

COMTEXTOS

WORKING PAPERS - SÉRIE 2 | N.º3 | 2017

GÊNERO E SAÚDE MENTAL: ALGUMAS INTERFACES

TAHIANA MENESES ALVES
CICS.NOVA - UNIVERSIDADE DO MINHO

COMTEXTOS

Publicação eletrónica seriada do Centro Interdisciplinar de Ciências Sociais, Pólo da Universidade do Minho (CICS.NOVA-UMinho).

ISSN 2182-7672

Comissão Científica:

Ana Maria Brandão (diretora)

João Carvalho

Maria João Simões

Teresa Mora

Edição:

Tânia Cristina Machado

Morada de contato:

Universidade do Minho,

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Tel: +351 253 601 752

cics@ics.uminho.pt

Gênero e saúde mental: algumas interfaces

Tahiana Meneses Alves¹

Resumo: Este *working paper*, que tem base em pesquisa bibliográfica, trata de algumas interfaces entre o gênero e o campo da saúde mental. Por exemplo, as iniquidades entre homens e mulheres, decorrentes das relações de gênero, têm participação na etiologia dos adoecimentos. Mas, no território da saúde mental, há outras dimensões sobre as quais as relações de gênero exercem influência. Ocorre que estas interfaces nem sempre são notadas. Assim, gênero também está presente: nos dados epidemiológicos psiquiátricos que mostram, de maneira global, uma sobre 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 a anorexia nervosa) e para homens (transtornos devido ao uso nocivo de substâncias psicoativas ou distúrbios antissociais); na formulação e execução de políticas públicas de saúde mental, tanto nos documentos oficiais quanto nas práticas de seus trabalhadores; nas ações de indústrias farmacêuticas. Um olhar de gênero no território do “mental” serve não apenas para reconhecer as diferenças quanto à saúde, mas, sobretudo, questionar as disparidades e assimetrias entre homens e mulheres.

Palavras-chave: gênero; saúde mental; doença mental; homens; mulheres.

Abstract: This working paper is based on a bibliographic research and discusses about gender and mental health. For example, the inequities between men and women due to gender relations have participation in the etiology of illnesses. But, in the territory of mental health, there are other dimensions on which gender relations influence. It happens that they are not always noticed. Thus, gender is also present: in psychiatric epidemiological data show that, globally, the overrepresentation women in statistics and mental health services; the diversity of diagnoses that list most common symptoms and disorders for women (such as anxiety, depression or anorexia nervosa) and men (disorders due to harmful use of psychoactive substances or antisocial disorders); in the formulation and implementation of public policies on mental health, both in official documents and in the practices of their workers; the actions of pharmaceutical companies. A gender perspective in the territory of “mental” is useful not only to recognize the

¹ Tahiana Meneses Alves é doutoranda em Sociologia pela Universidade do Minho e bolsista da Fundação para a Ciência e a Tecnologia com projeto de referência SFRH/BD/96628/2013. Contato eletrônico: menesestahiana@gmail.com

differences about health, but, above all, to question the disparities and inequalities between men and women.

Keywords: gender; mental health; mental illness; men; women.

Introdução

Este trabalho faz parte de um doutoramento em curso², que tem como objetivo principal analisar, a partir de uma perspetiva de gênero, as experiências de homens e mulheres com diagnóstico de doença mental, usuários de um Centro de Atenção Psicossocial II, da cidade de Parnaíba, nordeste do Brasil. Ao ouvir as vivências com a doença mental e ao problematizar as suas diferenças e semelhanças, espera-se contribuir para com o estado da arte que investe nas interfaces entre gênero e saúde mental, demonstrar a natureza sociocultural das experiências de adoecimento psíquico, sinalizar a importância do gênero enquanto categoria que deve ser tida em conta para um cotidiano profissional mais crítico, contribuir para a formulação de políticas públicas mais atentas às necessidades específicas das diferentes populações.

Todavia, no âmbito deste *working paper*, será realizada uma discussão mais geral – que, entretanto, engloba o nosso objeto de estudo –, com base em pesquisa teórica bibliográfica, sobre algumas interfaces entre gênero e saúde mental.

O sistema de gênero determina as maneiras pelas quais os corpos são lidos e interpretados. Como afirma Gomes (2008: 64-65), o gênero é uma construção cultural a respeito da organização social e da relação entre os sexos que se traduz por dispositivos e ações materiais e simbólicos, físicos e mentais. Remete a papéis socialmente construídos, bem como a definições e expectativas tidas como apropriadas para o ser homem e o ser mulher numa dada sociedade. 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). Imitando a biologia, com base na diferença “macho vs fêmea”, gênero proporciona formas hegemônicas de subjetivação: o masculino e o feminino.

² Doutoramento em Sociologia pela Universidade do Minho. Título da tese: As experiências de homens e mulheres diagnosticados/as com a doença mental. Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia, referência SFRH/BD/96628/2013.

Modelos de gênero se constroem 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. Mas 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 outras formas de desigualdades sociais e econômicas, como as de classe, raciais, étnicas, de geração ou capacidade (Alves e Corrêa, 2009). Neste sentido, o gênero pode ser considerado um *linking concept* porque as relações de gênero não são uma esfera autônoma, mas permeiam a vida social juntamente com outras esferas (Connell citada por Busfield, 1996: 34). E isto faz com que não se possa essencializar e limitar os significados de se “ser homem” ou “ser mulher. Há, portanto, diversas masculinidades e feminilidades embora haja a cristalização de certos aspectos tidos como exclusivos de um gênero ou outro. É preciso pensar para além de binarismos de gênero.

Nicholson (2000) acrescenta que esta elaboração binária, a qual chama fundacionalismo biológico, apresenta obstáculos à verdadeira compreensão de diferenças entre mulheres, diferenças entre homens e diferenças no que se refere a quem pode ser considerado homem ou mulher (vide os casos de pessoas trans, intersexo etc). Embora tal fundacionalismo incorpore alguns elementos de construcionismo social (que reconhece tais diferenças), o faz de forma limitada. Apesar de este sentido de gênero não ser o predominante no discurso feminista atualmente, ele deixa evidente a sua herança: o sexo continua sendo aquilo que está fora da cultura e da história (idem). Como dito, a diferença biológica é ela mesma socialmente/culturalmente construída e assumida através de uma polarização³ que simplifica a sua própria diversidade (Busfield, 1996). A análise que não leva isto em consideração difunde uma abordagem que tem dificuldades de explicar os casos que se desviam da norma (Nicholson, 2000).

Dito isto, enquanto um marcador sociocultural, gênero expressa diferenças/assimetrias entre homens e mulheres em variadas esferas da vida, incluindo a saúde mental. A leitura do campo da saúde mental sob um olhar de gênero ainda é incipiente, não apenas na literatura científica, mas também nas políticas e práticas voltadas para a questão da saúde mental.

³ Nicholson (2000) sobre a polarização “vagina vs pênis”: faz uma crítica ao fundacionismo biológico porque este se baseia nos órgãos sexuais feminino/masculino, no que mulheres e homens “têm em comum” ... mas e o caso das travestis? Por sua vez, Scott (1995) afirma que o pênis e a vagina existem, mas só têm sentido na sociedade quando compreendidos a partir de um olhar que é cultural.

Entretanto, vem contribuindo para que se perceba melhor a etiologia do adoecimento, bem como para que seja incorporado de forma útil ao tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Um olhar de gênero ainda é relevante para descortinar como, em certas ocasiões, alguns dados (como as taxas epidemiológicas psiquiátricas, por exemplo) são construídos e operacionalizados para falar sobre as desigualdades em saúde em função dos sexos e, ainda, para rever como as práticas médicas atuam com base nas suas representações de gênero – desmistificando a sua neutralidade “absoluta”. Também é importante para problematizar os conteúdos de políticas públicas, práticas de outros profissionais, ações de indústrias farmacêuticas. Vejamos algumas das interfaces entre gênero e saúde mental.

1.1 O gênero enquanto determinante social da saúde mental

Uma primeira interface diz respeito ao gênero enquanto fator determinante das condições de vida de homens e mulheres que 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 a masculinidade e a feminilidade 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.

Em 2001, a OMS contrariou um modelo de explicação predominantemente biológico e reconheceu a importância de aspectos sociais (“diferenças entre os sexos”) na configuração dos processos saúde-doença mental. Numa relação dialética com a dimensão biológica, o adoecimento é produzido também socialmente e isto é particularmente visível a partir de uma vulnerabilidade social feminina, haja vista que, desde uma perspectiva tradicional, a saúde mental das mulheres foi historicamente concebida estando relacionada com o seu aparelho reprodutor através de aspectos como a gravidez, o parto, o puerpério, o climatério etc. (Astbury, 1999; Burin, 2012; Rosa, 2015).

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, esta mesma cultura ainda se mantém firmemente e sustentada por também mulheres. 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 a violência física causada pela força 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. Varia 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.

As autoras mencionam alguns aspetos relacionados às 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 que prevalece em países africanos), mesmo em mulheres com nível socioeconômico mais elevado (Kadri e Alami, 2009).

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 sofrerem 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 e incluem a inserção social ou laboral de um sujeito, que funciona 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 aspeto que merece atenção é o fato de a tendência das mulheres em maternizar todos os seus papéis para além da especificidade do papel maternal. Tal papel, por sua vez, é cansativo, mas a maioria das mulheres não o reconhece enquanto um verdadeiro trabalho por ele ser “invisível” (idem).

Nessa direção, Burin (2012) informa sobre um novo modelo de concepção da saúde mental das mulheres. Tal modelo, intitulado “tensional-conflictivo”, 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 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 das 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, constituindo uma essência “fixa”, 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 toxicod dependência, suicídios – 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 auto 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. Isto porque altos ingressos econômicos podem atuar como fator protetivo para quadros psicopatológicos como a depressão, por exemplo.

Assim, as condições sociais de vida impostas para homens e mulheres são diferentes e, no geral, mais desfavoráveis para elas. Todavia, o peso de uma socialização de gênero pode deixar ambos vulneráveis no que diz respeito à qualidade da saúde mental.

1.2 Na construção e operação de dados epidemiológicos psiquiátricos

No tópico acima foi visto que determinantes estruturais afetam de maneiras diferentes a saúde mental de homens e mulheres. Como, no geral, as mulheres têm um *status* social mais baixo, elas podem ter uma maior vulnerabilidade (social⁴) a sofrer com problemas de saúde mental. Mas esta é apenas a tendência mais manifesta para compreender, a partir de uma ótica de gênero, a sobre representação feminina nas taxas epidemiológicas. Convém analisar, a partir de um enfoque de gênero, tanto a prevalência de certas doenças como o processo de medicalização que tem se apresentado nas sociedades ocidentais.

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).

⁴ Devemos lembrar que a doença mental é um fenômeno atravessado por aspetos sociais, culturais, biológicos, psicológicos etc. Portanto, afirmar que as mulheres podem ter uma vulnerabilidade **social** maior à doença não significa concordar que elas têm uma disposição natural para ela.

Quanto à saúde mental, é já conhecida e registrada através de vários trabalhos a sobre representação feminina nos serviços especializados (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). 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. Entretanto, estes dados do passado estão bastante imbuídos de questões de gênero.

Assim, 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”. Aqui, mais uma vez, podemos observar outra interface entre gênero e saúde mental: através de dados epidemiológicos psiquiátricos. Autoras feministas como Chesler (1972) 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.

Convém primeiramente, pensar além dos dados epidemiológicos em si. Estes frequentemente sugerem uma relação natural entre mulheres e doença mental. Esta ideia não é recente e, segundo Astbury (1999), tem resistido às mudanças (históricas, socioculturais) e estado presente na longa história da histeria e na crença de que mulheres têm uma tendência inata à doença.

Tal ideia não é difícil de ser aceita até 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. Sob esta lógica, não seria uma surpresa que as mulheres fossem as mais atingidas por problemas de saúde mental.

Especificamente no campo do mental, Busfield (1996) informa que, para muitos (o que inclui perspectivas do senso comum até do discurso científico), a relação “mulher vs. doença mental” ocorre por conta de duas presunções: primeiro, à de que as mulheres são biológica e psicologicamente inferiores aos homens, por isso, são mais voláteis, emocionais e irracionais; depois, à 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, 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 justificação das/para as várias diferenças entre masculino e feminino (idem: 13-14).

De maneira similar, Burin (2012) 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 surpreendentemente 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 equiparado ao equilíbrio e harmonia, tem como formulação geral “as mulheres são saudáveis até que possam manter seu equilíbrio emocional e harmonizar 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. Isto 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 é sempre relacionado com a natureza. Nossa cultura indica que tudo o que as mulheres são tem a ver com a natureza: são frágeis, doces, maternais, estúpidas, sedutoras, pérfidas e amorais por natureza. Não é extraordinário achar que elas são mais propensas a adoecer mentalmente. 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 elas são, ao menos nas sociedades ocidentais, os depósitos da anormalidade, da patologia e da loucura humana (Bonino, 2000).

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. Rosa (2015) afirma que se as mulheres, no imaginário social cristão, foram associadas à natureza, as pessoas do sexo masculino foram associadas à cultura

e à esfera pública e, além disso, às características de força, razão, virilidade, autoridade, provimento de recursos para a família. E isto também tem impactos ao nível da saúde mental.

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. Parece 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.

Esta crença sobre os homens acaba proporcionando alguns paradoxos, conforme Bonino (2000). O primeiro é que, nos homens, a doença mental tende a se apresentar de maneira imprecisa por não ser considerado 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 debatidas enquanto alvo de estudos e práticas.

Parece-nos, neste ponto, interessante reafirmar que, no território da saúde mental, é indispensável realçar mais as relações entre os gêneros do que, apenas, as mulheres. Sem desconsiderar a possibilidade (e gravidade) real de sofrimento, convém investigar se não está a haver, atualmente, como afirma Maluf (2010: 26), uma medicalização do corpo e da vida e, mais ainda, do corpo e da vida das mulheres. Em vários países, como por exemplo o Brasil, 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, 1998), 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 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 tido mais frequentemente como uma conduta feminina. Homens não costumam verbalizar os seus

problemas como mais facilmente o fazem as mulheres e isto pode contribuir também para deixá-los fora das estatísticas.

Assim, torna-se imperioso problematizar a sobrerrepresentação feminina e a baixa representação masculina sobre a doença mental para além da evidência dos dados epidemiológicos psiquiátricos porque a realidade dos mesmos é atravessada por questões de gênero. Os dados acabam sendo produtos sociais e mostram que não é sólido afirmar que haja uma ligação em particular entre doenças mentais e mulheres principalmente quando se confronta isto com o episódio da feminização da loucura, que passou a ocorrer apenas partir do século XIX (Busfield, 1996). 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 correspondem. Certamente, assim, eles vão aparecer mais, não apenas nas pesquisas, mas, sobretudo, nos dispositivos práticos de saúde mental.

1.3 Na atribuição de diagnósticos psiquiátricos

Outra interface entre gênero e saúde mental pode ser visualizada através da sintomatologia e da atribuição de diagnósticos psiquiátricos para homens e mulheres. Podemos pensar no sintoma “choro”. A presença/ausência do choro é um dos pontos considerados no diagnóstico da depressão. Segundo Zanello (2014), na nossa sociedade, é possível ver uma maior “facilidade” para chorar das mulheres em comparação aos homens. 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.

A questão é que os homens também sentem tristeza embora não 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 daí é que os sintomas depressivos nos homens possam não

ser diagnosticados. Eis que processos de socialização diferenciais conforme se 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, 2014). 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).

Mesmo que 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 nomeia as situações na leitura do transtorno, seja para homens ou mulheres (Zanello, 2014). Como afirma a autora, tal leitura desses sintomas ou análise das queixas, no interior da nossa sociedade, conduz a certos diagnósticos. Medo, ansiedade e tristeza são emoções mais comumente atribuídas ao feminino. Categorias diagnósticas são construídas em torno dessas emoções, o que pode acabar diagnosticando mais mulheres que homens (Busfield, 1996; Chesler, 1975; Zanello, 2014). 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 transtornos 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 imagem corporal distorcida, não comer ou comer em demasia e logo depois ir ao banheiro: tudo isto tem vínculo com a pressão social pela eterna juventude e corpo magro sobre - não apenas, mas, sobretudo - as mulheres.

Desta forma, o modo tradicional de ser feminino comporta características similares a certos sintomas de doenças mentais. O mesmo acontece com outras doenças para as quais os

sintomas costumam ser mais “verificados” no masculino (sintomas como agressividade, irritabilidade). Busfield (1996), entretanto, ressalta que isto é mais facilmente reconhecido na construção de categorias de neuroses e desordens comportamentais do que no caso de psicoses e doenças mentais com bases orgânicas mais evidentes (tipo a esquizofrenia ou demências). Astbury (1999), de forma similar, observa que as diferenças mais marcantes de gênero face à prevalência surgem para os CMD (*common mental disorders*), isto é, as neuroses⁵.

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, 2014: 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. 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 (sintomas). 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: 53). 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 razoável 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” (Tavares, 2016: 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 (2014), 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. É necessário olhar com mais criticidade para a lógica

⁵ Todavia, até mesmo no caso de psicoses as questões de gênero podem ser evidenciadas. Zanello destaca falas de pacientes psiquiátricos diagnosticados/as com esquizofrenia. Mesmo no delírio, 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 bem sucedidos. Exemplo: “meu namorado é o Brad Pitt!”), as dos homens referem o dispositivo da eficácia laborativa e sexual (“Eu sou milionário”).

pela qual se 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”). 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.

1.4 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 mesmo nos discursos e práticas que promovem pautas tentando englobar o termo gênero (Maluf, 2010). 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 (idem). 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 fiscalista 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.

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. 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 medicalização⁶ e medicamentação⁷ de mulheres usuárias do serviço público” (Maluf, 2010: 35). Pode-se afirmar, segundo a autora, 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.

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 do referido serviço 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

⁶ Tratar acontecimentos que poderiam ser considerados “normais” ou “comuns” na vida de uma pessoa como um problema de saúde e, por conseguinte, como algo da alçada médica.

⁷ No interior do contexto da medicalização, consiste na prática de usar medicamentos enquanto a alternativa mais importante do processo de reestabelecer a saúde.

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 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 merecem destaque. Uma delas refere-se à atuação dos profissionais face à identidade de gênero de usuários/as. Muitos destacaram a sua preferência em atuar com as mulheres porque, pelos “laços de gênero”, conseguiam sentir a intervenção fluindo melhor. As dificuldades de manejo com homens se reportam ao perfil da equipe (majoritariamente feminina) e englobam desencontros relacionados com temas tidos como 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. O ponto-chave é atentar, mais uma vez, por parte da equipe multiprofissional, para a problematização das questões de gênero e, também, sexualidade, existentes no cotidiano de seu processo de trabalho. Há necessidade de discussões e capacitações 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. Também é preciso problematizar, a partir das vozes dos homens e mulheres usuários dos serviços, 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 multidisciplinares, 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 enfermizantes (seja para homens ou para mulheres).

1.5 Na indústria farmacêutica

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

No Brasil, Azize (2010) verificou como a indústria farmacêutica usa tecnologias de gênero 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 Cymbalta⁸, usado para tratar da depressão, estava direcionado para os sintomas físicos (principalmente) e emocionais e o 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 (sintomas): perda do 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). Azize (2010) destaca o recorte de gênero do estande que expunha tal medicamento e, conseqüentemente, a ligação entre depressão e feminino. E como observa Zanello (2014), mais que a exposição do 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. Pode-se dizer que o consumo de medicamentos é a via mais utilizada para tratar dos problemas psíquicos. Isto está associado com a ideia predominante a respeito do que é o fenômeno doença mental atualmente.

⁸ 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 psico/neuro fármacos. Azize (2010) fez uma etnografia do espaço físico do evento, cujo qual possuía uma parte dedicada a estandes de laboratórios farmacêuticos que expunham variados medicamentos.

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). Algo que contribuiu para isto foi 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) – é o chamado fenômeno da medicalização, o qual ocupa um lugar atravessado por jogos de interesse (Carvalho e Dimenstein, 2004). Como argumenta Rose (citado por Ordorika Sacristán, 2011: 117, tradução nossa), este fenômeno se caracteriza, entre 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” através de um poder biopolítico (Foucault, 2003).

Dentro deste processo de medicalização, o consumo de medicamentos ansiolíticos acabou se tornando um problema de saúde pública que atinge complexas dimensões e, na literatura nacional ou internacional, há a unanimidade em afirmar que o consumo dessas substâncias 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 sobre o modelo dominante de atenção à saúde mental oferecido em tantos países. O fato de inúmeras mulheres consumirem tais medicamentos diariamente demonstra certo desconhecimento a respeito dos efeitos que podem trazer à sua saúde a longo prazo – algo já verificado por Carvalho e Dimenstein (2004) com mulheres usuárias de serviços de saúde em Natal, Brasil: para as suas entrevistadas, o uso do ansiolítico, por um lado, tem um aspecto positivo porque indica a ausência de automedicação (apesar de a aquisição do medicamento geralmente ser 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. Também, na relação “mulher-serviço de saúde”, é produzido um tipo de discurso

naturalizado que acaba por subjugar as mulheres, pois não considera modos de existência particulares, singularidades e a diversidade sobre maneiras de pensar e agir de cada pessoa.

Considerações finais

O gênero traspassa o campo da saúde mental de variadas maneiras, mas este fato permanece pouco notado. Neste sentido, adotar lentes de gênero serve não só para reconhecer as diferenças quanto à saúde mental, mas, sobretudo, questionar as disparidades e assimetrias no mundo social - não apenas entre homens e mulheres, mas entre os próprios homens e as próprias mulheres. Serve para identificar condições sociais de vida que impactam a saúde mental e produzem modos de adoecer particulares; para reorientar a leitura epidemiológica, que geralmente não traz à tona como estereótipos de gênero acabam enviesando a construção de dados; perceber como a leitura de sinais e sintomas, bem como a atribuição de diagnósticos é amplamente determinada por valores de gênero; para desenhar políticas públicas e intervenções nos cotidianos dos serviços de saúde mais afinadas com as necessidades específicas das populações; verificar as estratégias de *marketing* da indústria farmacêutica e sua relação com a medicalização.

Embora exista uma ampla literatura sobre as relações de gênero, há, ainda, um desconhecimento grande da população sobre estas dinâmicas e, o que é mais grave, de muitos profissionais da saúde mental. Tal desconhecimento pode proporcionar alguns impasses como, por exemplo, que mulheres acabem recebendo maiores intervenções que homens por serem consideradas mais “frágeis” (ao invés de mais vulneráveis socialmente em tantas esferas da vida social) e, portanto, mais “diagnosticáveis”.

A falta de lentes de gênero também afeta o cotidiano dos serviços. Por um lado, usuários dos de serviços de saúde mental correm o risco de receber indiscriminadamente o mesmo tipo de intervenção como se fossem um grupo universal e indiferenciado: pouco ou quase nada importa a sua identidade de gênero, orientação sexual, classe social, geração, entre outras especificidades. Por outro lado, se são observadas as especificidades no cotidiano dos serviços, diferenças acabam sendo “apenas diferenças” e, neste caso, quando incorporadas às intervenções sobre pessoas em sofrimento psíquico, podem simplesmente reproduzir estereótipos sobre homens/mulheres, abafando as ações verdadeiramente necessárias.

A este respeito, há de se pensar ainda na particularidade de pessoas trans, intersexo e mesmo aquelas com orientações sexuais fora da heteronormatividade, que frequentemente têm

as suas possibilidades de ser e existir facilmente abarcadas e sufocadas por diagnósticos médicos que não levam em conta a diversidade humana, mas apenas o que é ser homem ou mulher “de verdade”.

Portanto, incorporar uma perspectiva de gênero nem significa perceber todas as pessoas em sofrimento com base em um padrão universal e tampouco reduzir as experiências delas aos estereótipos tradicionais sobre homens e mulheres. Significa considerá-las enquanto seres sociais nas suas demandas específicas (mas sem vê-las como pólos opostos de uma polarização, pois o gênero mesmo não se reduz a dualismos) e, ainda, ponderar a heterogeneidade própria de cada uma dessas populações (fazendo a devida associação com outros marcadores sociais produtores de desigualdade como a classe social, a raça/etnia, a orientação sexual etc). Significa depreender e lidar com as diversas masculinidades e feminilidades existentes.

Como afirma Scott (1995: 87), o desafio consiste em derrubar a ideia de uma oposição binária fixa, “em descobrir a natureza do debate ou da repressão que leve à aparência de uma permanência intemporal na representação binária do gênero”. Gênero merece ser visto como uma dimensão ou graus contínuos de masculinidades ou feminilidades, com as mais extremas formas colocadas em cada extremidade (idem). Assim, “o consenso foi o de que não há consenso sobre qualquer natureza do feminino e do masculino” (Machado, 1998: 114). As expressões de gênero são tantas que não se encerram em um modelo binário.

Um olhar de gênero pode ainda ajudar a todos os envolvidos com questões de saúde mental a enxergar a complexidade típica do fenômeno doença mental - que abarca muito mais que fatores biomédicos -, bem como das experiências particulares de sofrimento. Serve para olhar com mais criticidade para o que é colocado como invariável por parte de certos discursos; questionar o que há de similar ou desigual entre as pessoas; refletir sobre o fenômeno da medicalização, sobretudo, de mulheres; afinal, serve para rever saberes e fazeres.

Referências bibliográficas

Astbury, J. (1999), *Gender and mental health*. Key Centre for Women’s Health. University of Melbourne, Australia. Recuperado em maio, 2016, de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.6957&rep=rep1&type=>

Alves, F. (2011), *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental*. Porto: Edições Afrontamento.

Alves, J.E.D.; & Corrêa, S. (2009), Igualdade e desigualdade de gênero no Brasil: um panorama preliminar, 15 anos depois do Cairo. *Seminário Brasil, 15 anos após o Cairo*. Belo Horizonte, 11 e 12 de agosto de 2009. Recuperado em maio, 2017, de: http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/outraspub/cairo15/Cairo15_3alvescorrea.pdf

Azize, R. (2010), “Notas de um ‘não-prescritor’: uma etnografia entre estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria”, in Maluf, S.; Tornquist, Carmen. S.; *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Basaglia, F. (1987), *Mujer, locura y sociedad*. Puebla: Universidad Autónoma de Puebla, Colección La mitad del mundo.

Bonino, L. (2000), “Varones, género y salud mental – desconstruyendo la “normalidade” masculina”, in Segarra, M; Carabí, A. *Nuevas masculinidades*. Barcelona: Icaria.

Brandão, A. (2010), “*E se tu fosses um rapaz?*”: *homo-erotismo feminino e construção social da identidade*. Porto: Edições Afrontamento.

Burin, M. (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, 2016, de: http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/1529/Burin_2010_Preprint.pdf?sequence=1

Busfield, J. (1996), *Men, Women, and Madness: Understanding Gender and Mental Disorder*. New York: New York University Press.

Carvalho, L.; & Dimenstein, M. (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, 2016, de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>

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

Costa, M. G.; Dimenstein, M.; & Leite, J. (2015), Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. *Revista Colombiana de Psicologia*, 24 (1), pp. 13-29. Recuperado em junho, 2016, de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-54692015000100002

Diehl, E.; Manzini, F.; & Becker, M. (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, S.; & Tornquist, C.; *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

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

Gomes, R. (2008), *Sexualidade masculina, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Hita, M. G. (1998), “Identidade feminina e nervoso: crises e trajetórias”, in Alves, P.C.; Rabelo, M.C. (orgs). *Antropologia da saúde: traçando identidades e explorando fronteiras*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Recuperado em junho, 2016, de: <http://books.scielo.org/id/by55h/pdf/alves-9788575414040-11.pdf>

Kadri, N.; & Alami, K.M. (2009), “*Depression and anxiety among women*”, in Chandra, P (et al). *Contemporary topics in women’s health: global perspectives in a changing society*. Chichester, UK: John Wiley & Sons LTD.

Lazarevich, I.; & Mora-Carrasco, F. (2010), Identidad masculina y salud mental. *Segunda época*, año 3, nº 5, pp. 7-16. Recuperado em outubro, 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

Machado, L.Z. (1998), Gênero: um novo paradigma? *Cadernos Pagu* (11), pp. 107-125. Recuperado em maio, 2017, de: <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=51204>.

Maluf, S. (2010), “Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais”, in Maluf, S; & Tornquist, C. *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.

Nicholson, L. (2000), Interpretando o gênero. *Estudos feministas*, v.8, n. 2, pp. 1-33. Recuperado em maio, 2017, de: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11917/11167>

Nogueira, C. (2001), *Feminismo e discurso do gênero na psicologia social*. Instituto e Educação e Psicologia da Universidade do Minho, 2001. Recuperado em julho, 2016, de: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4117/1/feminismo%20e%20discurso%20do%20g%25C3%25A9nero%20na%20psicologia%20social.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2001), *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Gênova: World Health Organization.

Ordorika-Sacristán T. (2011), “¿De dónde viene la tristeza de las mujeres?”, in Olivera, M. E. (Ed.), *Mujeres diversas. Miradas feministas*. Destiempos Editorial, México .pp. 114-125. Recuperado em setembro de 2016, de: <http://www.grupodestiempos.com/MUJERESDIVERSASMIRADASFEMINISTAS.pdf>.

Rosa, Lúcia (2015), *Classes sociais, gênero e etnias na saúde mental*. Teresina: EDUFPI.

Scott, J. (1995), Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*. Porto Alegre, v. 20, n. 2, pp. 71-99. Recuperado em maio, 2017, de: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/1210/scott_gender2.pdf

Silveira, M. L. (1998), *Nervos e nervosas da ilha de Santa Catarina*. Santa Catarina, Brasil. 182 fls. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social). Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC.

Tavares, D. (2016), *Introdução à sociologia da saúde*. Coimbra: Almedina.

Zanello, W. (2014), “A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica”, in *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris.

