinidade e violência: gênero e mal estar na sociedade contemporânea”, in Schpun, Mônica Raisa (org.). *Masculinidades*. São Paulo: Boitempo; Santa Cruz do Sul: Edunisc.

Maluf, Sônia (2010), “Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais”, in Maluf, Sônia; Tornquist, Carmen. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Maroy, Christian (1997), “A análise qualitativa de entrevistas”, in Albarello, Luc *et al.* (org.). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Mattos, Michele; Jaeger, Angelita (2015), “Bullying e as relações de gênero presentes na escola”. *Movimento: Revista da Escola de Educação Física da UFRGS*, 21 (2), pp. 349-361. Recuperado em 2 de junho de 2017, de: <http://www.seer.ufrgs.br/Movimento/article/viewFile/48001/34212>

Meneghel, Stela; Gutierrez, Denise; Silva, Raimunda; Grubits, Sônia; Hesler, Lilian; Ceccon, Roger (2012), “Suicídio de idosos sob a perspectiva de gênero”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (8), pp. 1983-1992. Recuperado em 20 de março de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n8/09.pdf>

Meneghel, Stela; Hesler, Lilian; Ceccon, Roger; Trindade, Aline; Pereira, Sanderlei (2013), “Suicídio de mulheres: uma situação limite?”. *Athenea Digital*, 13 (2), pp. 207-217. Recuperado em 20 de março de 2017, de: www.raco.cat/index.php/Athenea/article/download/291665/380159

Meneghel, Stela; Moura, Rosylaine; Hesler, Lilian; Gutierrez, Denise (2015), “Tentativa de suicídio em mulheres idosas”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 20 (6), pp. 1721-1730. Recuperado em 20 de março de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1721.pdf>

Meneghel, Stela; Portella, Ana Paula (2017), “Feminicídios: conceitos, tipos e cenários”. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 22 (9), pp. 3077-3086. Recuperado em 10 de maio de 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n9/1413-8123-csc-22-09-3077.pdf>

Millán, Maria de Jesús; García, Francisco; Álvarez, Juan Carlos; Rosado, Javier (2015), “El suicidio masculino: una cuestión de género”. *Prisma Social*, 13, pp. 433- 491. Recuperado em 25 de março de 2017, de: https://www.researchgate.net/publication/273120744_EL_SUICIDIO_MASCULINO_UNA_CUESTION_DE_GENERO

Mizrahi, Liliana (1990), “Herderas de uma moral inquisidora”, in *El malestar silenciado: la otra salud mental*. Daskal, Ana María (ed). Santiago: Editorial Isis Internacional. Ediciones de las mujeres nº 14.

Modena, Celina; Martins, Alberto; Gazzineli, Andrea; Almeida, Suellen; Schall, Virginia (2014), “Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico”. *Temas em Psicologia*, 22 (1), pp. 67-78. Recuperado em 4 de novembro de 2017, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v22n1/v22n1a06.pdf>

Molaño, Alfredo (1998), “Mi historia de vida con las historias de vida”, in Lulle, Thierry; Vargas, Pilar; Zamudio, Lucero (eds.). *Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales I*. Barcelona: Antrophos.

Molina, (1990), “Valorar lo no valorado”, in *El mal estar silenciado: la otra salud mental*. Daskal, Ana María (ed.). Santiago: Editorial Isis Internacional. Ediciones de las mujeres nº 14.

Mora-Ríos, Jazmín; Bautista, Natália (2014), “Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones em la atención a la salud mental”. *Salud Mental*, 37 (4), pp. 303-312. Recuperado em 15 de novembro de 2017, de: https://www.researchgate.net/.../2093623255_Natalia_Bautista

Moreira, Ana Regina; Dutra, Elza Maria (2013), “Compreendendo a experiência do sofrimento de mulheres na relação amorosa”. *Revista de Abordagem Gestáltica – Phenomenological Studies* – XIX (1), pp. 3-11. Recuperado em 13 de maio de 2017, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v19n1/v19n1a02.pdf>

Morel, Benedict-Augustin (2008 [1857]), “Tratado das degenerescências na espécie humana”. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 11 (3), pp. 497-501. Recuperado em 25 de outubro de 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n3/13.pdf>

Morin, Françoise (1993), “Práticas antropológicas y historias de vida”, in Marinas, José Miguel; Santamarina, Cristina (eds.). *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate.

Nalli, Marcos (2001), “Figuras da loucura em Histoire de la Folie”. *Psicologia em Estudo*, 6 (2), pp. 39 -47. Recuperado em 20 de abril de 2018, de: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/pe/v6n2/v6n2a06.pdf>

Nascimento, Pedro (2016), “Beber como homem: dilemas e armadilhas em etnografias sobre gênero e masculinidades”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 31 (90), 57-70. Recuperado em 4 de agosto de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v31n90/0102-6909-rbcsoc-31-90-0057.pdf>

Navarro-Swain, Tânia (2011), “A construção das mulheres ou renovação do patriarcado”. Recuperado em 14 de maio de 2017, de: <http://www.tanianavarrowswain.com.br/brasil/renovacao%20patriarcado.htm>

Nicholson, Linda (2000), “Interpretando o gênero”. *Revista Estudos Feministas*, 8 (2), pp. 9-42. Recuperado em 20 de abril de 2015, de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917>

Nogueira, Conceição (2001), *Feminismo e discurso do gênero na psicologia social*. Instituto e Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2001. Recuperado em 2 de julho de 2016, de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/41171/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%25C3%25A9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>

Nunes, Mônica de Oliveira (2012), “Interseções antropológicas na saúde mental: dos regimes de verdade naturalistas à espessura biopsicossociocultural do adoecimento mental”. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 16 (43), pp. 903-915. Recuperado em 3 de maio de 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n43/aop4812.pdf>

Nunes, Mônica; Torrenté, Maurice de (2009), “Estigma e violência no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe”. *Revista Saúde Pública*, 43 (supl 1), pp. 101-108. Recuperado em 2 de março de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43s1/752.pdf>

Oliveira, William Vaz de (2011), “A fabricação da loucura: contracultura e antipsiquiatria”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 18 (1), pp. 141-154. Recuperado em 20 de abril de 2015, de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v18n1/09.pdf>

Oliveira, Susane Rodrigues de (2017), “A violência do dispositivo amoroso e assujeitamento das mulheres nos livros didáticos de história”. *Lábrys, Estudos Feministas*, pp. x-x. Recuperado em 26 de janeiro de 2018, de: <https://www.labrys.net.br/labrys30/patriarcado/susane%20texto.htm>

Ordorika Sacristán, Teresa (2005), “El concepto de enfermedad mental: un enfoque conceptual desde la sociología”, in Gavia, Margarita; Rubio, Julio Muñoz (coord.). *Jornadas Anuales de Investigación*. México: Universidad Autónoma de México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades.

_____ (2009), “Aportaciones sociológicas al estudio de la salud mental de las mujeres”. *Revista Mexicana de Sociología*, 71 (4), pp. 647-674. Recuperado em 2 de outubro de 2014, de: <http://www.ejournal.unam.mx/rms/2009-4/RMS009000402.pdf>.

_____ (2011), “¿De dónde viene la tristeza de las mujeres?”, in Olivera, María Elena (Ed.), *Mujeres diversas. Miradas feministas*. México: Destiempo Editoriais, pp. 114-125. Recuperado em setembro de 2015, de: <http://www.grupodestiempos.com/MUJERESDIVERSASMIRADASFEMINISTAS.pdf>.

_____ (2014), “De enfermedades a dolencias mentales. Notas de un itinerário de investigación sociológica sobre el sufrimiento psíquico”, in Suárez, Hugo José; Pirker, Kristina (comp.). *Sociólogos y su sociología: experiencias en el ejercicio del oficio en México*. México: Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Sociales.

Ortega Ruiz, Cristina (2011), “Las mujeres y la enfermedad mental: una perspectiva de género a través de la historia contemporánea”. *Cuadernos Kóre*, 1 (4), pp. 208-223. Recuperado em 14 de maio de 2016, de: <https://e-revistas.uc3m.es/index.php/CK/article/view/1501>

Pais, José Machado (1985), “De Espanha nem bom vento nem bom casamento: sobre o enigma sociológico de um provérbio português”. *Análise Social*, XXI (86), pp. 229-243. Recuperado em 23 de outubro de 2017, de: https://www.jstor.org/stable/41010502?seq=1#page_scan_tab_contents

_____ (1998), “Vida amorosa e sexual (resultados de um inquérito)”, in Pais, José Machado (eds.). *Gerações e valores na sociedade portuguesa contemporânea*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais/Secretaria de Estado da Juventude.

Paiva, Carlos Henrique Assunção; Teixeira, Luiz Antônio (2014), “Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21 (1), pp. 15-35. Recuperado em 3 de julho de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

Paiva, Mirian (1999), “A feminilização da AIDS: uma questão de gênero?”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 52 (1), pp. 7-13. Recuperado em 30 de julho, de: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v52n1/v52n1a02.pdf>

Pagés, Júlio César; González, Daniel (2009), “Masculinidad y violencia: aproximaciones desde el universo del deporte”. *Revista Educar*, 35, pp. 123-136. Recuperado em 14 de julho de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/er/n35/n35a10.pdf>

Parkes, Colin Murray (2003), “Conclusões II: ligações e perdas numa perspectiva intercultural”, in Parkes, Colin Murray; Laungani, Pitto; Young, Bill (coords.). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa: Climepsi Editores.

Passos, Eduardo; Souza, Tadeu (2011), “Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de ‘guerra às drogas’”. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1), pp. 154-162. Recuperado em 20 de julho de 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000100017&script=sci_abstract&tlng=pt

Pereira, Francineide; Luz, Lila (2013), “Lideranças feministas e formulação de políticas públicas”. *Revista Eletrônica Informe Econômico*, 1 (1), pp. 132-140. Recuperado em 12 de abril de 2017, de: www.ojs.ufpi.br/index.php/economiaufpi/article/download/1288/1012

Petrini, Maira; Pozzebon, Marlei (2009), “Usando grounded theory na construção de modelos teóricos”. *Revista Gestão e Planejamento*, 10 (1), pp. 1-18. Recuperado em 10 de agosto de 2016, de: https://gvpesquisa.fgv.br/sites/gvpesquisa.fgv.br/files/arquivos/marlei_pozzebon_usando_grounded_theory_na_construcao.pdf

Pinto, Elisabete Aparecida (1998), “Aborto numa perspectiva étnica e de gênero: o olhar masculino”, in Arilha, Margaret; Ridenti, Sandra; Medrado, Benedito (org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos.

Pinto, Louis (1996), “Experiência vivida e exigência científica de objetividade”, in Champagne, Patrick; Lenoir, Rémi; Merllié, Dominique; Pinto, Louis. *Iniciação à prática sociológica*. Petrópolis: Vozes.

Pinto, Marcelo; Santos, Leonardo (2012), “A grounded theory como abordagem metodológica: relatos de uma experiência de campo”. *O&S*, 19 (62), pp. 427-436. Recuperado em 11 de agosto de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/osoc/v19n62/03.pdf>

Pires, Wiliam (2004), “Violência, exclusão e sofrimento psíquico”, in Rios, Luís Felipe *et al.* (org.). *Homossexualidade: produção cultural, cidadania e saúde*. Rio de Janeiro: ABIA.

Piscitelli, Adriana (2002), "Recriando a (categoria) mulher", in Algranti, Leila (Org.). *A prática feminista e o conceito de gênero. Textos Didáticos*, nº 48, pp. 7-42. Recuperado em 30 de outubro de 2014, de: <http://www.culturaegenero.com.br/download/praticafeminina.pdf>

Pitta, Ana (2011), “Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas”. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16 (12), pp. 4579-4589. Recuperado em 23 de julho de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/02.pdf>

Rabelo, Miriam Cristina (1999), “A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização”, in Rabelo, Miriam Cristina; Alves, Paulo César; Souza, Iara Maria (coords.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rabelo, Miriam Cristina, Alves, Paulo César (1999), “Tecendo *self* e emoção nas narrativas de nervoso”, in Rabelo, Miriam Cristina; Alves, Paulo César; Souza, Iara Maria (coords.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Rabelo, Miriam Cristina; Souza, Iara Maria (2000), “Vida vivida, vivida contada: uma reflexão sobre a experiência do nervoso na trajetória de mulheres de classe trabalhadora em Salvador”, in *XXIV Encontro Anual da ANPOCS, GT-11, Pessoa, Corpo e Doença, Sessão 1*.

Resende, Heitor (1987), “Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica”, in Tundis, Silvério; Costa, Nilton do Rosário (org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.

Ribeiro, Sérgio Luiz (2004), “A criação do centro de atenção psicossocial Espaço Vivo”. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (3), pp. 92-99. Recuperado em 1º de maio de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v24n3/v24n3a12.pdf>

Rocha-Coutinho, Maria Lúcia (2009), “Variações sobre um antigo tema: a maternidade para as mulheres”, in Feres-Carneiro, Teresinha (org.). *Família e casal: efeitos da contemporaneidade*. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio.

Rocha, Emerson; Torres, Roberto (2009), “O crente e o delinquente”, in Souza, Jessé. *Ralé brasileira: quem é e como vive*. André Grillo et al. (colab.). Belo Horizonte: Editora UFMG.

Rodrigues, Márcia, Hoga, Luiza (2005), “Homens e aborto espontâneo: narrativas de experiências compartilhadas”. *Revista Esc Enfermagem*, 39 (3), pp. 258-267. Recuperado em 31 de julho de 2017, de: <https://www.revistas.usp.br/reecusp/article/download/41462/45051>

Rosa, Lúcia (2005), “Retrospectiva dos impactos da reforma psiquiátrica no Piauí”, in Rosa, Lúcia Cristina dos Santos (org.) *Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí*. Teresina: Edufpi.

_____ (2009), “Provimento de cuidado doméstico à pessoa com transtorno mental: a questão de gênero em evidência”, in Vasconcelos, Eduardo Mourão; Eiras, Alexandra; Machado, Graziela Scheffer; Rosa, Lúcia (orgs.) *Abordagens psicossociais, volume III: perspectivas para o Serviço Social*. São Paulo: Hucitec.

Rosa, Lúcia; Joazeiro, Edna (2017), “Rede de atenção psicossocial no Piauí: embalos em tempos incertos”, in Pereira, Sofia Laurentino; Rosa, Lúcia Cristina dos Santos; Silva, Ellayne Karoline Bezerra da; Maia, Juliana Barbosa Dias. *A política de saúde mental no Piauí sob a égide da RAPS*. Teresina: Edufpi.

Rosa, Lúcia; Neto, Manoel Valente; Guimarães, Lucas Danillo (2009), “Formação em saúde mental: a experiência piauiense”, in Rosa, Lúcia; Guimarães, Lucas Danillo; Carvalho, Marta Evelin. *Cenários de práticas em saúde mental: a atenção psicossocial no Piauí*. Teresina: Edufpi.

Ruiz, Valéria; Athayde, Vladimir; Nogueira Filho, Irapoan; Zambroni-de-Souza, Paulo César; Athayde, Milton (2013), “François Tosquelles, sua história no campo da Reforma Psiquiátrica/Desinstitucionalização e suas pistas para uma abordagem clínica do trabalho centrada na atividade”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 13 (3), pp. 855-877. Recuperado em 20 de abril de 2016, de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=451844512006>

Rodrigues, Thiago (2012), “Narcotráfico e militarização nas Américas: vício de guerra”. *Contexto Internacional*, 34 (1), pp. 9-41. Recuperado em 20 de abril de 2014, de: <http://www.scielo.br/pdf/cint/v34n1/v34n1a01.pdf>

Ruquoy, Danielle (1997), “Situação de entrevista e estratégia do entrevistador”, in Albarello, Luc *et al.* (org.). *Práticas e métodos de investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Saffioti, Heleieth (2008), “Ontogênese e filogênese do gênero”, in Stevens, Cristina Maria; Navarro-Swain, Tânia, (org.). *A construção dos corpos: perspectivas Feministas*. Florianópolis: Editora Mulheres.

Sales, Kátia; Queiroz, Roberta (2009), *Grupo de produção: um caminho para redução de crises e resgate da cidadania de adolescentes e jovens do Hospital Psiquiátrico Dia Waltherdes Sampaio - HPDWS*. Teresina: Edufpi

Salles, Mariana; Barros, Sônia (2009), “Vida cotidiana após adoecimento mental: desafio para atenção em saúde mental”. *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, 22 (1), pp. 11–16. Recuperado em 2 de dezembro, 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a02v22n1.pdf>.

_____ (2013), “Transformações na atenção em saúde mental e na vida cotidiana de usuários: do hospital psiquiátrico ao Centro de Atenção Psicossocial”. *Saúde em Debate*, 37 (97), pp. 324-335. Recuperado em 28 de dezembro de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n97/v37n97a14.pdf>

Sauvagnat, François (2012), “Considerações críticas acerca da classificação DSM e suas implicações na diagnóstica contemporânea”. *Analytica: Revista de Psicanálise*, 1 (1), pp. x-x. Recuperado em 16 de abril de 2015, de: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/analytica/article/view/231/369>

Schutz, Alfred (1979), “Bases da fenomenologia”, in Wagner, Helmut (org.) *Fenomenologia e relações sociais: textos escolhidos de Alfred Schutz*. Rio de Janeiro: Zahar.

Scott, Joan (1995), “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. *Educação e Realidade*, 20 (2), pp. 71-99. Recuperado em 14 de janeiro de 2016, de: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721/40667>

Scull, Andrew (2015), “The sociological study of mental illness: a historical perspective”. *Mad in America: Science, Psychiatry and Social Justice*. Recuperado em 13 e maio de 2016, de: <https://www.madinamerica.com/2015/04/sociological-study-mental-illness-historical-perspective/>

Seixas, Adriene; Sousa, Emanuel; Costa, Luiz Antônio; Abreu Filho, Manoel Moreira; Teixeira, Ricardo Leão; Torres, Rita de Cássia (2005), “Panorama da saúde mental em Parnaíba”, in Rosa, Lúcia Cristina dos Santos (org.) *Panorama da assistência psiquiátrica no Piauí*. Teresina: Edufpi.

Severo, Ana Kalliny; Dimenstein, Magda (2009), “O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental”. *Estudos de Psicologia*, 14 (1), pp. 59-67. Recuperado em 8 de setembro de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a08v14n1.pdf>

Silva, Luísa Ferreira da (2013), “As agendas temáticas da sociologia da saúde em Portugal”, in Alves, Fátima (coord.). *Saúde, medicina e sociedade: uma visão sociológica*. Lisboa: Pactor.

Silva Filho, João Ferreira da (1987), “A medicina, a psiquiatria e a doença mental”, in Tundis, Silvério; Costa, Nilton do Rosário (org.). *Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes/ABRASCO.

Silva, Maria Ozanira Silva e (2010), “Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira”. *Revista Katálysis*, 13 (2), pp. 155-163. Recuperado em 14 de junho de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n2/02.pdf>

Silva, Raimunda; Sousa, Girliani; Vieira, Luiza; Caldas, José; Minayo, Maria Cecília (2018), “Ideação e tentativa de suicídio de mulheres idosas no nordeste do Brasil”. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71 (2), pp. 807-815. Recuperado em 19 de junho de 2018, de: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s2/pt_0034-7167-reben-71-s2-0755.pdf

Silva, Roberta; Brandalise, Fernando (2008), “O efeito do diagnóstico psiquiátrico sobre a identidade do paciente”. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16 (2), pp. 123-129. Recuperado em 14 de março de 2016, de: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/viewFile/1143/1154>

Silva, Samara Mendes (2013), “Da fazenda para cidade: traços da cultura material e imaterial sertaneja nas casas piauienses em fins do século XX”, in *XXVII Simpósio Nacional de História. Conhecimento histórico e diálogo social*. Natal, RN, 22 a 26 de julho de 2013.

Sosa, Marcelo (2012), “A violência de gênero no Brasil: o caso dos crimes passionais”. *Revista Eletrônica do Curso de Direito da UFSM*, 7 (1), pp. 26-32. Recuperado em 25 de maio de 2017, de: <https://periodicos.ufsm.br/revistadireito/article/view/7171/4295>

Sousa, Jenny; Baptista, Maria Manuel (2015), “Gênero e perda emocional profunda na velhice”. *Revista Lusófona*, 3 (1), pp. 191-212. Recuperado em 13 de abril de 2017, de: <http://estudosoculturais.com/revistalusofona/index.php/rlec/article/view/209/132>

Souza, Iara Maria (1999), “O asilo revisitado: perfis do hospital psiquiátrico em narrativas sobre doença mental”, in Rabelo, Miriam Cristina; Alves, Paulo César; Souza, Iara Maria (coords.). *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Spíndola, Thelma; Santos, Rosângela (2003), “Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?)”. *Revista Escola Enfermagem*, 37 (2), pp. 119-126. Recuperado em 10 de agosto de 2016, de: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/207.pd>

Strey, Marlene Neves; Pulcherio, Gilda (2010), “As tramas de gênero na saúde”; in Strey, Marlene Neves; Nogueira, Conceição; Azambuja, Mariana (org.). *Gênero & saúde: diálogos ibero-brasileiros*. Porto Alegre: Edipucrs.

Tenório, Fernando (2002), “A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos”. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 9 (1), pp. 25-59. Recuperado em 5 de junho de 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v9n1/a03v9n1.pdf>

Thoits, Peggy (2010), “Sociological approaches to mental illness”, in Scheid, Teresa; Brown, Tony (eds.). *A handbook for the study of mental health: social contexts, theories, and systems*. Cambridge: Cambridge University Press.

Toledo, Maria Thereza (2013), “Uma discussão sobre o ideal de amor romântico na contemporaneidade: do Romantismo aos padrões da Cultura de Massa”. *Revista Eletrônica do Programa de Pós-graduação em Mídia e Cotidiano*, 2, pp. 201-218. Recuperado em 13 de maio de 2017, de: <http://www.ppgmidiaecotidiano.uff.br/ojs/index.php/Midecot/article/view/50>

Tornquist, Carmen; Andrade, Ana Paula Muller; Monteiro, Marina (2010), “Velhas histórias, novas esperanças”, in Maluf, Sônia Weidner; Tornquist, Carmen. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Traverso-Yépez, Martha; Medeiros, Luciana (2004), “Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos”. *Interações*, IX (18), pp. 87-108. Recuperado em 13 de maio de 2016, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/inter/v9n18/v9n18a06.pdf>

Tsu, Tânia. Tofolo, Valdenir. “Concepções etiológicas de pacientes psiquiátricas sobre doença mental”. *Revista Psicologia*, 1(2), pp. 155-166.

Ussher, Jane M (2013), “Diagnosing difficult women and pathologising femininity: Gender bias in psychiatric nosology”. *Feminism & Psychology*, 23 (1), pp. 63-69. Recuperado em 30 de maio de 2017, de: <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0959353512467968>

Vale de Almeida, Miguel (1996), “Gênero, masculinidade e poder: revendo um caso do sul de Portugal”. *Anuário Antropológico*, 95, pp. 161-190.

Vasconcelos, Eduardo Mourão (2010a), “Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica no Brasil recente”, in Vasconcelos, Eduardo Mourão (org.). *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade*. São Paulo: Cortez.

_____ (2010b), “Desafios políticos da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional”, in Vasconcelos, Eduardo Mourão (org.). *Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira*. São Paulo: Hucitec.

Velasquez, Alejandra (2009), “Ser proveedor no es suficiente: reconstrucción de la identidad em los varones”. *Revista La Manzana*, IV(7), pp. x-x. Recuperado em 20 de outubro de 2017, de: <http://www.estudiosmasculinidades.buap.mx/num7/proveedor.html>

Venturini, Ernesto (2010), “A desinstitucionalização no Brasil: limites e possibilidades”. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 20 (1), pp. 138-151. Recuperado em 5 de junho de 2016, de: <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19953/22033>

Vieira, Elisabeth (1999), “A medicalização do corpo feminino”, in Giffin, Karen; Costa, Sarah (org.). *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Villela, Wilza (1998), “Homem que é homem também pega Aids?”, in Arilha, Margaret; Ridenti, Sandra; Medrado, Benedito (org.). *Homens e masculinidades: outras palavras*. São Paulo: Ecos.

Xavier, Salomé; Klut, Catarina; Neto, Ana; da Ponte, Guida; Melo, João Carlos (2013), “O estigma da doença mental: que caminho percorremos?”. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof Doutor Fernando Fonseca*, EPE, 11 (2), pp. 10-21. Recuperado em 5 de novembro de 2017, de: http://www.psilogos.com/Revista/Vol11N2/Indice15_ficheiros/Estigma%20doenca%20mental.pdf

Welzer-Lang, Daniel (2001), “A construção do masculino: dominação das mulheres e a homofobia”. *Revista Estudos Feministas*, 9 (2), pp. 460-482. Recuperado em 29 de novembro de 2017, de: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf>

Zambroni de Souza, Paulo César; Athayde, Milton (2006), “A contribuição da abordagem clínica de Louis Le Guillant para o desenvolvimento da Psicologia do Trabalho”. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6 (1), pp. 6-19. Recuperado em 12 de novembro de 2015, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v6n1/v6n1a02.pdf>

Zanello, Valeska (2008), “Xingamentos: entre a ofensa e a erótica”. *Seminário Fazendo Gênero 8 – corpo, violência e poder*. Florianópolis, 25 a 28 de agosto de 2008. Recuperado em 23 de junho de 2017, de: http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST33/Valeska_Zanello_33.pdf

_____ (2010), “Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica”, in Stevens, Cristina; Brasil, Katia; Almeida, Tânia Mara; Zanello, Valeska (Orgs.). *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares*. Brasília: Ex Libris.

Zanello, Valeska (2014a), “A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica”, in Zanello, Valeska; Andrade, Ana Paula Muller. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris.

_____ (2014b), “Saúde mental, mulheres e conjugalidade”, in Stevens, Cristina; Oliveira, Susane; Zanello, Valeska. *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. Florianópolis: Edição Mulheres.

_____ (2017), “Saúde mental e gênero”, in *13º mundos de mulheres & Fazendo gênero II: transformações, conexões e deslocamentos*. 30 de julho e 4 de agosto de 2017. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.

Zanello, Valeska; Bukowitz, Bruna (2011), “Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados”. *Revista Labrys*, 20 (21). Recuperado em 10 de abril de 2014, de: <https://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>

Zanello, Valeska; Fiuza, Gabriela; Costa, Humberto (2015), “Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico”. *Fractal, Revista Psicologia*, 27 (3), pp. 238-246. Recuperado em 10 de abril de 2016, de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1984-02922015000300238&script=sci_abstract&tlng=pt

Zanello, Valeska; Silva, Livia Campos; Henderson, Guilherme (2015), “Saúde mental, gênero e velhice na instituição geriátrica”. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*, 31 (4), pp. 543-550. Recuperado em 12 de abril de 2016, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v31n4/1806-3446-ptp-31-04-00543.pdf>

Zanello, Valeska; Sousa, Gustavo (2009), “Mais música, menos Haldol: uma experiência entre música, Phármakon e loucura. *Mental*, 7 (13), pp. x-x. Recuperado em 13 de outubro de 2017, de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v7n13/v7n13a09.pdf>

Outra documentação:

Assis, Machado de (1999 [1882]), *O alienista*. Porto Alegre: L&PM Pocket.

Brasil. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres – ONU Mulheres (2016), *Diretrizes Nacionais Feminicídio – investigar, processar, julgar com a perspectiva de gênero as mortes violentas de mulheres*. Brasília: Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos.

Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2011), *Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios: resultados do universo*. Rio de Janeiro: IBGE.

_____ (2017), *Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2017*. Rio de Janeiro: IBGE.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (2003), *Legislação do SUS*. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de atenção à saúde (2004a), *Legislação em saúde mental: 1990 - 2004*. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas (2004b), *Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (2004c), *Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Ministério da Saúde. Secretaria-executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Coordenação geral de saúde mental (2005), *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferência Regional dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. Coordenação geral de apoio à gestão descentralizada (2006), *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Departamento de apoio à descentralização. Coordenação geral de apoio à gestão descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas (2008), *Política nacional de atenção integral à saúde do homem (princípios e diretrizes)*. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2017), *Portaria de consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. Presidência da República (2006), *Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal ... e dá outras providências*. Recuperado em 26 de junho de 2017, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm

Brasil. Presidência da República (2009), *Lei 12.015, de 7 de agosto de 2009. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores*. Recuperado em 30 de junho de 2017, de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm

Brasil. Sistema Único de Saúde. Conselho Nacional de Saúde (2010), *Relatório final da IV conferência nacional de saúde mental – intersetorial*. Brasília: Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde.

Brasil. Ministério da Saúde (2011), *Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Recuperado em 25 de agosto de 2016, de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

Citizens Commission on Human Rights (2006), *Psychiatry: an industry of death* [DVD video]. United States: Citizens Commission on Human Rights.

Conselho Federal de Psicologia (2011), “Articulação da rede de atenção psicossocial”, in Duarte, Yvone (coord.). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia XV Plenário Gestão 2011-2013.

Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2017), *Anuário brasileiro de segurança pública*. São Paulo: FBSP. Recuperado em 27 de junho de 2017, de: http://www.forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ANUARIO_11_2017.pdf

Legge 13 de maggio 1978, nº 180 “Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori”. Gazzetta Ufficiale, Italia (1978). Recuperado em 23 de maio de 2016, de: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_888_allegato.pdf

Ministério da Saúde (2011), *Guia prática de matriciamento em saúde mental*. Dulce Helena Chiaverini (org)... [et al.]. Brasília: Ministério da Saúde, Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva.

Secretaria de Estado da Saúde do Piauí/SESAPI (2016), *Boletim epidemiológico: categorização da violência interpessoal/autoprovocada e suicídio*. Diretoria de Unidade de Vigilância e Atenção à Saúde. Gerência de Vigilância em Saúde. Coordenação de Vigilância Epidemiológica de Violências e Acidentes, GVS/DUVAS/SESAPI. Recuperado em 20 de abril de 2017, de: http://www.saude.pi.gov.br/uploads/warning_document/file/182/Boletim_Epidemiol_gico_Suicidio_...pdf

Zanello, Valeska (2016), *Curso – Saúde Mental & Gênero – Módulo II*. Recuperado em 3 de abril de 2016, de: <https://www.youtube.com/watch?v=nSTTP7ftzKc>

ANEXOS

Anexo 1. Guião de entrevista com profissionais do CAPS II

Anexo 2. Guião de entrevista de história de vida com homens e mulheres com doença mental

Anexo 3. Questionário de caracterização sociodemográfica

Anexo 4. Termo de consentimento livre e esclarecido – usuários/as

Anexo 5. Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais

Anexo 6. Tabela de caracterização sociodemográfica de homens e mulheres entrevistados/as

Anexo 1. Guião de entrevista com profissionais do CAPS II

ENTREVISTA COM PROFISSIONAIS DA SAÚDE MENTAL

Entrevistado: _____ Idade: _____ Profissão: _____

Tempo de atuação no CAPS II/saúde mental: _____/_____

- O que você entende por saúde mental?
- Como é trabalhar na área da saúde mental?
- Poderia dizer o que conhece a respeito da Reforma Psiquiátrica?
- Como você percebe a Reforma Psiquiátrica no município de Parnaíba? Limites?

Possibilidades? Desafios?

- Tem conhecimento sobre os equipamentos/serviços que estão disponíveis na rede de atenção psicossocial parnaibana?
- Saberia informar se há previsão para a implantação de novos serviços? Quais?

SOBRE O CAPS II

- Poderia dizer o que conhece a respeito da história do CAPS II em Parnaíba?
- Fale de seu trabalho no CAPS II (especificidades da função, atividades/estratégias desenvolvidas juntos aos usuários, condições de trabalho)
- Como percebe a atuação da equipe multiprofissional? (se atua com base na interdisciplinaridade, se há reuniões em equipe rotineiras, quais atividades desenvolvem em conjunto).
- Na sua opinião, o modelo de assistência oferecido no CAPS está de acordo com as premissas da Reforma Psiquiátrica? De que maneira? Quais são os limites e potencialidades?
- Como você percebe a interação entre o CAPS e outros serviços da saúde/da RAPS? Quais? Como se dá esta articulação?
- Como você percebe a interação entre o CAPS e outros setores sociais? (políticas públicas como um todo: ministérios públicos, previdências sociais, delegacias, instituições para idosos, desassistidos em geral, políticas educacionais, ação e bem-estar social, cultura e arte etc)
- Como você percebe a interação entre o CAPS e outros dispositivos comunitários? (familiares, igrejas, clubes, outros recursos criados pela sociedade)

SOBRE O PÚBLICO ATENDIDO

- Mais homens ou mulheres? Faixa etária que se destaca
- Na sua opinião, há diferenças entre eles? (sobre queixas, causas “não biológicas” do sofrimento, vulnerabilidades materiais/sociais/culturais, posturas, adesão ao serviço)
- São desenvolvidas estratégias de cuidado diferenciadas para homens e mulheres? Se sim, quais? De que maneira?

Anexo 2. Guião de entrevista de história de vida com homens e mulheres com doença mental

GUIÃO DE ENTREVISTA DE HISTÓRIA DE VIDA¹¹⁵ (com homens e mulheres com doença mental)

1. Pode falar um pouco sobre você? (momentos da vida: infância, adolescência, vida adulta - contexto familiar, ocupação dos familiares, histórico de problemas de saúde mental; ocupações etc)

Como se desenrola a doença mental

2. Na sua opinião, quando olha para si e avalia o que sente, o que você acha que tem? (uma doença, uma fase ruim da vida, mal estar etc)
3. Quando você notou, pela primeira vez, que sentia um incômodo quanto à saúde mental? O que sentia?
4. Descreva aquela época (o que fazia, onde vivia, se trabalhava/estudava, com quem convivia, como eram os relacionamentos)
5. Consegue associar algum acontecimento ocorrido naquela época que possa ter tido ligação com o mal estar/doença/sofrimento? Pode descrever este acontecimento? [tentar identificar eventos de vida estressores].
6. Como reagiu àquilo? O que você pensou e sentiu a respeito na época? Fez algo para tentar melhorar?
7. O que sabia, naquela época, sobre problemas de saúde mental/doença/transtorno mental?
8. Mais alguém percebeu o que se passava com você? (se demonstrava comportamentos, emoções, pensamentos e outros “estados” diferentes do “habitual”). Como estas pessoas se envolveram? Ofereceram apoio? [tentar identificar apoio social]

No CAPS

9. Como você teve acesso ao CAPS II? (Quem indicou, como ficou sabendo do serviço, se veio com familiar, encaminhado por profissional da rede de saúde, demanda espontânea)
10. Descreva a sua experiência aqui no CAPS II (o que sente, se acha que melhorou, de que maneira é útil, as rotinas, as atividades, a interação com outros usuários, o que gosta ou não)
11. O que costuma fazer quando não está no CAPS II? (Em casa, atividades extra domésticas, lazer, igreja, comunidade etc)
12. Recorreu/recorre a algum serviço de saúde ou outra alternativa (religiosa, espiritual, apoio de pessoas, outras atividades) para lidar com a situação? [identificar meios, recursos e estratégias]

¹¹⁵ Baseado no modelo sugerido por Charmaz (2009: 53).


No hospital psiquiátrico (se não, pular para a questão nº 17)

13. Lembra quando foi internado(a) pela primeira vez? Em qual/quais instituição?
14. Por quais motivos você foi internado?
15. Na ocasião, como chegou até lá? Foi levado por alguém? Por quem?
16. Descreva o período (ou períodos) durante o qual esteve internado(a) (como era a vida no hospital)
[quanto tempo por cada período de internação, o que era bom ou ruim, se acha que melhorou, as rotinas na instituição, tratamento que recebia dos profissionais, atividades praticadas, a hora das refeições, como era a interação com outras pessoas internadas (homens/mulheres), se recebia visita dos familiares]

Impactos da doença mental/do diagnóstico psiquiátrico

17. Você já passou/passa por alguma situação de preconceito decorrente do seu problema? Se sim, descreva. Você fez/faz alguma coisa para evitar passar por alguma situação desconfortável do tipo? (por exemplo, tentar ocultar o problema, evitar interagir socialmente etc).
18. Na sua opinião, passar por uma experiência como esta afeta o seu cotidiano? De que maneira isso acontece? Impediu você de fazer algo que gostava ou gostaria de realizar? Consegue enxergar algo de positivo nessa experiência? [tentar identificar modificações positivas e negativas em esferas como a família, o trabalho, a rede de amizades entre outras, na visão que tem de si próprio]
19. Hoje, como avalia o seu estado de saúde? O que falta para melhorar? [tentar identificar sinais/sintomas, estratégias para lidar com eles, como medicamentos, lazer, religiosidade etc]
20. Quem mais ajuda você a lidar com a situação? De que maneira essa pessoa é útil? Você acha que poderia receber mais apoio de algo ou alguém? Se sim, de quem? (alguém da família, amigo, etc)? Como?
21. Na sua opinião, este tipo de problema atinge mais os homens ou as mulheres? Como? O que leva as mulheres a passarem por esse tipo de situação? E os homens?
22. Pode descrever como é ser mulher/homem que passa por uma experiência como esta? Como se sente, sendo mulher/homem, que passa por uma situação como esta?
23. Tem planos para o futuro? Quais?
24. Há algo mais que você ache que eu deva saber para entender melhor a sua experiência?
25. Há algo que você queira me perguntar?

Anexo 3. Questionário de caracterização sociodemográfica

 <p>Universidade do Minho Instituto de Ciências Sociais</p>	<h3>Questionário de Caracterização Sociodemográfica</h3> <p>Nome Fictício: Sexo: Data: Hora: Local: Contato:</p>
<p>Tema do estudo: Saúde mental e género: as experiências de homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico. Investigadora responsável: Tahlana Meneses Alves Instituição: Instituto de Ciências Sociais, Universidade do Minho (Portugal).</p>	
<h3>Questões sociodemográficas</h3>	
1. Data de Nascimento:	<input type="text"/>
2. Local de Nascimento:	<input type="text"/>
3. Local de Residência:	<input type="text"/>
4. Como você se considera:	<input type="checkbox"/> Branco(a). <input type="checkbox"/> Pardo(a). <input type="checkbox"/> Preto(a). <input type="checkbox"/> Amarelo(a). <input type="checkbox"/> Indígena.
5. Qual a sua religião?	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Protestante ou Evangélica <input type="checkbox"/> Espírita. <input type="checkbox"/> Umbanda ou Candomblé. <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Sem religião
6. Estado Conjugal:	<input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a)/União estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a)/Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)
7. Número de filhos?	<input type="checkbox"/> Crianças (<12) <input type="checkbox"/> Jovens (12-18 anos) <input type="checkbox"/> Adultos (>18)

8. Número de pessoas do agregado familiar?

Crianças (<12) Jovens (12-18 anos) Adultos (>18)

9. Algum familiar com histórico de problema de saúde mental?

Sim Não

Se sim, quem?

10. Qual sua profissão?

11. Situação perante o emprego:

- Desempregado(a)
- Doméstico(a)
- Estudante
- Aposentado(a) ou pensionista
- Servidor(a) Público
- Trabalhador(a) autônomo
- Trabalhador(a) rural
- Trabalhador(a) de terceiros

12. Nível de escolaridade:

- Fundamental - Incompleto
- Fundamental - Completo
- Médio - Incompleto
- Médio - Completo
- Superior - Incompleto
- Superior - Completo
- Pós-graduação
- Outro

13. Rendimento mensal líquido do agregado familiar (em reais):

- Até 1 salário mínimo (até R\$ 880,00 inclusive)
- De 1 a 2 salários mínimos (de R\$ 880,00 até R\$ 1.760,00 inclusive)
- De 2 a 5 salários mínimos (de R\$ 1.760,00 até R\$ 4.400,00 inclusive)
- De 5 a 10 salários mínimos (de R\$ 4.400,00 até R\$ 8.800,00 inclusive)
- De 10 a 30 salários mínimos (de R\$ 8.800,00 até R\$ 26.400,00 inclusive).
- Mais de 30 salários mínimos.
- Nenhuma renda.

14. Histórico de internações psiquiátricas:

Sim

Não

Se sim, quantas vezes

15. No CAPS-II:

Tempo de tratamento:

Modalidade de tratamento:

Responsável:

16. Comentários.

MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo 4. Termo de consentimento livre e esclarecido – usuários/as

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Gênero e saúde mental – as experiências de homens e mulheres com transtorno mental: um estudo no CAPS II em Parnaíba, Piauí.

Investigadores responsáveis: Tahiana Meneses Alves, Ana Maria Brandão, João Paulo Sales Macedo

Instituição: Universidade do Minho/Universidade Federal do Piauí

Solicitamos a sua participação num estudo sobre pessoas que frequentam um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) em Parnaíba, Piauí.

A pesquisa tem como objetivo compreender como homens e mulheres vivenciam, percebem, lidam e atribuem significados às experiências de sofrimento mental. O estudo proporcionará maior conhecimento científico a respeito da temática. Futuramente, poderá ser útil para os próprios participantes e também para outros/as usuários/as de saúde mental no que diz respeito à melhora da qualidade oferecida pelos serviços.

A sua participação ocorrerá através de um relato oral e individual contendo perguntas sobre a sua história de vida. A partir destas informações será preenchido um breve questionário de caracterização sociodemográfica e gravada uma entrevista (apenas o áudio) a serem realizados pela investigadora Tahiana Meneses Alves. A entrevista terá duração média de 50 minutos e será transcrita.

Ao participar da pesquisa, o risco ou desconforto que você poderá sentir é o de compartilhar informações pessoais/confidenciais ou falar de alguns tópicos sobre os quais possa sentir incômodo. Para minimizar ou eliminar estes riscos/desconfortos, você não precisa responder a qualquer pergunta se sentir que ela é muito pessoal ou se sentir incômodo ao falar.

Esteja ciente de que: você nunca terá seu nome divulgado, as informações serão registradas, sempre mantidas a total confidencialidade e a utilização das mesmas será para fins exclusivos de pesquisa. Saiba também que a sua participação não é obrigatória e que você tem liberdade para interrompê-la a qualquer momento, sem riscos, punições ou qualquer tipo de prejuízo. Também informa-se que a pesquisa não envolve custo ou ressarcimento financeiro aos participantes em nenhuma das etapas, inclusive após a sua finalização.

Sempre que desejar e em qualquer momento, você pode contatar os investigadores João Paulo Sales Macedo (86) 99946 2381, UFPI, Campus Ministro Reis Veloso, Departamento de Psicologia/Parnaíba ou Tahiana Meneses Alves (86) 3322 4336, Rua James Clark, 747, Bairro de Fátima, Parnaíba.

Você também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para solucionar qualquer dúvida ética através do endereço e telefone, respectivamente: Campus Universitário Ministro Reis Veloso, Avenida São Sebastião, 2819, CEP 64202-020, Parnaíba, Piauí; telefone: 86 3323-5251. Eu, _____, após ter sido suficientemente esclarecido/a sobre o que li ou o que foi lido para mim a respeito deste estudo e ter esclarecido minhas dúvidas, concordo, voluntariamente, em participar do mesmo.

Este documento será assinado em duas vias: uma pelo entrevistado e outra pelo pesquisador.

Local/data:

Assinatura do/a entrevistado/a

Assinatura do pesquisador responsável

Anexo 5. Termo de consentimento livre e esclarecido – profissionais

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da pesquisa: Gênero e saúde mental – as experiências de homens e mulheres com transtorno mental: um estudo no CAPS II em Parnaíba, Piauí.

Investigadores responsáveis: Tahiana Meneses Alves, Ana Maria Brandão, João Paulo Sales Macedo

Instituição: Universidade do Minho/Universidade Federal do Piauí

Solicitamos a sua participação em um estudo com o objetivo de compreender a realidade de Parnaíba face ao processo de reforma psiquiátrica: quais são seus limites e possibilidades, o cotidiano do serviço no qual trabalha, como o serviço interage com outros da rede, suas impressões sobre os usuários do Centro de Atenção Psicossocial II.

A sua participação ocorrerá através de uma entrevista semidiretiva a respeito do panorama da saúde mental em Parnaíba, bem como sobre a sua atuação profissional neste contexto. A entrevista terá duração média de 40 minutos e será gravada e transcrita pela investigadora Tahiana Meneses Alves. O objetivo é conhecer mais sobre a realidade da saúde mental na cidade de Parnaíba.

Ao participar da pesquisa, o risco ou desconforto que você poderá sentir é o de compartilhar informações que julgar muito pessoais/confidenciais. Para minimizar ou eliminar estes riscos/desconfortos, você não precisa responder a qualquer pergunta se não se sentir à vontade para falar.

Esteja ciente de que: você nunca terá seu nome divulgado, as informações serão registradas, sempre mantidas a total confidencialidade e a utilização das mesmas será para fins exclusivos de pesquisa. Saiba também que a sua participação não é obrigatória e que você tem liberdade para interrompê-la a qualquer momento, sem riscos, punições ou qualquer tipo de prejuízo. Também informa-se que a pesquisa não envolve custo ou ressarcimento financeiro aos participantes em nenhuma das etapas, inclusive após a sua finalização.

Sempre que desejar e em qualquer momento, você pode contatar os investigadores João Paulo Sales Macedo (86) 99946 2381, UFPI, Campus Ministro Reis Veloso, Departamento de Psicologia/Parnaíba ou Tahiana Meneses Alves (86) 3322 4336, Rua James Clark, 747, Bairro de Fátima, Parnaíba.

Você também pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí para solucionar qualquer dúvida ética através do endereço e telefone, respectivamente: Campus Universitário Ministro Reis Veloso, Avenida São Sebastião, 2819, CEP 64202-020, Parnaíba, Piauí; telefone: 86 3323-5251.

Eu, _____, após ter sido suficientemente esclarecido/a sobre o que li ou o que foi lido para mim a respeito deste estudo e ter esclarecido minhas dúvidas, concordo, voluntariamente, em participar do mesmo.

Este documento será assinado em duas vias: uma pelo entrevistado e outra pelo pesquisador.

Local/data:

Assinatura do/a entrevistado/a

Assinatura do pesquisador responsável

Anexo 6. Tabela de caracterização sociodemográfica de homens e mulheres entrevistados/as

Pseudônimo	Sexo	Idade	Cor	Religiosidade	Situação conjugal	Filhos	Escolaridade	Ocupação	Ocupação atual	Classe social ⁱ	Internamento	CAPS desde
Alexandra	F	32	Branca	Espírita	Namorando	Não	Médio completo	Recepcionista/atendente de telemarketing	Algumas tarefas domésticas	E	Não	2012
Flora	F	28	Parda	Católica	Separada	1	Médio incompleto	Bordadeira/vendedora	Não	E	Sim	2014
Leonor	F	47	Parda	Umbanda	Solteira	1	Assina o nome	Nunca trabalhou	Artesanato por lazer	E	Sim	Mais de um ano
Serafina	F	54	Negra	Sem religião	Separada/namorando	7	Fundamental 1 incompleto	Empregada doméstica	Dona-de-casa	E	Não	2013
Deolinda	F	52	Parda	Católica	União estável	3	Fundamental 1 incompleto	Roça/empregada doméstica	Dona-de-casa	E	Sim	Hospital-dia ¹¹⁶
Nuno	M	29	Pardo	S/religião	União estável	Não	Fundamental 1 incompleto	Servente de pedreiro/roça	Não	E	Não	2013
Sérgio	M	42	Branco	Católico	Solteiro	Não	Fundamental 1 incompleto	Trabalhos com faxina, construção civil, confecção de móveis.	Trabalhos circunstanciais com faxina	D	Sim	2016
Iuri	M	28	Pardo	Católico	Solteiro	Não	Assina o nome	Nunca trabalhou	Algumas tarefas domésticas	E	Não	2011

¹¹⁶ O/a entrevistado/a frequenta o espaço que hoje é o CAPS desde quando este ainda era “hospital-dia”, isto é, antes de 2010.

Miguel	M	32	Pardo	Evangélico	Separado	2	Médio completo	Pintor	Não	E	Sim	2013
Bárbara	F	31	Parda	Católica	Casada	2	Médio completo	Auxiliar administrativo	Licença do trabalho/ dona-de-casa	E	Não	2016
Anabela	F	33	Branca	Evangélica	Solteira	Não	Médio completo	Nunca trabalhou	Não	D	Não	2013
Abel	M	39	Pardo	Evangélico	Casado	3	Médio completo	Vigia, zelador	Licença do trabalho	E	Não	2016
Catarina	F	56	Branca	Católica	Divorciada	4	Médio completo	Autônoma, dona-de-casa	Autônoma, dona-de-casa	E	Não	2016
Tomás	M	59	Branco	Católico	Separado/divorciado	3	Assina o nome	Caminhoneiro, vaqueiro	Aposentado	C	Sim	2016
Camilo	M	40	Pardo	Católico	Separado	1	Lê e assina o nome	Marmoraria	Aposentado	C	Não	2016
Abigail	F	53	Negra	Católica/evangélica	Casada	3	EJA 2ª série	Zeladora, faxineira	Dona-de-casa	E	Não	2013
Ciro	M	43	Branco	Evangélico	Solteiro	3	Médio completo	Empacotador, tatuador	Algumas tarefas domésticas	C	Sim	2016
Beto	M	30	Negro	Evangélico	Solteiro	Não	Fundamental 1 incompleto	Mecânico	Não	E	Sim	Hospital-dia
Crispim	M	55	Branco	Católico	Separado	2	Assina o nome	Roça/venda de animais	Cuida de plantas em casa	E	Sim	2012
Rita	F	37	Negra	Católica	Casada	1	Médio completo	Empregada doméstica	Dona-de-casa	E	Não	2016

ⁱ A classe social foi estabelecida pelo “Critério por Faixas de Salário-Mínimo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)”.

Figura 7: Classes conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no ano de 2016

Classe	Número de Salários-Mínimo (SM)	Renda Familiar (R\$) em 2016
A	Acima de 20 SM	R\$ 17.600,01 ou mais
B	De 10 a 20 SM	R\$ 8.800,01 a R\$ 17.600,00
C	De 4 a 10 SM	R\$ 3.720,01 a R\$ 8.800,00
D	De 2 a 4 SM	R\$ 1.760,01 a R\$ 3.720,00
E	Até 2 SM	Até R\$ 1.760,00

Fonte (IBGE, 2016).