



X Congresso Português de Sociologia
Na era da “pós-verdade”? Esfera pública, cidadania e qualidade da democracia no Portugal contemporâneo
Covilhã, 10 a 12 de julho de 2018

Secção/Área temática: Sociologia da Saúde

Itinerários de adoecimento psíquico entre mulheres diagnosticadas com doença mental: uma abordagem de gênero

ALVES, Tahiana Meneses; Universidade do Minho, Instituto de Ciências Sociais, Centro de Investigação de Ciências Sociais, CICS.NOVA.Uminho, 4710-057, Braga, Portugal;
menesestahiana@gmail.com

Resumo

O estudo trata, a partir de uma abordagem de gênero, das experiências de mulheres diagnosticadas com doença mental, usuárias de um serviço de saúde mental em Parnaíba, no nordeste do Brasil. Adota-se uma metodologia qualitativa, o método do estudo de casos e a história de vida enquanto principal técnica de recolha de informações. A análise foi inspirada na *grounded theory*. Identifica-se as seguintes categorias: conflitos familiares; decepções amorosas; pobreza; bullying e corpo; controle da sexualidade feminina; múltiplas violências. Percebe-se que relações de gênero desiguais, pouco democráticas, vivenciadas no cotidiano, são significadas pelas entrevistadas como fragilizadoras da própria saúde mental. Uma ótica de gênero serve para problematizar a saúde mental para além de aspectos biológicos. Serve não para reproduzir, endireitar o que deu “errado”, mas para mostrar novas formas de ser e existir; para desconstruir o que, historicamente, foi colocado de maneira generalizada sobre homens e mulheres.

Palavras-chave: Saúde mental; Doença Mental; Gênero; Mulheres

XAPS-66256

Introdução

Este artigo trata de uma das interfaces possíveis entre questões de gênero e o campo da saúde mental. O objeto teórico são as experiências subjetivas com uma doença mental e o objeto empírico é um conjunto de mulheres usuárias de um serviço público de saúde mental da cidade de Parnaíba, nordeste do Brasil. O cenário mais amplo no qual se desenrolam tais experiências é o da chamada Reforma Psiquiátrica, processo social complexo, surgido pelo fim da década de 1970 e no contexto de redemocratização no Brasil, que promoveu e ainda promove mudanças no subsistema nacional de saúde mental e na forma de se conceber a doença mental.

Dentro da Reforma Psiquiátrica, há destaque para o processo de desinstitucionalização. Desinstitucionalizar é mais que retirar as pessoas do manicômios. É priorizar a sua liberdade e cidadania em suas existências concretas de vida. É cuidar não apenas nos espaços formais, mas nos domicílios, nos locais de trabalho, nas escolas. 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.

Levar em conta os aspectos acima revela a complexidade no campo da saúde mental, que reúne, além dos biológicos, fatores sociais. Um deles é o gênero. Isto leva à seguinte 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? Tomando em conta o nosso objeto empírico, pergunta-se: que “causas” as mulheres atribuem à própria doença mental?

Enquadramento teórico

Para 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”. Enquanto construção sociocultural, histórica e relacional, gênero 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.

De acordo com Bourdieu (2002), 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 sexos. No jogo destas relações, a ordem masculina se impõe sem precisar de justificação. 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. Mas isso não quer dizer que o masculino terá sempre uma dominação eterna e imutável. 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. Isto pode possibilitar reações antagônicas contra as imposições de gênero (idem).

Além disso, gênero se relaciona com outros marcadores sociais produtores de desigualdade como a classe social, raça/etnia, a orientação sexual etc. e, por isso, diferencia/hierarquiza também homens entre si, bem como mulheres entre si. 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). Assim, historicamente, o gênero proporciona percursos hegemônicos de subjetivação e lugares diferentes/desiguais para os sujeitos sociais.

Vivemos numa sociedade onde as relações de poder desiguais garantem amiúde a posição dominante dos homens e a subordinada das mulheres e isto pode ter impactos sobre a saúde mental (Basaglia, 1987; Kadri e Alami, 2009). No entanto, no território da saúde mental, há outras dimensões sobre as quais as relações de gênero exercem influência. Gênero também está presente: nos dados epidemiológicos psiquiátricos que mostram, de maneira global, uma alta representação feminina nas estatísticas e serviços de saúde mental (Busfield, 1996; Chesler, 1972); na semiologia e 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) (Zanello, 2014); na formulação e execução de políticas públicas de saúde mental (Maluf, 2010); nas ações de indústrias farmacêuticas (Azize, 2010; Zanello 2014); nas experiências subjetivas das pessoas com a própria doença mental – foco deste artigo. Dito isto, considerar as influências exercidas pelo gênero não é, portanto, uma tarefa apenas das ciências sociais, mas de qualquer disciplina/prática/ator/política etc. que se comprometa em verificar como homens e mulheres são afetados na expressão da sua saúde mental.

Metodologia

Foi adotada uma metodologia de cariz qualitativo. Analisar os itinerários de adoecimento das mulheres com doença mental remete para um nível “microscópico”, invoca os sentidos da ação social. Gera informações sobre as vidas das pessoas, experiências vividas, emoções, sentimentos, valores, crenças e, por isso, não poderiam ser analisados meio de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. 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.

O método foi o estudo de casos por se tratar de uma investigação empírica em profundidade, que analisa um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto da vida real (Yin, 2010). A representatividade dos casos analisados não ocorre em termos estatísticos, mas em termos da vida cotidiana, dos contextos sociais, da forma como as pessoas dão significados à realidade, isto é, de representatividade sociológica.

A principal técnica de recolha de dados foi a entrevista de história de vida (Becker, 1993; Brandão, 2007). 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. Buscou-se 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. O objetivo foi apreender este jogo.

Realizamos dez (10) entrevistas de história de vida com mulheres usuárias do CAPS II Walterdes Sampaio em Parnaíba. A entrevista mais curta teve duração aproximada

de uma hora e a mais longa de duas horas e catorze minutos. Os critérios de inclusão foram: ter 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. Houve uso de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assegurando a confidencialidade, o caráter voluntário, bem como explicitando riscos e benefícios no envolvimento das participantes com a pesquisa. Os nomes nos excertos das entrevistas são fictícios.

Além da história de vida, aplicamos um pequeno questionário de caracterização sociodemográfica para perceber o peso de algumas variáveis sobre as experiências. 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. As entrevistas foram gravadas e transcritas e a análise das informações ocorreu baseada na *grounded theory* (Charmaz, 2009). 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.

Como dito, nossas entrevistadas eram usuárias de um CAPS num município do nordeste brasileiro, Parnaíba, localizada no litoral do estado do Piauí e com população de aproximadamente 150.000 habitantes (IBGE, 2017). O CAPS é um serviço substitutivo dos hospitais psiquiátricos e atua como ordenador da rede de saúde mental em todo o Brasil. Em Parnaíba, o CAPS Walterdes Sampaio é do tipo II, isto é, para municípios com população de até 200.000 habitantes.

Sobre os itinerários de adoecimento psíquico de mulheres

Nosso esforço não foi o de designar as causas efetivas da doença mental - até porque isto engloba outros fatores (biológicos, psicológicos, históricos, etc.) -, mas explorar a sua relação com as condições de gênero. No entanto, a maneira como as mulheres organizam os eventos vividos e dão sentido às suas experiências indica uma causalidade do adoecer. Identificar estas “causas sociais” da própria doença mental a partir dos pontos de vista de 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.

O contexto familiar

Para Teixeira (2016), enquanto instituição não natural, mas social e histórica, a família 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. Também consiste no lócus da estrutura psíquica dos indivíduos por ser espaço de afeto, cuidado, segurança, sentimento de pertença e espaço de solidariedade primária (idem). Porém, nas vidas cotidianas das entrevistadas, as interações nem sempre ocorrem com base nesses aspectos e são significadas negativamente quanto à saúde mental.

No contrato tradicional de gênero na esfera da família, a mãe é a principal responsável por prestar o suporte (físico, emocional, educacional) aos filhos. Na quebra do contrato, do não desempenho do papel de filha, abriu-se a possibilidade do sofrimento psíquico, seja no caso de falecimento da mãe, seja na relação sem o afeto materno esperado:

“Um dos motivos foi a morte da minha mãe. Com 12 anos, perdi a minha mãe [...] E eu sofri muito com ela, mas eu acho que se ela fosse viva as coisas teriam sido mais fáceis p’ra mim” (Flora, 28 anos, separada).

“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” (Abigail, 53 anos, casada).

A fragilização dos vínculos entre mães e filhos também ocorre para mulheres que são mães, seja pelo falecimento do filho, seja pelas relações poucos amistosas que mantêm com eles:

“Eu era uma mulher alegre, você tinha que ver [...] 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 [...] Tanta saudade que eu falto morrer” (Catarina, 56 anos, divorciada).

“Não vou mentir, não me dou bem com 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, 54 anos, separada).

O não desempenho satisfatório do papel social de mãe pode ocorrer ainda de outras maneiras. O amor materno é considerado um instinto e a maternagem uma habilidade inata, ambos inscritos em uma natureza feminina (Badinter, 1985). Porém, entre nossas entrevistadas, encontramos mulheres que sofreram porque, quando grávidas, não sentiram entusiasmo nem formularam respostas automáticas para a sua nova condição, mas sentiram medo, angústia e dúvidas. Algumas até tinham vontade de serem mães, mas lidaram 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 delas próprias e a cobrança incisiva sobre o cuidado com o bebê:

“Quando eu fiquei grávida, eu me impressionei muito com a gravidez. O que acontece? Tipo depressão pós-parto [...] Acho que eu tinha medo 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, 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. Veja o relato de Abigail:

“Eu tive a minha primeira filha ‘tá com 34 anos, mas ela morreu [...] 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. O médico disse que ela rompeu o intestino [...] A minha mãe sempre ficava me chamando de criminosa, tudo isso aí juntou p’ra que eu fosse tão triste, tão aperreada, me sentindo culpada, muita culpa que eu carrego até hoje” (Abigail, 53 anos, casada).

Ainda, 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. Mais que a pessoa, valoriza-se o papel social que ela deve assumir. 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 nem um nem outro, seja por não ter cuidado direito de uma das filhas, seja por ter engravidado fora do casamento:

“Engravidei (da primeira filha, falecida) com meu primo e foi dentro da casa do meu pai [...] Eu fui fazer exame e deu positivo. Eu disse p’ra ele (pai da criança) e ele se mandou, foi embora[...] Ele (o pai da segunda filha) disse assim: ‘uma rapariga dessas engravidando dos outros, quando acabar diz que é meu’. Dizia desse jeito. 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, 53 anos, casada).

Os relatos acima guardam em comum a desestabilização dos papéis que outrora as entrevistadas assumiram – ou ao menos acreditavam que era suposto assumirem – no âmbito da família. 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). Questões em torno da maternidade surgiram como fonte de sofrimento psíquico para mulheres, sejam filhas ou mães. No caso das filhas, quando não recebem o afeto e a entrega total que é suposto ser oferecido pelas mães porque estas morreram ou porque não sustentem relações afetuosas com elas. No caso das mães, por desviarem ou terem dificuldades de exercer o papel materno.

A piora da saúde mental também é significada através de conflitos no cotidiano da família nuclear, marcado por práticas conservadoras e relações hierárquicas. Conforme Teixeira (2016), a família é espaço de afeto, mas também de reprodução da hierarquia, autoridade, dominação pela idade e sexo. É, desta forma, “espaço de conflitos e relações de força, de luta pelo poder” (idem: 11). Algumas mulheres sofrem por nunca terem ocupado um lugar com o mínimo de autoridade e credibilidade na esfera da família:

“Hoje eu quero abraçar ele (o pai), ele não quer que eu abrace. Acha ruim. Não quer demonstração de carinho [...] 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. 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. Já eu, ele não elogiava. Pelo contrário, fazia era me humilhar, me xingar. Eu sempre ficava triste com essas coisas, até hoje eu ainda fico [...] 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, 33 anos, solteira).

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. Com Arabela, o pai agia com grosseria e falta 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 desportiva associada com o masculino.

Ainda, a sobrecarga de funções no lar surge, para algumas entrevistadas, como desestabilizador da sua saúde mental. Prover 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 – o que demonstra que, neste contexto, o trabalho doméstico não remunerado ainda é “feminino”.

“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, 56 anos, divorciada).

A este respeito, uma dominação masculina está presente na primazia concedida aos homens, afirmada na objetividade de estruturas sociais e de atividades produtivas e reprodutivas fundamentadas numa 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. Conforme Dimen (1997: 49), muitas mulheres realizam um trabalho que nunca termina; que, mesmo sendo absolutamente essencial para a sociedade, não é remunerado por não ser reconhecido enquanto trabalho; é sentimentalizado, denegrido e banalizado; que reproduz – física, social e emocionalmente – os trabalhadores adultos e a próxima geração.

Decepções amorosas

As decepções amorosas no contexto de relacionamentos heterossexuais são apontadas como causa de sofrimento. Para algumas mulheres, há uma decepção com a ideia do “felizes para sempre”, difundida no ideal de amor romântico. Dar-se conta de que “nem tudo são flores”, ainda mais quando sofrem violências por seus companheiros, está presente na descrição do adoecimento. Abaixo o relato:

“Ele tinha uma ex namorada em (cidade) [...] 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. 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, 31 anos, casada).

Angústia, desvalorização, tristeza, raiva, desconfiança e ideações suicidas passaram a predominar sobre o prazer e a satisfação no relacionamento. Houve a frustração com a ideia do amor romântico, no qual, segundo Giddens (1992), o elemento do ardor sublime tem a tendência de se destacar mais que o elemento do ardor sexual. 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 fala exemplifica: “*O namoro era p’ra ser transparente como a água*” (Bárbara, 31 anos, casada). A ideia do amor romântico tradicionalmente tem sido mais disseminada entre as mulheres porque, 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” (Giddens, 1992).

A compulsoriedade do casamento também surge como algo negativo para a saúde. Algumas mulheres vivenciaram um casamento “arranjado” na adolescência, contra a sua vontade, sem amor, em situação bastante diferente daquelas que os romances costumam descrever. Serafina, por exemplo, não pôde escolher o próprio marido ou, simplesmente, não ter um marido:

“Eu não sabia o que era namorar e 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. 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, 54 anos, separada).

As infidelidades cometidas pelos companheiros também são vivenciadas enquanto experiência fragilizadora da saúde:

“Eu tentei me matar três vezes. Meu marido ‘tava se envolvendo com umas bichinhas que tinha ali perto do (casa de shows), 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, 53 anos, casada).

Embora a infidelidade masculina comumente seja difundida como algo natural, várias mulheres entrevistadas não aceitam as traições dos companheiros naturalmente. Ainda assim, permanecem com eles ou demoram a se separar. É possível que o prolongamento da relação se dê em parte pela importância de um dispositivo amoroso (no qual estar com alguém de quem realmente se gosta é apenas um de seus aspectos): conforme Zanello (2017), existe uma vulnerabilidade para as mulheres em tudo fazerem para não serem abandonadas, responsabilizando-se pela manutenção do casamento.

Assim, a manutenção do relacionamento conjugal por algumas das mulheres não ocorreu apenas pelo sentimento de amor em si ou pela idealização do parceiro (a maioria vê defeitos em seus companheiros), mas pela crença na perenidade do casamento, mesmo com sacrifícios – a resignação é um importante ingrediente da educação feminina (Saffioti, 1987). Devido à própria construção do amor romântico, que tem na perenidade do casamento um valor sacramental (Aboim, 2009), algumas entrevistadas pareceram suportar as provações com o objetivo de manter o relacionamento “para sempre”. Isto está relacionado com o fato de uma separação ser algo socialmente indesejável.

“Eu lutei foi muito porque eu achava muito ridículo uma separação. 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 que saiu [...] Amor, não” (Catarina, 56 anos, divorciada).

Para se sentirem/serem vistas com valor, as mulheres precisam ser portadoras de um “capital marital” (Goldenberg, 2010: 35). 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 (Saffioti, 1987). Por sua vez, Bourdieu (2002), sobre as mulheres francesas, afirma que aquelas se mostram mais submissas ao modelo “tradicional” continuam concebendo 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.

Pobreza e seus desdobramentos

Outra categoria atribuída ao surgimento da doença mental é a pobreza nos seus diversos desdobramentos: desemprego, fome, privação material, preconceito de classe, trabalho infantil. A grande parte das entrevistadas vive apenas com um salário mínimo que, em muitas ocasiões, é dividido para as despesas de toda a família. Algumas não têm renda alguma e dependem exclusivamente de familiares. A preocupação em satisfazer necessidades básicas é uma constante em suas vidas. Elas ou membros da família sofrem com outros problemas de saúde como diabetes, problemas cardíacos, hipertensão, hérnia de disco. Também há o receio de não se ter recursos suficientes para comprar o medicamento:

“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). Ele chorava porque as crianças ‘tavam com fome e eu não podia dar apoio p’ra ele e nem fazer nada [...] Hoje, 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” (Deolinda, 52 anos, união estável).

A situação das mulheres é agravada pela condição de gênero. Algumas entrevistadas permanecem sendo as maiores responsáveis pelo lar e provedoras de cuidado, ao passo que atuam no trabalho informal; outras passaram anos trabalhando nas casas de outras famílias sem receber remuneração financeira como pagamento; ainda, há quem, após

um divórcio ou a morte de um dos membros provedores da família, tiveram sua situação econômica prejudicada:

“Porque quem me ajudava era ele... O meu filho. Ele que dava tudo. Agora eu ‘tô 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, saio de manhã e de tarde” (Catarina, 56 anos, divorciada).

Outro aspecto que gera sofrimento é ser alvo de preconceito por ser pobre. Várias vezes 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” (Deolinda, 52 anos, união estável).

De acordo com Sarti (1994), “pobre” é uma categoria que não diz respeito apenas às desigualdades sociais em si, mas é relativizada pelo prisma moral. 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 (Bandeira e Batista, 2002).

Outra face da pobreza é o trabalho infantil. A atividade funcionava como medida de sobrevivência e ocorreu principalmente na roça, em contextos rurais.

“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 uns dez anos, a mamãe já me botava p’ra tirar mel, tirar aquelas abelhas. 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, 54 anos, separada).

A questão da dupla jornada de trabalho parece se repetir para a mulher menina. Além de trabalhar na roça, 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 e isto foi significado por ela enquanto causa de sofrimento.

Sofrer *bullying*

Ser alvo de *bullying* está presente nas experiências com a doença mental. Para mulheres, surge relacionado com o corpo enquanto capital. Os insultos sofridos quando crianças têm relação com o que se requer de um corpo feminino quanto aos padrões de beleza valorizados em determinada época e cultura.

“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, 33 anos, solteira).

Conforme 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. Para 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).

O exercício da sexualidade

A fragilização da saúde mental também remete para o exercício da sexualidade. A vigilância da atividade sexual 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 as 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 é significado por elas em termos de desgastes psíquicos:

“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, 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, 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, 52 anos, união estável).

A 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 como o do casamento. Ainda hoje, não é incomum que os roteiros sexuais femininos sejam estruturados para funcionar apenas neste âmbito. Arabela era constantemente vigiada e violentada pelo pai porque era “nova demais” para namorar ou, mais especificamente, ter relações sexuais. Deolinda alega ter tido uma crise quando o sogro procurou averiguar se ela estava se relacionando com outras pessoas na ausência do marido. Um requisito, o de ser mulher casada, ela já havia cumprido, mas ainda era necessário garantir a reputação de mulher fiel, de “um homem só”.

Noutros casos, mais extremos, como o de Abigail, ultrapassa-se a vigilância e parte-se para a “punição” daquelas mulheres que rompem com o *script* desenhado para o exercício da sexualidade feminina. A entrevistada iniciou a vida sexual durante a adolescência, fora de um relacionamento estável, sem o objetivo de ter filhos. Mas engravidou de um primo e não recebeu o apoio do pai da criança. Ainda grávida da primeira filha com o primo, começou a se envolver com outro rapaz, de quem também engravidou e teve a segunda filha. Novamente, não recebeu o apoio paterno.

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. Abigail não se enquadrava aí. Possivelmente era vista pelo então companheiro como mulher-objeto com a qual se poderia cometer proezas sexuais: “*Eu tava grávida da outra menina, aí, quando eu tirei a barriga, ele começou essas frescuras comigo [...] Convidou p’ra ir p’r’os matos. Sempre esse negócio de mato!*” (Abigail, 53 anos, casada).

Na ocasião do nascimento da primeira filha, o pai tinha a intenção de doar a menina: “*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, 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)” (Abigail, 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” (Abigail, 53 anos, casada).

Guardando as respectivas particularidades face ao tempo/espaço, 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, o modelo ideal de mulher orientado pela continência e castidade 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 difícilíssimas condições materiais e insegurança econômica. Aqui percebemos 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) 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.

Entre rompimentos, punições e possibilidades limitadas de escolha, eis que surge uma chance de “salvação” para Abigail: o 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) 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!’[...] ‘Que eu caso, eu caso’. (Abigail, 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.

A mulher que rompe com o *script* da sexualidade, transgride e, por isso, de alguma maneira, é punida. 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. Na história de Abigail, identificamos os rompimentos (iniciar a vida sexual antes do casamento e com propósito hedonista, ser “mãe solteira”, sexo como moeda de troca), as punições (exclusão, abandono, violência, ser tratada enquanto objeto sexual) 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. Informa-se que a iniciação sexual de Abigail ocorreu aproximadamente quarenta anos atrás num contexto predominantemente conservador: outra geração, pouca abertura para a liberação sexual feminina, caracterizando um cenário bastante diferente daquele de uma 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.

Múltiplas violências

Outro aspecto apontado pelas mulheres enquanto fragilizador da saúde mental é a violência de gênero. Pais, irmãos, cunhados, companheiros, ex companheiros e professores foram os responsáveis por violências que variam de ironias, humilhações, deboches públicos, privações materiais a agressões físicas (e tentativa de feminicídio) e sexuais. A violência psicológica perpassa 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 quiseram terminar a relação. Portanto, teve um objetivo “corretivo”, disciplinar ou de demonstração de poder (Machado, 2004).

“E eu tinha medo de dormir porque eu tinha medo de ele (ex marido) me bater [...] Ele puxava muito os meus cabelos [...] Uma vez ele deu um chute no meu bumbum que eu sentia uma dor aqui 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, 54 anos, separada).

Quanto à violência moral, relatos sobre humilhações, xingamentos, deboches públicos, calúnias e consequentes sentimentos de vergonha foram eventos nas vidas de algumas entrevistadas:

“Eu fui atrás dele (ex companheiro) 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, 53 anos, casada).

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:

“Eu já sofri demais desde a época da minha separação. Porque eu não ganhei nada de marido, eu moro na minha casa porque eu que fiz. Nós nos separamos e ele botou um advogado particular porque ele tem dinheiro, eu arrumei um da defensoria pública. Ficou com dinheiro de carro, de oficina, de tudo, E eu não ganhei simplesmente nada [...] 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 virem! Vocês que se virem’” (Catarina, 56 anos, divorciada).

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, elas tinham algum vínculo com o agressor, que foram irmãos mais velhos, cunhados, vizinhos, professores e (ex) companheiros. Algumas foram violentadas durante a infância e a adolescência, como no caso abaixo:

“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. Irmão meu de sangue, mesmo” (Flora, 28 anos, separada).

Quando crianças, as entrevistadas não tiveram apoio da família seja porque esta desconheceu a situação ou porque desconsiderou a queixa. Algumas sentiam medo de

uma possível desestruturação do grupo familiar, haja vista que, em alguns casos, o agressor era da família. 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. Apenas mais tarde perceberam com mais clareza o que tinham vivenciado.

Outra situação de violência sexual presente nas histórias de vida das entrevistadas é 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, e o ato sexual é tido como uma relação de dominação, de apropriação e posse (Bourdieu, 2002: 15):

“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, 54 anos, separada).

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 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.

Conclusões

Nas análises dos itinerários de adoecimento, foram identificados modelos 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 expressam 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 das entrevistadas, 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.

A pesquisa 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. Dentro do campo da 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.

Ao revelar as experiências femininas com a doença mental, ajuda a desmistificar a suposta vulnerabilidade física e/ou psicológica atribuída ao longo da história especialmente às mulheres. 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.

Nota

Por decisão pessoal, a autora do texto escreve segundo o novo acordo ortográfico.

Referências

- 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.
- Badinter, Elisabeth (1985), *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

- 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>
- Basaglia, Franca (1987), *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, Colección La mitad del mundo.
- Becker, Howard (1993), *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Bordo, Susan (1997), “O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault”, in Jaggar, Alisson M.; Bordo, Susan (eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Bourdieu, Pierre (2002), *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- 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)
- Brasil. Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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.
- Busfield, Joan (1996), *Men, Women, and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: New York University Press.
- Charmaz, Kathy (2009), *A construção da teoria fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed.
- Connell, Raewyn (2003), *Masculinidades*. Ciudad del México: Universidade Nacional Autónoma de México.

_____ (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

Connell, Raweyn; Pearse, Rebecca (2015), *Gênero: uma perspectiva global. Compreendendo o gênero – da esfera pessoal à política – no mundo contemporâneo*. São Paulo: nVersos.

Chesler, Phyllis (1972), *Women and Madness*. New York: Palgrave Macmillan.

Del Priore, Mary (1994). *A mulher na história do Brasil*. São Paulo: Contexto.

Dimen, Muriel (1997), “Poder, sexualidade e intimidade”, in Jaggar, Alisson M.; Bordo, Susan (eds.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

Foucault, Michel (2003), *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal.

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>

Guerra, Isabel (2006), *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo. Sentido e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

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>

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.

- Machado, Lia Zanotta (2004), “Masculinidade e violência: gênero e mal estar na sociedade contemporânea”, in Schpun, Mônica Raisal (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.
- Pais, José Machado (2009), *Sociologia da vida quotidiana: teorias, métodos e estudo de caso*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- 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.
- Saffioti, Heleieth (1987), *O poder do macho*. São Paulo: Moderna.
- Teixeira, Solange (2016), *Envelhecimento, família e políticas públicas: formas de apoios informais e formais da rede de proteção social*. Saarbrücken: Novas Edições Acadêmicas.
- Touraine, Alain (1994), *Crítica da modernidade*. Petrópolis: Vozes.
- Vale de Almeida, Miguel (1995), *Senhores de si: uma interpretação antropológica da masculinidade*. Lisboa: Fim de século.
- Yin, Robert K. (2001), *Estudo de casos: planejamento e métodos*. Porto Alegre: Bookman.
- Zanello, Valeska (2014), “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.
- _____ (2017), “Saúde mental e gênero”, in *13º mundos de mulheres & Fazendo gênero 11: transformações, conexões e deslocamentos*. 30 de julho e 4 de agosto de 2017. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil.