

COMTEXTOS

WORKING PAPERS - SÉRIE 2 | N.º7 | 2022

VIVER COM TRANSTORNO MENTAL: EXPERIÊNCIAS DE MULHERES COM DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO

TAHIANA MENESES ALVES

COMTEXTOS

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

ISSN 2182-7672

Comissão Científica:

Teresa Mora (diretora)

Maria João Simões

Rodrigo da Costa Dominguez

Edição:

Rafaela Ribeiro

Morada de contato:

Universidade do Minho,

Instituto de Ciências Sociais

Campus de Gualtar

4710-057 Braga

Tel: +351 253 601 752

comtextos_cics@ics.uminho.pt

Viver com transtorno mental: experiências de mulheres com diagnóstico psiquiátrico

TAHIANA MENESES ALVES*

Resumo

O estudo tem o objetivo de analisar, através de uma abordagem sociológica, as experiências de mulheres que vivem com transtorno mental. Para tal, utiliza “lentes de gênero”. Foi realizada uma pesquisa qualitativa que incluiu a análise das histórias de vida de mulheres com diagnóstico psiquiátrico, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial no nordeste do Brasil. Os resultados apontam para repercussões na autoimagem e nas interações em diversas esferas da vida cotidiana (família, vida laboral e estudos, afetividades, vida social e comunitária) que são atravessadas por relações de gênero, raça e classe, regidas por uma totalidade social mais complexa.

Palavras-chave: Saúde Mental; Viver com Transtorno mental; Gênero; Mulheres.

Abstract

The aim of this study is to analyze, from a sociological perspective, the experiences of women living with mental disorders. It uses a gender perspective. A qualitative research was carried out, including the analysis of life histories of women with psychiatric diagnosis, users of a Centro de Atenção Psicossocial in northeast of Brazil. The results point to repercussions on self-image and interactions in several spheres of daily life (work life and studies, affectivities, social and community life), which, in turn, are crossed by gender, race and class relations, ruled by a more complex social totality.

Keywords: Mental health. Living with mental illness. Gender. Women.

* Doutorada em Sociologia pela Universidade do Minho com projeto de referência SFRH/BD/96628/2013 pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT). Assistente social (Universidade Federal do Piauí) e doutoranda em Serviço Social (Universidade Federal do Rio de Janeiro). Contacto eletrónico: menesestahiana@gmail.com

Introdução

Viver com um transtorno mental repercute em diversas esferas da vida. Pelo sofrimento psíquico em si e/ou pelo peso do estigma, implica uma série de mudanças e rompimentos nas trajetórias daqueles/as que o vivenciam direta ou indiretamente. Este estudo tem o objetivo de analisar experiências de mulheres com diagnóstico psiquiátrico, usuárias de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no nordeste do Brasil.

O CAPS atua como o serviço ordenador da rede comunitária de saúde mental em todo o país. Constitui um equipamento substitutivo do hospital psiquiátrico e de seus métodos, pois pretende a reinserção social e a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais severos e persistentes. Tal serviço é basilar na Reforma Psiquiátrica brasileira que, por sua vez, consiste em um processo social complexo, que acontece no Brasil desde a conjuntura de redemocratização, a partir de meados da década de 1970 (Amarante, 2013). Na sua generalidade, a reforma vem mudando o modelo nacional de saúde mental, rompendo com os clássicos saberes, práticas e instituições da psiquiatria. A partir de mudanças nas dimensões epistemológicas, técnico-assistenciais, socioculturais e jurídico-políticas – entre estas, a importante lei 10.216, de 2001, que visa um novo estatuto para as pessoas com transtornos mentais (ibidem) –, a reforma psiquiátrica tem avançado no que se convém chamar de desinstitucionalização.

Desinstitucionalizar significa, mais que retirar as pessoas dos manicômios, compreender a saúde e a doença para além das ideias de irrecuperabilidade e cronicidade: “consiste em um crescimento da pessoa” (Venturini, 2010, p. 143). Busca a autonomia e a cidadania da pessoa na sua subjetividade e na sua existência concreta. Estas, por sua vez, carregam muito das regulações sociais. Isto sugere a análise do multifacetado fenômeno do transtorno mental para além de seus aspectos biológicos tão priorizados por um modelo biomédico de saúde.

Ir além de aspectos biológicos implica na consideração de, por exemplo, seus aspectos sociais. Um deles é o gênero enquanto “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” (Connell e Pearse, 2015, p. 42). De acordo com Connell (2013, p. 66), gênero liga as relações econômicas, afetivas, simbólicas, de poder e opera de forma simultânea nos níveis intrapessoais, interpessoais, institucionais e da sociedade em geral.

Mas não esqueçamos que as relações de gênero se fundem com as relações de classe e de raça, constituindo uma totalidade social complexa, contraditória e dinâmica, expressa mais especificamente enquanto um sistema unitário de exploração-dominância entre capitalismo, patriarcado e racismo (Arruzza, 2015; Arruzza, Bhattacharya e Fraser, 2019).

Nessa relação entre o singular e universal, ou, em outras palavras, as experiências singulares das mulheres e as tendências presentes da ordem social mais ampla, analisamos como é viver com transtorno mental. Consideramos os princípios da Reforma Psiquiátrica, o que inclui, segundo a perspectiva de Franco Basaglia¹, pôr entre parênteses o conceito de doença – e isto não é negar a sua existência – para poder ter contato com as experiências vividas pelos sujeitos. Ora, é desse modo que “aparecem os sujeitos que estavam neutralizados, invisíveis, opacos, reduzidos a meros sintomas de uma doença abstrata” (Amarante, 2013, p. 67). Partimos da ideia que cada pessoa experiencia o transtorno mental de maneira particular. Por sua vez, cada experiência depende da posição social que a pessoa ocupa na totalidade social complexa, contraditória e dinâmica. Asseguramos a importância e a utilidade de apreender as experiências particulares – suas histórias, seus hábitos, o que precisam, seus pontos de força e fraqueza – e como determinações sociais (como as de gênero nas suas associações) se fazem aí presentes.

1. Metodologia: escolhas e justificativas

A pesquisa possui caráter qualitativo. Foi guiada pela seguinte questão de partida: “Como é ser mulher vivendo com um diagnóstico psiquiátrico?” As possíveis respostas para esta interrogação invocam os sentidos da ação social dos sujeitos e não seriam alcançadas a partir de procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. São respostas não quantificáveis, pois manifestam informações sobre as vidas das pessoas, experiências vividas, emoções, sentimentos, valores, crenças. São respostas que remetem para o cotidiano, para um nível mais “microscópico” das interações sociais.

O método elegido foi o estudo de casos, que visa a análise profunda de uma dada unidade (o caso), que pode ser uma pessoa, uma organização burocrática, um programa, uma instituição, um grupo social, uma comunidade ou um acontecimento (Yin, 2001). Especificamente, as unidades de análise – os casos – são as experiências de mulheres diagnosticadas com transtorno mental.

¹ Psiquiatra italiano e principal figura no movimento de reforma psiquiátrica italiana, a chamada Psiquiatria Democrática. Teve bastante influência também na construção da reforma brasileira.

Utilizamos a entrevista história de vida como a fonte principal de recolha de dados. Seu roteiro foi semidiretivo. Procuramos compreender as normas, as determinações e as regularidades sociais a partir dos relatos individuais. Mas entendemos que indivíduos não constituem meros produtos das configurações sociais, pois têm certa liberdade e autonomia. Isto remete para a relação entre o que acontece em um nível mais amplo, macro, das mudanças e permanências sociais, e em um nível mais biográfico, das experiências. É este jogo entre universal e singular que objetivamos perceber. E para dar conta deste jogo entre sociedade e indivíduo, apoiamo-nos no que Ferrarotti (1993) alega estar nas bases epistemológicas do método biográfico: uma forma de razão dialética capaz de entender a práxis sintética e recíproca que governa a interação entre um indivíduo e um sistema social.

Junto às entrevistas, utilizamos um pequeno questionário de caracterização sociodemográfica. O objetivo foi o de reter algumas variáveis que pudessem ajudar a explicar a diversidade de reações possíveis frente à experiência com o transtorno mental, como idade, situação conjugal, número de filhos, ocupação, origem geográfica, raça/etnia, orientação sexual, renda, escolaridade, etc. A análise das entrevistas foi realizada através de um processo indutivo que teve como base a fidelidade ao universo de vida cotidiano dos sujeitos (Alves e Silva, 1992), mas ancorado em pressupostos teóricos dos estudos feministas e de gênero, como, por exemplo, o da reprodução social (Arruzza, Bhattacharya e Fraser, 2019). Realizamos a leitura exaustiva de cada entrevista na busca de “incidentes” que pudessem gerar unidades de análise. Depois, comparámos as entrevistas entre si, englobando semelhanças e diferenças. Esse processo de comparação foi dando origem a uma codificação e à posterior categorização. Assim se deu a construção das categorias e subcategorias de análise.

A pesquisa de campo foi realizada entre fins de 2016 e começo de 2017 num CAPS no nordeste do Brasil. As entrevistas de história de vida foram gravadas e transcritas. Ao todo, entrevistámos 10 mulheres considerando os seguintes critérios de inclusão: ter 18 anos ou mais; ter recebido o diagnóstico psiquiátrico e realizar tratamento em saúde mental há, no mínimo, doze meses; participação voluntária; estar em condições de diálogo com a pesquisadora. As mulheres tinham idades entre 28 e 56 anos. Elas se autodeclararam brancas, pretas e pardas. Todas eram parte das classes trabalhadoras e tinham baixo grau de escolaridade. Algumas residiram em áreas rurais em algum período de suas vidas. Quanto à situação conjugal, havia casadas, em união estável, solteiras, separadas/divorciadas, namorando. Havia quem não tivesse nenhum filho e quem tivesse até sete filhos. Quanto à ocupação, havia trabalhadoras

autônomas e informais, trabalhadoras domésticas, recepcionista, atendente de telemarketing, vendedora, bordadeira, auxiliar administrativa, donas de casa. Algumas haviam passado por instituições psiquiátricas.

Os nomes utilizados na pesquisa para identificar as entrevistadas são fictícios. Cada entrevistada teve acesso e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da região onde foi realizada a pesquisa por estar de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012 (no Brasil), através do protocolo nº. 2.311.181.

2. Experiências de mulheres com o transtorno mental

O transtorno mental severo e persistente pode impor repercussões significativas nas vidas de quem o vivencia. Conforme Vasconcelos (2005), as pessoas podem passar por eventos difíceis, crises existenciais radicais, processos de mortificação do corpo e da alma. Elas convivem com a marca da diferença, sofrem com os sintomas da doença, não raro peregrinam por serviços de saúde mental (o que inclui o consumo de medicamentos e seus efeitos colaterais), experienciam as limitações no desempenho de atividades diárias e precisam lidar com o preconceito e o estigma da sociedade (ibidem). Em suma: tal vivência impacta, por vezes radicalmente, o cotidiano das pessoas.

Na realidade da vida cotidiana, há esquemas tipificadores através dos quais os outros são apreendidos e, a partir daí, são estabelecidos modos pelos quais lidamos com eles, especialmente nos encontros face a face (Berger e Luckmann, 2004). A tipificação acerca das pessoas com transtornos mentais frequentemente é negativa. Inclusive, o transtorno mental tem sido tratado pela teoria sociológica como um processo que envolve mudanças significativas nas atitudes dos outros para com o doente e, conseqüentemente, mudanças na forma como este passa a ver a si mesmo e a se posicionar no mundo (Rabelo, 1999). Goffman (2004, p. 7) afirma: “um indivíduo que poderia ter sido facilmente recebido na relação social cotidiana possui um traço que pode impor a atenção e afastar aqueles que ele encontra, destruindo a possibilidade de atenção para outros atributos seus”. Este traço é o estigma, que diferencia negativamente a pessoa que o porta, pois deixa de ser vista como alguém “comum” e “total” para ser vista como “estragada” e “diminuída”. A estigmatização pode conduzir a uma perda de status moral.

Goffman (1974, p. 38) destaca vários níveis de estigmatização. Há quem receba um atributo “desonroso” e consiga ocultar a sua condição (sendo um “desacreditável”). Mas há quem receba o atributo “desonroso” e não consiga esconder a sua condição (sendo um “desacreditado”). Podemos considerar,

portanto, que, quanto à experiência do estigma, o objeto empírico deste estudo é uma mescla entre “desacreditáveis” e “desacreditados” referidos por Goffman. Nos dois casos, há a constituição de uma carreira moral, que corresponde às alterações que impactam a identidade e o esquema de imagens da pessoa para julgar os outros e a si própria (ibidem).

A experiência com o transtorno mental aponta para disrupções nas biografias das mulheres entrevistadas, o que potencializa a constituição de uma carreira moral. Para algumas mulheres, o transtorno mental representa um “antes” e um “depois” na vida: por conta dele, é necessário que se adequem a novas interações sociais. Mas até para aquelas que têm a doença como um referencial sempre presente por sentirem os sintomas desde tão jovens que pouco se recordam de como é viver sem eles, as repercussões também são evidentes, uma vez que elas não deixam de imaginar como teria sido e/ou poderia ser a sua vida. Em quaisquer das situações, há impactos amplamente atravessados por questões de gênero, modelos de feminilidade e masculinidade.

A seguir, discorreremos sobre como a carreira moral de mulher com diagnóstico psiquiátrico interfere em várias esferas da vida cotidiana.

2.1. Repercussões do transtorno mental sobre a imagem de si

Conforme Berger e Luckmann (2004), um indivíduo conhece melhor a si mesmo quando está com outro. A reflexão sobre si depende da atitude que o outro manifesta a seu respeito. Funciona como uma resposta de “espelho” às atitudes dos outros. Como dito, as tipificações sobre pessoas com transtorno mental são, frequentemente, negativas. Assim, a reflexão que tais pessoas fazem sobre si mesmas pode ser negativa também, pois funcionam como uma resposta às atitudes estigmatizantes dos outros na interação social.

Entendemos que o transtorno mental impacta a “identidade experimentada”, que, segundo Goffman (2004, p. 91), corresponde ao “sentido subjetivo de sua própria situação e sua própria continuidade e caráter que um indivíduo vem a obter como resultado de suas variáveis experiências sociais”. Neste estudo, a grande maioria das autorreflexões realizadas pelas mulheres participantes não são positivas.

Algumas mulheres entrevistadas veem a si mesmas enquanto pessoas tristes, sem alegria de viver: “Tem hora que eu me sinto numa imagem muito triste, carente, muito triste” (Serafina, preta, 54 anos, separada). Outras associam uma autoimagem negativa aos efeitos do transtorno mental sobre a aparência física: “Eu me olho no espelho e vejo uma Bárbara feia [...] Eu acredito que eu vou voltar a ser aquela Bárbara que passa batom, maquiagem...

Que se veste bem vestida, que tem o corpo magro” (Bárbara, parda, 31 anos, casada). À semelhança de Rabelo e Alves (1999), os relatos acima sugerem uma certa desintegração de si, que pode ser sentida tanto emocional (pela tristeza e carência), quanto fisicamente (o declínio do corpo). Os autores analisaram a narrativa de uma mulher “nervosa” em uma localidade do estado da Bahia, Brasil, e destacaram que a categoria “nervoso” está na base de um enfraquecimento do corpo que, por sua vez, não deixa de se relacionar com um enfraquecimento moral.

Seja pelos sintomas (que podem incluir uma intensa indisposição para cuidar da própria aparência/higiene) ou pelo tratamento em si (que inclui a medicação e seus potenciais efeitos colaterais), o transtorno mental produz um autoestigma voltado para a imagem corporal. Bárbara, por exemplo – embora acredite que será novamente aquela mulher bem vestida, que se maquia e tem o corpo magro –, não possui tal imagem de si neste momento. Igualmente, Rabelo e Alves (1999) destacam o impacto que um corpo, antes, forte, com dentes e cabelos bonitos e, agora, ossudo e doente, tem sobre a imagem que se elabora de si. Ainda, o estudo de Andrade (2012) mostra como, especialmente as mulheres, fazem queixas sobre a mudança corporal ao longo de sua carreira moral de doente.

Apesar das conquistas no que se refere às representações sobre o masculino e o feminino, estas ainda prevalecem ancoradas em um referencial tradicional. No universo feminino, ainda existe uma rigidez em torno dos imperativos da beleza (Novaes, 2006). A beleza feminina é avaliada principalmente com base numa cultura de atenções corporais, de um trabalho sobre o corpo, trabalho este que dói. “Ser bela cansa e dói” e “a feiúra adquire um peso dramático na estética feminina” (ibid., p. 71). É assim que o transtorno mental afeta a identidade de gênero feminina, haja em vista o peso da vaidade/beleza femininas nesta construção (da identidade) e a sua relação com a autoestima. Sentir-se feia ou não ter vaidade, nessa lógica, é sentir-se menos mulher. Por sua vez, esta sensação “individual” tem relação com um sistema unitário (capitalista-patriarcal-racista) de dominação, exploração e alienação dos corpos das mulheres (Arruzza, 2015). Entre tantas pressões que os corpos sexuados-femininos sofrem, padrões estéticos são algumas delas.

Mas o transtorno mental não repercute sobre a autoimagem apenas em termos estéticos. Algumas mulheres referem sentimentos de pouca utilidade. Tais queixas revelam atravessamentos do sistema capitalista-patriarcal-racista:

Me sinto dependente de pessoas p’ra fazer as coisas p’ra mim, p’ra fazer um almoço, fazer um chá, cuidar de mim, dos meus meninos [...] Eu também quero ajudar minha mãe, que é doente, e cuida do meu filho bebezinho. Minha

mãe tem osteoporose, artrose, pressão alta. Ela deu problema na gravidez da minha irmã caçula, então, eu quero fazer uma coisa assim que eu sirva p'ra minha mãe, sirva p'ro meu pai, sirva p'ra todo mundo. Eu quero ajudar mais eles com coisas pequenas porque eu não tenho dinheiro. Eu quero varrer uma casa, passar um pano, lavar um banheiro (Bárbara, parda, 31 anos, casada).

A sensação de utilidade tem relação com a vida no espaço doméstico. Envolve tarefas como cozinhar, cuidar de si e dos outros, ajudar a mãe, prover afetivamente. Não conseguir desempenhar tais tarefas gera sentimentos de inutilidade. Informações semelhantes foram encontradas por Yuasa (2012): em seu estudo sobre mulheres com depressão, constata que as participantes relatam, para além de queixas somáticas, sensações de incapacidade e impotência no trato com tarefas diárias, especialmente as relacionadas com a maternidade. Na nossa cultura, as mulheres ainda vivenciam um processo de subjetivação guiado por um dispositivo materno que naturalizou para as mulheres a capacidade de cuidar de outros, das tarefas domésticas, de tudo o que estiver relacionado com o âmbito privado (Zanello, 2016, 2017). Sendo ou não mães, as mulheres têm designadas, historicamente, certas práticas. Para Arruzza (2015) e Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019), estas práticas fazem parte de uma certa organização social do trabalho. Geralmente, as mulheres são as responsáveis por executar o trabalho de reprodução social que, segundo as autoras, vai bastante além do trabalho executado no lar (porque também pode ser executado por mulheres de forma remunerada e fora do espaço do lar). Entretanto, remunerado ou não, no lar ou não, a reprodução social diz respeito à “produção” de outros seres humanos, no dia-a-dia ou geracionalmente, que são/serão mão de obra para o capital. Basta pensar: quem são as pessoas que mais estão presentes no trabalho de cuidar, limpar, alimentar, educar, etc, na nossa sociedade? Isso é trabalho de reprodução social, executado sobretudo por mulheres, muitas delas negras, no âmbito privado ou público.

2.2. Repercussões do transtorno mental sobre a vida familiar

O transtorno mental também repercute sobre a esfera da família. As mudanças recaem tanto sobre a pessoa com o diagnóstico quanto sobre os seus familiares. De uma maneira geral, as mulheres que vivenciam o transtorno se deslocam de seus “lugares” em maior ou menor intensidade. Algumas “perdem” o papel de mãe e/ou de trabalhadora. Outras deixam de desempenhar temporariamente estes papéis apenas quando estão “em crise”. Cada experiência é particular, portanto.

Rosa (2003), em seu estudo sobre o cuidado de familiares com o transtorno mental, ressalta que, com a estabilização ou intensificação dos sintomas, muitas famílias acabam infantilizando o seu membro enfermo, o que pode se estender até à tutela. No nosso estudo, algumas mulheres vivenciaram um processo de infantilização associado à subtração de alguns atributos de feminilidade – especialmente aquelas que receberam o diagnóstico ainda muito jovens, como Flora:

A minha irmã acha que eu sou uma boneca de porcelana, ela só me leva na igreja de vez em quando. Mas ela é o tipo de pessoa que não me deixa respirar [...] Não faço nada, tudo tenho que pedir autorização p'ra ela [...] Uma das coisas que mais me faz sofrer por ter essa doença é que eu não posso cuidar da minha filha. Antes de ela nascer, eu já era doente. Eu nunca pude acompanhar direito as primeiras palavras dela, eu não sei se ela disse papai ou mamãe primeiro. Eu não vi nascer os primeiros dentinhos. Eu sinto falta de ter essa convivência (Flora, parda, 28 anos, separada).

A expressão “boneca de porcelana” utilizada pela entrevistada aponta para uma dupla situação. Por um lado, percebe-se a tutela, principalmente por parte da irmã, que coloca Flora na condição de uma pessoa frágil, delicada, que precisa de todo o cuidado do mundo. Por outro lado, ser considerada uma “boneca” interfere na sua autonomia. Sendo assim, em um contexto de tutela e limitações, o transtorno mental afeta o desempenho da maternidade, experiência ainda tão forte e associada com a feminilidade no interior de uma ordem capitalista e patriarcal.

Flora torna-se mais filha de sua irmã e menos mãe de sua filha. A destituição do papel materno não ocorre apenas pela ausência de cuidado que ela não pode oferecer (inclusive, por questões de distância geográfica, já que sua filha vive em outra região do país com outros familiares). Flora teme os sintomas do transtorno: *“Eu escutava umas vozes falando e essas vozes me falavam ‘Você tem que matar essa menina’. Ela vai vir agora p'ra cá e eu tenho medo do que eu posso fazer. Eu amo a minha filha, mas eu ‘tou com muito medo”* (Flora, parda, 28 anos, separada). Ou seja, mais que não poder cuidar, ainda sofre com o risco de cometer violência contra a filha. Como afirma Badinter (1985, p. 15), a ideia ainda predominante é que toda mulher nasce para ser mãe. Aliás, boa mãe, que se doa inteiramente aos filhos. Um desvio que se pode cometer é o de não se mostrar uma mãe cuidadosa. Ou pior, mostrar-se uma mãe criminoso. Uma das características na construção social da mãe criada no século XVIII e que tem peso ainda hoje, a despeito de tantas transformações no modelo de família e maternidade, é a vigilância: “quer esteja em boa saúde ou doente, ela deve permanecer vigilante” (ibid., p. 210).

Há casos que se opõem ao de Flora, que se vê destituída da função materna. Em outras situações, ser diagnosticada com um transtorno mental não desloca bruscamente a posição que algumas mulheres ocupam no grupo familiar. Deolinda, por exemplo, é dona-de-casa e concretamente exerce tal função. É dispensada apenas nos dias de “crise”, isto é, quando os sintomas são tão intensos que ela não consegue desempenhar suas tarefas. O marido e os filhos reconhecem a doença e se mobilizam para cuidar dela e da casa ao longo desses dias. Mas passado o período mais crítico, o cotidiano se restaura e Deolinda segue realizando suas tarefas no âmbito doméstico. Segue sendo a ativa dona-de-casa, mãe e esposa:

A gente é bem unido (família nuclear) [...] Eu ‘tou aqui no CAPS, vou passar o dia, mas, se meu marido comprar na rua um pedaço de galinha assada, o meu pedaço fica dentro da farinha p’ra eu comer mais tarde. Ele diz: ‘Minha filha, a gente fez o almoço aqui, um arroz, comprei uma galinha, mas o seu pedacinho ‘tá aqui’. O meu pedaço fica. Se ele cozinhar um peixe, o meu pedaço fica lá, até porque ele sabe que eu gosto de peixe. Isso fica p’ra mim e eu sou muito grata por isso [...] Elas cuidam de mim, as minhas filhas. Elas me ajudam. Quando elas veem (situação de “crise”), elas começam a chorar. ‘Eu sei, mãe, que o que a senhora ‘tá sentindo não é porque a senhora quer. Vá tomar a medicação, vá se deitar, deixe por conta nossa que a gente toma de conta. Quando o papai chegar, ele vai te ajudar também’. Elas conversam comigo, me cheiram, aí, eu me sinto mais assim alegre por dentro porque elas estão do meu lado (Deolinda, parda, 52 anos, união estável).

Há uma associação entre a mulher e o seu trabalho na esfera privada. É possível que, por conta disso, apesar do transtorno mental, não se verifiquem mudanças bruscas na sua posição dentro do grupo familiar, já que ela continua a exercer determinados papéis em sintonia com as prescrições de gênero. Isto também foi observado por Pegoraro (2007): num estudo de caso sobre uma mulher em tratamento num hospital psiquiátrico na região Sudeste do Brasil, a verificou-se que ela continuou a ser prestadora de cuidado para outros, apesar de seu quadro. Igualmente, Santos (2008), em seu estudo com usuários/as de serviços de saúde mental em Araraquara, São Paulo, verificou que, entre as entrevistadas com filhos, a tarefa do cuidado com a família era especialmente delas, mesmo estando doentes. Mais uma vez, estas situações expressam o trabalho de reprodução social exercido por tantas mulheres, que não cessa quase nunca, é exaustivo, demanda muito tempo, mas não é visto como trabalho por não ser remunerado e por ser confundido com amor. Como visto, alguns familiares – como os de Flora e os de Deolinda – reconhecem a condição de saúde das mulheres, exercendo certo grau de tutela. Mas, para outras mulheres, a situação é diferente: nestes casos, familiares podem

até admitir a enfermidade, já que as mulheres apresentam estados “estranhos” e/ou indesejáveis. Porém, demonstram certa incompreensão diante do quadro:

Ele [marido] acha que, porque eu tomo remédio p’ra depressão, eu já fiquei boa. ‘Rapaz, por que tu tá chorando? Tu ainda não ficou boa não?’ (Abigail, preta, 53 anos, casada).
O que me irrita também é quando elas [irmãs] dizem assim ‘Pensa nos teus filhos, cuida dos teus filhos! Para de ser desse jeito! Te ajeita! Te cuida! Tu tem dois filhos, mulher! Vai cuidar dos teus filhos!’ Isso é ruim. A minha irmã fala, não entende, às vezes, ela diz que eu ‘tou só fingindo e eu digo ‘Como é que eu tou fingindo e fico tomando esses remédios ruins?’ (Bárbara, parda, 31 anos, casada).

É possível que o marido de Abigail e as irmãs de Bárbara não portem conhecimentos sobre questões de saúde mental. De qualquer modo, suas posturas sugerem a interferência da força de prescrições de gênero, em especial para as mulheres casadas e com filhos. O transtorno mental, ou o que quer que seja na perspectiva dos familiares, compromete o desempenho feminino, pois o seu lugar é em casa, fazendo o que é “suposto” fazer, estejam saudáveis ou não. É como se elas não pudessem adoecer.

Há situações, ainda, em que os sintomas do transtorno são lidos pelos familiares como “falhas de caráter” ou características indesejáveis para mulheres:

O que mais me incomoda é a minha família não gostar de mim porque eles não gostam de mim por causa desse problema. Eles não aceitam, não acreditam, acham que a agressividade é de mim, não pensam que pode ser da doença, mas dizem que é problema meu, mesmo, que isso sou eu, que eu gosto de confusão, mesmo, de brigar, que eu gosto de caçar conversa com os outros. Esse problema fez foi me afastar deles (Serafina, parda, 54 anos, separada).

A leitura da família sobre eventuais sintomas manifesta um binarismo de gênero que distingue características femininas e masculinas. Aqui, as mulheres com diagnóstico psiquiátrico rompem com o esperado socialmente quando demonstram agressividade e/ou não conseguem cuidar da casa e dos filhos. Nestes casos, o que ocorre é a manutenção das expectativas, por parte da família, em torno do desempenho “normal” de comportamentos e atividades independente de seus estados de saúde.

2.3. Repercussões do transtorno mental sobre a esfera do trabalho

De acordo com Leff e Warner (2008), o trabalho é uma atividade esperada para os adultos em qualquer sociedade, uma parte fundamental na

vida das pessoas e não menos das que sofrem com transtornos mentais. Neste estudo, também, surgiu como esfera amplamente valorizada e impactada pelo transtorno mental.

Algumas mulheres tiveram de suspender, temporária ou definitivamente, suas atividades laborais e/ou estudos. Outras, tendo recebido o diagnóstico prematuramente na vida, trabalharam por pouco tempo ou não chegaram a trabalhar e atribuem tal fato ao transtorno mental. Impactos semelhantes também foram percebidos por mulheres donas-de-casa, que, apesar de não classificarem o seu trabalho enquanto tal, sentem que deixaram de executar ou não o fazem como é suposto:

Eu não tenho paciência p'ra lavar um banheiro, eu não tenho paciência p'ra varrer uma casa, fazer uma comida [...] Não fazia almoço, comprava espetinho ... Fico com vontade de dormir, não tenho paciência p'ra cuidar do meu filhinho [...] E também porque eu bagunço tudo, eu jogo tudo p'ra cima quando eu 'tou nervosa. Eu esculhambo tudo, desarrumo tudo, tiro tudo do lugar (Bárbara, parda, 31 anos, casada).

A indisposição, a “preguiça”, o não zelo pela casa ou pelo cuidado com os filhos passam a fazer parte das vidas cotidianas dessas mulheres e são vistos por elas próprias como um sintoma psiquiátrico “negativo”, pois expressam a ausência de um comportamento “normal”.

Para garantir o seu sustento, algumas mulheres recebem benefícios assistenciais ou previdenciários: “*Eu vivo pelo INSS (benefício da política de assistência social) por motivo da doença e não posso estar trabalhando*” (Alexandra, branca, 32 anos, namorando). Mas há aquelas que não contam com qualquer benefício e dependem financeiramente da família.

O transtorno mental, quando compromete a realização de um trabalho, também afeta a imagem de si. O trabalho possui um peso simbólico, equivale a uma qualidade moral. Ser trabalhador/a é algo exigido socialmente. Além dos efeitos em termos econômicos (proporciona o que comer, o que vestir, lazer e outros consumos numa sociedade de mercadorias), o trabalho é tido como algo que alavanca de maneira positiva a própria autoimagem: “*O trabalho dá orgulho. ‘Nossa, a Alexandra trabalha. Olha ali, a Alexandra trabalha, não pode viajar, não, porque ela ‘tá trabalhando’*” (Alexandra, branca, 32 anos, namorando). Proporciona sentimentos de autonomia e reconhecimento social, características importantes na sociedade capitalista.

No entanto, na ocasião de serem acometidas por um transtorno mental, a condição de mulheres pode assumir contornos peculiares. Vejam-se os testemunhos abaixo:

Eu ‘tava até querendo me matricular (na escola), mas ele (marido) diz que não deixa, não, porque eu sou muito aperreada. Qualquer coisa, eu me zango e ele diz que eu posso arrumar confusão dentro de sala de aula. Mas eu gosto muito de estudar, escrever [...] Eu doida p'ra estudar. Desde ontem, eu falo p'ra ele p'ra me matricular e o colégio é pertinho de casa (Abigail, preta, 53 anos, casada).

Ele (pai) sempre botou: ‘E você é nervosa, você não pode...’. Mas, por mim, eu tinha trabalhado (Arabela, branca, 33 anos, solteira).

A suspensão de uma atividade laboral/de estudo não é determinada apenas pelas limitações impostas pelo transtorno mental em si, mas também pela falta de estímulo por parte de pais e maridos, que usam a doença como justificativa. É possível que o façam enquanto uma postura protetiva, inclusive. No entanto, ficar sem estudar/trabalhar pode dificultar potenciais chances de independência, autonomia, emancipação e reproduz os papéis socialmente destinados a estas mulheres como, por exemplo, o seu confinamento ao espaço doméstico.

2.4. Repercussões do transtorno mental sobre os relacionamentos amorosos

Algumas mulheres relatam a dificuldade que têm para manter suas relações afetivas. Outras romperam com seus/suas ex-companheiros/as. Em quaisquer casos, atribui-se peso ao transtorno mental, que abrange os sintomas e a rotina de tratamento:

O relacionamento com ela (ex companheira) era ótimo e começou a desandar quando a doença aflorou [...] O término do meu casamento foi porque ela não ‘tava aguentando mais. Ela não ‘tava aguentando mais a Alexandra sem sono, eu não ‘tava dormindo mais. Eu atrapalhava o sono dela. Eu passava a noite sem dormir, não conseguia trabalhar mais, brigava [...] Eu cheguei a agredir (ex namorada) de bater, bati nela sem motivo, sem motivo. Ela, fisicamente, não reagiu p'ra me bater. Ela só fazia chorar (Alexandra, branca, 32 anos, namorando).

Além de dificultar a manutenção ou até contribuir para o término de um relacionamento, o transtorno mental dificulta a construção de novos vínculos afetivos. A fala de Arabela refere pessoas com transtornos mentais enquanto “mais complicadas” ou “menos maduras”. Deste modo, é mais prático ter envolvimento com alguém “diferente” de si, que não possua um diagnóstico psiquiátrico. Ou, como coloca Goffman (2004, p. 92), alguém que esteja “do outro lado da linha”: “*Quero arrumar um namorado, mas eu não queria daqui [do CAPS], não [...] Não é que eu tenha preconceito com as pessoas daqui do CAPS, mas é porque, assim, eu já tenho o meu problema, aí, se a pessoa tiver*

problema também... Juntar os dois problemas não dá certo (Arabela, branca, 33 anos, solteira).

O estigma decorrente da carreira moral de doente (Goffman, 2004) também afeta o estabelecimento de relacionamentos amorosos. Algumas entrevistadas acreditam que, devido à sua condição, os outros (“normais”) não aceitariam um envolvimento. Às vezes, elas mesmas não se reconhecem enquanto capazes de iniciar um novo relacionamento porque se veem “feias”, “difíceis”, “instáveis”. A imagem de si e perante os outros é negativa e isto constitui uma barreira para novas experiências: *“Às vezes, eu me acho feia. Porque meu irmão mais velho disse assim: ‘Você nunca vai arrumar ninguém porque você é louca e feia!’”* (Arabela, branca, 33 anos, solteira). Outras sequer desfrutaram de uma vida social, o que, por questões práticas, impõe obstáculos para conhecer e estabelecer vínculos com pessoas novas. Também foi possível constatar que várias entrevistadas valorizam um modelo de família nuclear (com as mesmas desempenhando o papel de cuidadoras e reprodutoras), mas viver com o diagnóstico psiquiátrico diminui o seu capital no contexto de um mercado matrimonial.

Zanello (2017, p. 5) criou uma metáfora para entender o processo de subjetivação através do amor que é vivenciado por tantas mulheres, a chamada “prateleira do amor”. Esta é guiada por um ideal estético e prioriza as características de ser branco, louro, magro, jovem. Quanto mais longe de tais características, mais chances se tem de permanecer na prateleira. Ela também engloba um ideal de comportamento que prioriza características tradicionalmente atribuídas às mulheres, como ser doce, terna ou amorosa. Tendo como base os relatos das entrevistadas, a mulher que vive com transtorno mental pode ficar nas posições menos visíveis da prateleira tanto em termos estéticos quanto em termos comportamentais. Afinal, ser “feia” e “louca/difícil/instável” (como mencionou Arabela) impõe uma situação de desvantagem.

Noutros casos, porém, as próprias mulheres não querem envolvimento amoroso. A relação amorosa e/ou o ato sexual passaram a ser significados negativamente depois de terem sofrido violência. Leonor, por exemplo, relata ter sido violentada sexualmente por um homem de quem gostava quando mais jovem – isto foi percebido por ela enquanto experiência fragilizadora de sua saúde mental: *“Nunca mais confiei em homem só por causa disso [...] Antes, eu sonhava (ter um relacionamento), mas hoje não. Não sinto falta de ter marido, não quero ninguém p’ra ficar me dando carinho, me beijando. Só quero carinho da mamãe e do meu filho”* (Leonor, parda, 47 anos, solteira). Assim, para além dos efeitos mais diretos sobre os relacionamentos amorosos (pelos sintomas, pela rotina de tratamento, pelo estigma), algumas mulheres associaram seus

enredos amorosos e sexuais ao próprio sofrimento psíquico. Tais vivências deixaram marcas profundas que comprometem o desejo de se relacionar novamente. E têm relação direta com uma totalidade social que destina às mulheres – sem desconsiderar aqui o peso da questão racial para mulheres negras – uma posição socialmente vulnerável a diversos tipos de violência.

2.5. Repercussões do transtorno mental sobre a vida social/comunitária

Salles e Barros (2013, p. 2132) afirmam que “isolamento social e transtornos mentais severos e persistentes parecem andar de mãos dadas”. O processo de exclusão é uma realidade de muitos usuários da saúde mental e mesmo vivendo na comunidade é comum que estejam isolados e segregados da convivência com outras pessoas (ibidem). Isto quer dizer que a exclusão não ocorre apenas para as pessoas que passaram ou passam por experiências mais bruscas de isolamento, como o internamento em hospitais psiquiátricos – caracterizados como instituições totais², segundo Goffman (1974). Ocorre também para quem frequenta serviços como o CAPS, que tem como base o cuidado com as pessoas com transtornos mentais em seus territórios.

Pelos próprios sintomas ou pelos efeitos colaterais dos medicamentos consumidos, algumas entrevistadas referem a dificuldade de interagir com outras pessoas. Frequentemente, há a tendência para o isolamento social. Leonor, por exemplo, observa como os sintomas comprometem suas possibilidades de lazer: *“Eu tinha vontade de ir p’ra praia, de sair, não por diversão, só mesmo p’ra relaxar, olhar a paisagem. Mas eu não me acho com capacidade por causa da doença. Eu tenho medo de estranhar as pessoas que eu não conheço”* (Leonor, parda, 47 anos, solteira).

Contudo, a tendência ao isolamento social não é fruto apenas do transtorno em si, mas consequência do estigma social que vivenciam (Salles e Barros, 2009). Tal como acontece em outras esferas da vida cotidiana – família, relacionamentos amorosos, etc. –, o estigma da carreira moral de doente afeta o manuseio de amizades ou a construção de novos vínculos:

Eu não tenho amizade porque eu acho que os outros não me suportam por causa da doença. É preconceito, tem muito preconceito, eles têm muito *bullying*... ‘Eu não vou ficar perto dessa doida. Quero ficar perto, não’. Quando eu era adolescente, mocinha, as pessoas olhavam p’ra mim, mas era com

² Para Goffman (1974), instituições totais correspondem a locais de residência e trabalho onde vivem um número grande de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por um razoável período, levando a vida formalmente regulada e administrada por outrem. São exemplos: manicômios, prisões, conventos.

um pouco de receio por causa da doença que eu nasci com ela (Leonor, parda, 47 anos, solteira).

Em alguns casos, as próprias mulheres tomam a iniciativa de se afastar ou evitar interações sociais com o objetivo de não passar por situações estigmatizantes: “*Não me sinto à vontade p’ra conversar com algumas pessoas porque eu fico em silêncio, porque eu sinto que algumas pessoas conversam comigo com aquele receio de mim [...] E as pessoas não querem conversar com doido.*” (Leonor, parda, 47 anos, solteira). Deste modo, algumas entrevistadas têm contato praticamente restrito a pessoas da família e ao pessoal do CAPS.

Outras, porém, sustentam relações mais preservadas e fazem parte da vida comunitária nos territórios onde vivem. Nestes contextos, atividades como a prática de ginástica em grupo e a frequência de cultos religiosos são utilizadas por elas inclusive enquanto recurso terapêutico. Ter amigos também ajuda a saúde mental:

E com os meus amigos, eu tento manter o vínculo, tento não ficar me martirizando com a doença, com os problemas [...] Eu gosto de assistir filme e passear (Alexandra, branca, 32 anos, namorando).

Hoje, eu não caminhei, mas eu caminho. Quando eu não vou p’ra ginástica, eu caminho. Eu faço ginástica com elas (amigas) lá na capelinha de (localização) (Catarina, branca, 56 anos, divorciada).

Tenho muitos amigos, graças a Deus. Eles me ajudam. Conversam comigo, dão conselho, sentem quando eu não ‘tou bem. ‘Deolinda, vamos lá p’ra casa, vem conversar’. Eles me dão apoio, conversam comigo. Não me discrimina, me ajudam e eu gosto [...] Eu gosto de observar outras coisas, curtir a vida, sair, eu vou na rua, faço compra, eu gosto de tomar um sorvete na praça. Eu gosto de ver as coisas na rua, de entrar em loja p’ra observar as coisas mais baratas, as coisas mais bonitas (Deolinda, parda, 52 anos, casada).

Algumas particularidades das falas acima merecem atenção. Deolinda associa a sua liberdade para passear e ter amigas fora do ambiente do CAPS ao fato de o marido não ser uma pessoa que cerceia a sua liberdade. Se quer passear, vai. Se quer sair com as amigas, sai. Não precisa de permissões. Tal informação reflete que relações mais igualitárias de gênero podem constituir um aspecto decisivo nos itinerários terapêuticos de pessoas com diagnóstico psiquiátrico.

Outro aspecto que merece destaque nas falas de Deolinda, Alexandra e Catarina é que, ao saírem de casa para passear e/ou ver os amigos, têm contato com o mundo fora do lar, ao contrário de outras mulheres entrevistadas, que ficam, por vezes, confinadas no espaço doméstico. O contato com o mundo “além lar” sinaliza que estão gastando tempo e disponibilidade com elas mesmas;

que podem pensar mais nas próprias necessidades, que tentam preservar os próprios interesses e conservar a vida social em detrimento do transtorno mental enquanto cerne de suas existências.

Considerações finais

Viver com transtorno mental não se limita a experimentar os sintomas, mas também o estigma (e o autoestigma) nas variadas interações sociais cotidianas. Tudo isto remete para o fato de que o transtorno mental, embora constitua uma realidade material, está enquadrado socialmente por processos sociais e políticos, entre estes, as crenças sobre o que homens e mulheres devem ser. Ou, mais especificamente, a experiência de vivenciar um transtorno mental está atravessada pelas relações sociais de gênero, classe e raça numa totalidade contraditória e complexa, que é o capitalismo contemporâneo.

Acreditamos que um aspecto útil do presente trabalho é o foco na análise de como as mulheres tematizam as suas experiências. Muitas produções científicas no campo da saúde mental estão voltadas para as perspectivas dos/as trabalhadores/as e gestores/as em detrimento dos pontos de vista das pessoas que experienciam um transtorno mental. Acaba se conhecendo pouco sobre o que aquelas pensam, sentem, o que vivenciam no cotidiano e pode ter relação com o sofrimento psíquico, o que necessitam, que alterações sentem na vida ao vivenciar uma carreira moral de doente, que recursos mobilizam para lidar com a doença, quais os pontos de fragilidade e de força das suas trajetórias. Há visões e versões distintas das de discursos hegemônicos e/ou com mais poder que precisam ser exploradas e podem oferecer importantes subsídios a serem incorporados por estudos, práticas e políticas voltadas ao cuidado em saúde mental. Resgatar os sujeitos e a dimensão (inter)subjetiva – claro que na constante tensão com os aspectos macrosocietários – está de acordo com as práticas impulsionadas pela reforma psiquiátrica brasileira.

Referências bibliográficas

- ALVES, Zélia; SILVA, Maria Helena - Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia, Ribeirão Preto* [Em linha]. 2 (1992), 61-69 [Consult. 6 Mai. 2022]. Disponível em: WWW:<URL: <https://www.scielo.br/j/paideia/a/yKQmzXgZMrdhBCMkdbYvJYj/?format=pdf&lang=pt>>. ISSN 1982-4327.
- AMARANTE, Paulo - *Saúde mental e atenção psicossocial*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. 120 p. ISBN 978-85-7541-135-3.
- ANDRADE, Ana Paula - *Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da reforma*

- psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012. Tese de doutoramento.
- ARRUZZA, Cinzia - Considerações sobre o gênero: reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. *Outubro Revista* [Em linha]. 23 (2015), 33-58 [Consult. 20 Mai. 2022]. Disponível em: WWW:<URL: <http://outubrorevista.com.br/consideracoes-sobre-genero-reabrindo-o-debate-sobre-patriarcado-eou-capitalismo/>>. ISSN 1516-6333.
- ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy - *Feminismo para os 99%. Um Manifesto*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2019. 100 p. ISBN 978-85-7559-681-4.
- BADINTER, Elizabeth - *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 372 p. ISBN 8520906036.
- BERGER, Peter; LUCKMANN, Thomas - *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. 24ª ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 243 p. ISBN 9758532605986.
- CONNELL, Raewyn - Género, salud y teoría: conceptualizando el tema em perspectiva mundial y local. *Nómadas* [Em linha]. 39 (2013), 63-77 [Consult. 28 mar. 2022]. Disponível em: WWW:<URL: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75502013000200005>. ISSN 1578-6730.
- CONNELL, Raewyn.; PEARSE, Rebecca - *Gênero: uma perspectiva global. Compreendendo o gênero - da esfera pessoal à política - no mundo contemporâneo*. 3ª ed. São Paulo: nVersos, 2015. 325 p. ISBN 9788584440634.
- FERRAROTTI, Franco - Sobre la autonomía del método biográfico. In MARINAS, Jose Miguel; SANTAMARINA, Cristina - *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate, 1993, ISBN 9788474447231. p. 121-128.
- GOFFMAN, Erving - *Manicômios, prisões e conventos*. 9ª ed. São Paulo: Perspectiva, 1974. 312 p. ISBN 8527302020.
- GOFFMAN, Erving - *Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização, 2004.
- LEFF, Julian.; WARNER, Richard - *Inclusão social de pessoas com doenças mentais*. 1ª ed. Coimbra: Almedina, 2008. 267 p. ISBN 9789724035567.
- NOVAES, Joana - *O intolerável peso da feiúra: sobre as mulheres e seus corpos*. Rio de Janeiro: Garamond/Ed. Puc Rio, 2006. 272 p. ISBN 8576171090.
- PEGORARO, Renata - *Receber e prover cuidados: a trajetória de uma mulher em sofrimento psíquico*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, 2007. 272 p. Tese de doutoramento.
- RABELO, Miriam - A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In RABELO, Miriam; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara - *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. ISBN 858567668X. p. 205-227.
- RABELO, Miriam; ALVES, Paulo César - Tecendo self e emoção nas narrativas de nervoso. In RABELO, Miriam; ALVES, Paulo César; SOUZA, Iara - *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. ISBN 858567668X. p. 187 - 204.
- ROSA, Lúcia - *Transtorno mental e o cuidado na família*. São Paulo: Cortez, 2003. 368 p. ISBN 9788524909207.
- SALLES, Mariana; BARROS, Sônia - Inclusão social de pessoas com transtornos mentais: a construção de redes sociais na vida cotidiana. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* [Em linha]. 7:8 (2013), 2129-2132 [Consult. 28 mar. 2022]. Disponível em: WWW:<URL <https://www.scielo.br/j/csc/a/XhFMXKJchz7T6K4BqLkp3y/?format=pdf&lang=pt>> ISSN 1678-4561.
- SANTOS, Ana Maria Corbi - *Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS - Araraquara SP*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2008. 180 p. Dissertação de mestrado.
- VASCONCELOS, Eduardo Mourão - *Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental*. 1ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/EncantArte, 2005. 248 p. ISBN 9788527107013.
- VENTURINI, Ernesto - A desinstitucionalização no Brasil: limites e possibilidades. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano* [Em linha]. 20:1 (2010), 138-151. [Consult. 20 mar. 2022]. Disponível em: WWW:<URL http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822010000100018> ISSN 2175-3598.
- YIN, Robert - *Estudo de casos: planejamento e métodos*. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2001. 200 p. ISBN 85-7307-852-9.
- YUASA, Cristina - *A depressão feminina no discurso de mulheres*. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2012. 194 p. Dissertação de mestrado.
- ZANELLO, Valeska - *Curso - Saúde Mental & Gênero - Módulo II*. 2016.

[Consult. 27 mar. 2022]. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=nSTTP7ftzKc>.

ZANELLO, Valeska - *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. 1ª ed. Curitiba: Appris, 2018. 301 p. ISBN-10: 8547310282

ISSN 2182-7672

