



Este artigo está licenciado sob uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional.

Você tem direito de:

Compartilhar — copiar e redistribuir o material em qualquer suporte ou formato.

Adaptar — remixar, transformar, e criar a partir do material para qualquer fim, mesmo que comercial.

De acordo com os termos seguintes:

Atribuição — Você deve dar o **crédito apropriado**, fornecer um link para a licença e **indicar se mudanças foram feitas**. Você deve fazê-lo em qualquer circunstância razoável, mas de maneira alguma que sugira ao licenciante a apoiar você ou o seu uso.

Sem restrições adicionais — Você não pode aplicar termos jurídicos ou medidas de caráter tecnológico que restrinjam legalmente outros de fazerem algo que a licença permita.



This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 Unported International.

You are free to:

Share — copy and redistribute the material in any medium or format.

Adapt — remix, transform, and build upon the material for any purpose, even commercially.

Under the following terms:

Attribution — You must give **appropriate credit**, provide a link to the license, and **indicate if changes were made**. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.

No additional restrictions — You may not apply legal terms or technological measures that legally restrict others from doing anything the license permits.

Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico

Valeska Zanello,* Gabriela Fiuza, Humberto Soares Costa

Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil

Resumo

A partir das contribuições do estudo de Zanello e Bukowitz (2011) acerca da participação dos valores e ideais de gênero presentes no sofrimento psíquico de pacientes em crise, internados em um hospital psiquiátrico, o presente trabalho teve como escopo investigar o modo como se dava esta participação em usuári@s de um Centro de Atenção Psicossocial em Brasília. A partir da análise de conteúdo de 15 entrevistas semiestruturadas, os resultados apontam que a experiência do adoecimento psíquico é gendrada e coloca em xeque de maneiras distintas homens e mulheres em processo de tratamento em saúde mental: enquanto a fala delas é marcada sobretudo pelo sofrimento em não conseguir maternar e dar conta dos afazeres domésticos, além de um lugar de silenciamento; na deles destacou-se o sofrimento em não poder trabalhar e prover a família, além da importância e dificuldade em se manter em uma sexualidade masculina hegemônica de “comedor”.

Palavras-chave: saúde mental; gênero; sofrimento psíquico; loucura; CAPS

Gender and mental health: gendered facets of psychological suffering

Abstract

From the contributions of the study of Zanello and Bukowitz (2011) on the participation of gender values and ideals present in psychological suffering of patients in crisis in a psychiatric hospital, the present study aimed to investigate the aspects of this participation in users of a Psychosocial Care Center in Brasilia. From the content analysis of 15 semi-structured interviews the results suggest that the experience of mental illness is gendered and puts in check in distinct ways men and women under mental health treatment: the women's speech is particularly marked by suffering for not being able to parent and take care of household chores, as well as a place of silencing; in the men's speech the suffering for not being able to work and provide for the family prevailed, in addition to the importance and difficulty in maintaining an hegemonic male sexuality of “womanizer”.

Keywords: mental health; gender; psychic suffering; madness; CAPS

Os estudos feministas sobre gênero surgiram nos anos 1960/1970 visando a desconstrução do feminino e da ideia de essência feminina, assim como dos lugares sociais desprivilegiados que eram destinados à mulher (NICHOLSON, 2000). De uma concepção sob um viés monolítico, progressivamente foi-se pensando a necessidade de compreensão a partir de uma lógica polifônica, no plural: mulheres. A ideia de “mulher”, compreendida sob uma tendência essencialista, foi sendo substituída pelas diversas possibilidades em suas interseccionalidades com raça/etnia e classe social, por exemplo. Os estudos feministas passaram a enfatizar também o caráter relacional da categoria, ressaltando a impossibilidade de se estudar “homens” e “mulheres” separadamente (SCOTT, 1990). Isto porque, como apontam Zanello e Bukowitz (2011, *online*), “os papéis de gênero e as categorias a eles relacionadas são complementares, superpostas, pertencendo a um mesmo modo de funcionamento social”.

Em outras palavras, o conceito de gênero contrapôs-se ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. No entanto, manter a diferença sexual como “fato” a partir do qual se dava a construção social de gênero também mostrou-se problemático, constituindo-se em uma nova forma de “fundacionalismo biológico” (NICHOLSON, 2000). A Terceira Onda do feminismo foi além, sobretudo com as contribuições de Judith Butler (2012), apontando que o gênero não é apenas uma construção social a partir da diferença

sexual, mas que a própria diferença sexual é uma construção de gênero, ou seja, o suposto fato biológico é “des-coberto” a partir das possibilidades culturais.

Além disso, a Terceira Onda trouxe em seu bojo um movimento de desconstrução da ideia de identidade de gênero. Butler (2012) aponta o quanto o conceito de identidade é herdeiro de uma tradição metafísica ocidental marcada pela ideia de substância. Para ela, gênero não é, de maneira alguma, estável, tão pouco seria um *locus* operativo de onde procederiam os diferentes atos, mas antes, seria uma identidade debilmente construída no tempo, uma “identidade instituída por uma repetição estilizada de atos” (BUTLER, 1990, p. 297). Neste sentido, gênero é uma performance, a qual, via repetição estilizada dos atos, vai aos poucos se cristalizando, dando uma ideia (equivocada) de substancialização. Esta repetição não se dá livremente: como nos aponta a pensadora, há uma “estratégia de sobrevivência”, a qual sugere existir uma situação de coação social, claramente punitiva, na qual esta performance se dá. Assim, o tornar-se mulher ou o tornar-se homem, em nossa sociedade binária, seria “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (BUTLER, 1990, p. 300) de “mulher” ou de “homem”.

Neste sentido, como aponta a autora, o(s) impulso(s) feminista(s) tem surgido “do reconhecimento de que minha dor, meu silêncio, ou minha cólera, ou minha percepção não são finalmente somente minhas e que me localizam em uma situação cultural compartilhada que me permite

*Endereço para correspondência: Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte. CEP: 70910-900 - Brasília, DF - Brasil. E-mail: valeskazanello@uol.com.br, gabyfiuza@gmail.com, humberto.costa73@gmail.com

então habilitar-me e me capacitar em vias insuspeitáveis” (BUTLER, 1990, p. 301). Como se dá a participação desta partilha social do gênero no sofrimento psíquico grave?

Embora uma leitura do campo da saúde mental sob o viés de gênero ainda seja incipiente, alguns estudos já apontam a importância dessa articulação (ZANELLO; SILVA, 2012; SANTOS, 2009; ANDRADE, 2014), ressaltando que a própria experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente. Em estudo realizado em uma ala de internação psiquiátrica, Zanello e Bukowitz (2011) sublinham o quanto o sofrimento e o funcionamento narcísico do sujeito são mediados e constituídos por valores de gênero, destacando a “quebra psíquica” como um evento não aleatório. As autoras encontraram, neste sentido, uma prevalência (77%) de falas marcadas por queixas relacionais (amorosas, familiares e outras) dentre as mulheres (além de uma afirmação viril pela beleza, sexo, autoenaltcimento e capacidade de cuidar) e discursos marcados (71%) pela virilidade sexual, laborativa, de força física, fama e riqueza (além de queixas amorosas, familiares e outras) dentre os homens. No caso dos homens, esta afirmação viril mostrava-se ainda mais exacerbada na constituição do delírio. As autoras sublinham o quanto o sofrimento (e a reação a ele) é construído socialmente e moldado segundo os valores e ideais estereotipados de gênero, havendo caminhos privilegiados (porém não excludentes) de subjetivação (distintos) para homens e mulheres, os quais se tornam evidentes na expressão do adoecimento psíquico.

Casares (2008) define o conceito de estereótipo como construção social, fortemente arraigada na consciência, constituinte do mundo simbólico e que escapa ao controle da razão. Segundo ela, os estereótipos sustentam a desigualdade e a relação de poder hierárquica entre os gêneros, reafirmando os valores sociais e constituindo espaços privilegiados em uma certa formação identitária. Em outras palavras, privilegiam determinados padrões emocionais e comportamentais (“performances”) que definem, binariamente, o que seria um “homem” e o que seria uma “mulher”. Neste sentido, a experiência subjetiva de “ser um homem” e “ser uma mulher” é alterada em conformidade com os valores culturais gendrados de uma sociedade e atuam nas interpretações dos indivíduos sobre si mesmos e sobre os outros, bem como na esfera do sofrimento psíquico desses indivíduos. Conforme afirma Santos (2009), na mesma direção de Butler (2012, p. 1178), “aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social”.

Nos estudos realizados por Zanello e Gomes (2010) e Zanello e Romero (2012), apontam-se valores e ideais relacionados a homens e mulheres (de diversas faixas etárias e classes sociais) dentro de nossa cultura. De acordo com as autoras, as categorias valorizadas nas mulheres percorrem três eixos: renúncia sexual; traços de caráter

relacional e beleza estética. Os homens, por sua vez, são valorizados em relação à virilidade sexual (comportamento sexual ativo) e laborativa (ser “provedor”).

No que tange às mulheres, em nossa cultura sua imagem se confunde com a da beleza, marcada, sobretudo, por um modelo lipofóbico (NOVAES, 2006). Veicula-se a noção de que esse padrão ideal é acessível a todas as mulheres e que, portanto, aquela que não se encontra dentro dele é julgada por um crivo moral, considerada inferior, “menos mulher”: “Ela pode ser bonita, deve ser bonita, do contrário não será totalmente mulher” (NOVAES, 2006; p. 85). Essa moralização do corpo feminino decorre de uma transformação da estética para valores éticos, de maneira que cabe à mulher os cuidados com seu corpo e o dever moral de ser bela. Tem-se uma passagem de um modelo de poder repressivo/normativo para outro constitutivo: “a eficácia das práticas disciplinares é maior quando não são vividas como demandas externas ao sujeito, mas como comportamentos auto-gerados e auto-regulados” (FOUCAULT, 1977, p. 136). Ou seja, o ideal de beleza (lipofóbica) é vivenciado como uma escolha pessoal e não um assujeitamento.

A respeito da renúncia sexual e dos traços de caráter relacionais, a ideia de “verdadeira mulher” é perpassada pelo valor da contenção/recato da sexualidade e o exercício de cuidados (amor) ao outro (BORDO, 1997; PERROT, 2003; SWAIN, 2006; ZANELLO; ROMERO, 2012) – expressos no desempenho dos papéis de esposa, dona de casa e, principalmente, mãe (SWAIN, 2011). A esfera que cabe à mulher é a da família, onde o ideal de existência que encontra é o viver para os outros. Estar fora deste espaço não é somente considerado uma violação social, mas é visto como uma “desnaturalização”.

O que está em jogo aqui é o que Swain (2006) denomina de “dispositivo amoroso”. Como nos diz a autora, esse mecanismo de subjetivação constrói corpos-em-mulher, prontos a se sacrificar, a viver no esquecimento de si por amor a outrem:

Nas fendas do dispositivo da sexualidade, as mulheres são “diferentes”, isto é, sua construção em prática e representações sociais sofre a interferência de um outro dispositivo: o amoroso. [...] O amor está para as mulheres o que o sexo está para os homens: necessidade, razão de viver, razão de ser, fundamento identitário (SWAIN, 2006, *online*).

É o retrato da prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”: devem ser dóceis, amorosas, devotadas, recatadas e, sobretudo, amantes. A exigência social para que cumpram este padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-as em uma vivência de impotência, apagada. Nesse sentido, Garcia (1995) aponta a depressão, ainda que esta não conduza a um tratamento psiquiátrico, como uma condição da existência feminina, que, na impossibilidade de expressar-se, implode.

No que se refere aos homens, o ideal valorizado em “um homem de verdade” segue uma lógica fállica, de virilidade, que se firma em duas vias: pelo exercício ativo de sua sexualidade (“pegador”), mas também pelos aspectos relacionados à produtividade laboral (ZANELLO; GO-

MES, 2010). Ao contrário das mulheres, destinadas a uma existência marcada pelo silenciamento, a representação da masculinidade não trata apenas de atingir um padrão viril assumido como dominante, “mas de parecer, transparecer, demonstrar essa situação” (AZIZE; ARAÚJO, 2003, p. 141). Ou seja, o que conta é a excelência de desempenho (WELZER-LANG, 2004). Badinter (1992) aponta assim que “ser homem” é uma construção que ocorre no imperativo: implica em assumir uma postura ativa de ter que provar a todo momento que se é, “de fato”, “homem”. Isto é, a virilidade masculina deve ser fabricada e afirmada em todas as circunstâncias para ser validada.

No entanto, conforme sublinham Zanello e Bukowitz (2011, *online*), essa exigência para que os homens cumpram ou realizem sua “essência” masculina é motivadora de tensões e conflitos permanentes, uma vez que “os homens acabariam assim por serem oprimidos por sua própria opressão”, adocendo nesse lugar daquele que tem que dar conta de tudo (a todo custo).

Por sua vez, Santos (2009) aponta o adoecimento psíquico masculino como um fracasso social, considerando que o homem “doente” é excluído da esfera pública e confinado no espaço privado, marcado pela rotina e ociosidade. Podemos ainda acrescentar a essa perda de lugar social de provedor, a impotência sexual decorrente da medicação, resultando numa falência completa dos aspectos mais valorados na constituição masculina. Trata-se de uma impotência “forçada” (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011) que estagna o louco em um novo lugar social.

Assim, ao se questionar uma prática reificadora no campo da saúde mental, que acaba por coisificar a “doença” e reduzir o sujeito a um corpo biológico (assim como a compreensão prevalente na cultura reduz as diferenças de gênero a mecanismos biológicos e hormonais), a análise das relações de gênero pode propiciar uma ampliação dos debates, uma vez que destaca aspectos gendrados da experiência do sofrimento psíquico (ZANELLO; BUKOWITZ, 2011; ZANELLO, 2014a).

A presente pesquisa teve como escopo analisar como a “loucura”, ou o sofrimento psíquico grave (porém não em crise, como no estudo realizado por Zanello e Bukowitz, 2011), coloca em xeque os sujeitos e o modo como os valores e ideais de gênero participam da configuração e constituição do sofrimento.

O objetivo maior é possibilitar pensar em estratégias de intervenção em saúde mental que levem em conta as especificidades das diferenças de gênero no que tange ao adoecimento psíquico.¹ Práticas com esse viés já foram realizadas (ZANELLO; SOUSA, 2009) com evidência de resultados satisfatórios. No entanto, as alternativas de intervenção ainda são escassas (ANDRADE, 2010).

Método

Foram realizadas 15 entrevistas com usuáris de um Centro de Atenção Psicossocial de Brasília (8 homens e 7 mulheres). As entrevistas se deram após a assinatura do

¹ Este objetivo é uma das diretrizes do grupo de pesquisa “Saúde Mental e Gênero”, coordenado pela professora Valeska Zanello, junto ao Laboratório de Psicopatologia, Psicanálise e Linguagem do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura/ UnB.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Isto implica que a usuária ou o usuário não apresentava nenhum tipo de doença ou lesão que lhes retirasse o exercício da consciência e da vontade (estes sujeitos não foram contemplados na pesquisa).

As entrevistas, baseadas em um questionário semiestruturado, transcorreram em uma sala da instituição entre os meses de novembro de 2013 a maio de 2014, e tiveram a duração média de 1 hora. Todas as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O material obtido foi separado em dois grupos: entrevistas de homens e entrevistas de mulheres e, então, submetido a uma análise de conteúdo (BARDIN, 1977) para levantamento de eixos temáticos/semânticos importantes (bem como sua frequência) nas falas colhidas, a partir da ótica das relações de gênero.

Com a intenção de resguardar o sigilo e a ética, todos os dados que pudessem identificar a instituição ou o sujeito entrevistado foram devidamente retirados dos fragmentos a serem utilizados nos resultados. Os nomes citados no presente trabalho são fictícios. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília.

Resultados e Discussão

A partir da análise de conteúdo das falas dos(as) usuáris(as), diferentes categorias foram criadas para os dois grupos analisados, totalizando 7 categorias para as mulheres e 5 para os homens. Os resultados apontam que a experiência do adoecimento psíquico e o sentido/vivência da doença são gendrados, colocando em xeque de maneiras distintas homens e mulheres: no geral, enquanto elas se queixam que a doença atrapalha o exercício de cuidado dos filhos e do lar (deveres domésticos), eles sofrem pela não-productividade.

Destacaram-se no discurso feminino 1) os dispositivos da maternidade (100%) e do casamento (85,7%); 2) sofrimento de violência, seja sexual (71,4%), física (71,4%) ou psicológica (14,2%); 3) sexo (57,1%); 4) trabalho (57,1%); 5) invisibilização do sofrimento (85,7%) por ela mesma ou por outras pessoas; 6) sofrimento por não se adequar dentro de um ideal estético (57,14%) e 7) o lugar de silêncio (100%), privilegiado na socialização feminina. Nos homens, a virilidade surgiu como principal tema, em suas facetas 1) laborativa (100%); 2) sexual (87,5%) e 3) física (50%), destacando-se sob dois aspectos: a) a questão da temporalidade, ancorando a virilidade no passado como refúgio narcísico e identitário para lidar com a atual impotência (ZANELLO; CAMPOS; HENDERSON, no prelo) e, b) a intensidade do aparecimento dessa categoria na fala de psicóticos e não-psicóticos. Nestes, a virilidade apareceu enquanto queixa e naqueles, de maneira exacerbada/inflacionada, como modo de proteção narcísica. As outras categorias levantadas no

discurso masculino referem-se à 4) vulnerabilidade socioeconômica (62,5%) e à 5) vulnerabilidade dos vínculos familiares e da rede social (87,5%).

No que concerne às mulheres, o casamento, enquanto dispositivo de manutenção dos papéis tradicionais de gênero, apareceu em 6 das 7 entrevistas realizadas. Em 83% dos casos, o matrimônio foi evidenciado como salvação (“salva-dor”) de uma precariedade financeira e/ou moral da mulher, ou ainda, como uma solução para o desejo de sair de casa em decorrência de uma convivência conflituosa com os pais. A respeito da questão moral, o casamento foi visto como salvação para a perda da virgindade – e aqui, lê-se “dignidade” –, sobretudo após o sofrimento de uma violência sexual. Por exemplo, Simone, 31 anos, se culpa pelo estupro que sofreu quando ainda era criança e ressentida essa situação de violência como algo que maculou sua índole. Nesse sentido, o papel e o valor do casamento representam a chancela de que ela é uma mulher digna e de respeito:

Eu pensava: “eu não valho nada”. Quando eu comecei a namorar que saiu essas coisas da minha cabeça, entendeu? Que eu casei [...] Nessa minha vida, no passado, eu não tive escolha não. Mas graças a Deus eu consegui casar, constituir família (pausa) porque hoje é assim, é gente, é mulher de verdade, se tiver casada, sua família, ser honesto – que esse lado eu sou –, mas se souber de uma falhinha no seu passado é perigoso você não valer mais nada na boca do povo, entendeu? E eu não quero ser isso.

Com Leonor (33 anos), vítima de estupro na adolescência, não é diferente. A paciente relata que foi muito ruim crescer com essa história de violência, mas agradece a Deus o aparecimento do marido em sua vida.

O casamento apareceu ainda sob o aspecto negativo de não ter sido “a escolhida”, “a mulher para se casar”, revelando o enorme sofrimento daquela que ocupa esse lugar:

Eu vejo as meninas da minha idade tudo saindo pra namorar, e estudando e tendo suas vidas, tanta coisa, e ganhando seus ursos, suas flores, suas rosas e eu não ganhava flores, não ganhava presente, não ganhava nada. [...]. Várias vezes eu tentei me matar com medicamento, mas quando eu percebi que não ia dar certo [...].

Entrevistadora: *Mas se matar por quê?*

Por causa da situação que eu tava, estava em um estado deplorável, todas as meninas que tiveram filhos na mesma época que eu tiveram seus maridos, namorados, e eu solteira o tempo todo. (Fátima, 28 anos).

No caso de Fátima, ter sido “mãe solteira” na adolescência é fonte de enorme sofrimento, sobretudo porque essa vivência – atrelada ao ganho de peso depois que teve a filha – é ressentida pela paciente como algo que a tirou do “mercado amoroso”, fazendo-a ficar na posição daquela que não serve mais para casar. Isso aponta para uma especificidade de gênero na nossa cultura: às mulheres é permitido o desejo sexual, desde que este seja chancelado por um casamento. O sexo vivenciado fora da instituição do matrimônio é visto como algo desmo-

ralizante, que suja o caráter de uma mulher. “Maculada”, restou a Fátima ocupar o lugar da “outra” que oferece o corpo para ser desfrutado, possuído e descartado:

Aí ele usava e abusava de mim, porque a namoradinha dele tinha que ser virgem, né? Tinha que ser virgem [...] E eu que tinha que tá na pior depois de tudo isso. [...] Eu queria mesmo era estar com alguém, mas que gostasse de mim, que me aceitasse do jeito que eu sou, que me defendesse desses caras porque nessa situação ninguém vai poder chegar em mim e fazer as covardias que eu já vivi.

No tocante à categoria “sexo” (57,1%), as falas das pacientes expressam uma conformidade com os valores de nossa sociedade patriarcal que subjuga o corpo da mulher ao status de objeto do homem. No discurso das pacientes entrevistadas, o sexo foi apontado como sinônimo de cumprir deveres matrimoniais e como valor simbólico de troca, ceder.

Como salienta Zanello (2014b), a coerção sexual é naturalizada e legitimada em nossa cultura, de modo a invisibilizar seu caráter de violência. A autora destaca que a vivência do sexo no casamento pela mulher se dá, muitas vezes, como débito conjugal, no qual a mulher experimenta sentimentos antagônicos de servidão e repulsa, se auto violentando, numa lógica onde o dispositivo amoroso se faz imperativo.

Rosa (47 anos, divorciada e mãe de dois filhos) relata que a única possibilidade de mobilidade social que encontra em sua vida é o “véio”, um senhor de quase 70 anos, com quem pretende se casar:

porque eu vou ter que me segurar nesse véio mesmo, assim, eu vou ter que segurar nele mesmo e pra eu ter uma convivência com ele vou ter que ceder (sexo). Aí comecei a pedir a Deus, tô me pegando muito com Deus pra melhorar meu coração e aceitar, porque é o único escape, a única solução que eu vejo na minha vida. Eu não vejo outra saída pra mim [...]. Por isso que eu tô me segurando nesse véio [...]. Porque eu não tenho planos nenhum. Aí pelo menos o arroz e o feijão não vai faltar [...]. Eu já disse a Gisele (filha): ‘eu pago um preço muito alto por você’. Se eu tiver que ficar com esse homem é por você’. Eu já pedi a ela pra gente se conformar com a vida que tem, mas ela me cobra muito [...]. Aí pronto, aí me assujeitei. Mas aí meu Deus, aquela coisa quando ele me toca, me sinto tão mal [...] Sem vontade. Se eu tivesse que ganhar a vida, fosse nessa profissão, eu tava lascada, porque eu não consigo.

Na relação em que Rosa se encontra atualmente, o sexo é usado como moeda de troca, não cabendo o desejo dela em fazer ou não fazer. Mathieu (1985) sublinha que, nestes casos, trata-se muito mais de um ceder por parte da mulher, do que de consentir. A paciente se sacrifica ao casamento – e ao sexo não consentido – por causa da maternidade.

Nesse mesmo sentido de uma subjetivação disposta a sacrifícios, Anita (57 anos) confessa:

Você não vende seu corpo só por dinheiro, você vende seu corpo na maternidade também, né? [...]. É muito difícil (manter o papel de mãe). Você tem que ter consciência e abrir mão muitas vezes do que você defenderia como dis-

curso de independência, de tal, de tal e tal [...]. O seu papel de mãe tem que ser cumprido, não importa quais sejam as situações que estejam aí fazendo obstáculos, né? A sua posição maternal, tu vai dizer sim e esse sim vai significar pra ela (filha de Anita) um adiantado.

O dispositivo da maternidade apareceu em todas as entrevistas com mulheres, sobretudo no tocante aos aspectos negativos do exercício da função materna, revelando que o sentido da maternidade para essas mulheres trata-se da vivência de uma abnegação completa de si e que, quando não é atingido – e não é, posto que esse sentido é ideal – traz culpa por não ter cumprido o papel de “verdadeira mãe”. Dentre os pontos negativos, destacaram-se o sofrimento decorrente do não reconhecimento dos filhos (42,8%) e as queixas por não dar conta/não ter podido maternar (100%).

A respeito de não conseguir exercer com excelência a função materna, no geral, essa posição de queixume apareceu como consequência do adoecimento, que atrapalha ou impede o exercício de cuidado dos filhos. É importante ressaltar que, nesses casos, a categoria “trabalho” – aqui compreendida como “tarefas do lar” – apareceu atrelada aos dilemas da maternidade, enquanto expressão do sofrimento dessas mulheres por não conseguir cumprir os deveres domésticos (o outro sentido atribuído ao trabalho na fala das pacientes refere-se à importância do dinheiro como auxílio para a situação financeira familiar ou como meio de prover o sustento dos filhos, quando mãe solteira. Só houve um exemplo para cada situação).

A fala de Simone exemplifica essa associação:

Porque, tipo assim, você tem um esposo, que trabalha todo dia, chega a noite ele quer comida nas panelas cozida, os meninos limpo, você limpa numa cama forradinha. E não era isso que acontecia. Eu não dava conta. [...] Aquilo pra mim era o fim do mundo. Se hoje Deus me desse saúde, era amanhecer o dia e eu fazendo as coisas dentro de casa. E cuidar das minhas filhas. Era o que eu tinha vontade. De deixar tudo organizado, mas simplesmente hoje não é assim. Eu faço o dia que eu dou conta.

Os outros aspectos negativos encontrados no discurso sobre a maternidade exercida foram a associação do fracasso dos filhos como um fracasso pessoal (14,2%) e a vivência de uma maternidade solitária (42,8%), seja porque foi mãe cedo – na adolescência – e ressentiu a maternidade como exclusão do meio social, ou porque maternou sozinha, sem ajuda do pai da criança. Em relação aos aspectos positivos da maternidade exercida, estes apareceram em 57,1% das falas das entrevistadas em duas direções: como salvadora, no sentido de um caminho de realização para a vida dessas mulheres, e como ponto identitário, numa associação em que o sucesso dos filhos coroa seu sucesso como mãe.

No que concerne à maternidade recebida, 71,4% das entrevistadas falaram sobre suas mães. Dessas, 60% ressaltou aspectos negativos: mães agressivas,

ausentes/presença-ausente e que agiam como filhas. Apenas duas entrevistadas relataram ter bom relacionamento com as mães.

Outra categoria evidente nas entrevistas refere-se à posição de silenciamento apresentada por essas mulheres. Conforme afirmamos na introdução, a socialização feminina privilegia este lugar de silêncio (PERROT, 2003; GARCIA, 1995), no qual a mulher deve estar atenta e tomar cuidado com o que diz e a maneira como age, mostrando-se recatada, polida, contida e calada. O silêncio apareceu em 100% das entrevistas, porém, com sentidos diferentes, às vezes associados em uma mesma situação. São eles: 1) mecanismo de defesa, a fim de evitar brigas (28,5%); 2) religião como forma de apaziguamento e silenciamento – função domesticadora – (14,2%) e, por fim, 3) condição de existência e consequente caminho privilegiado de adoecimento – implosão (85,7%).

Rosa, ao explicar o motivo de se encontrar em estado de depressão diz: “[...] isso é coisa que eu venho juntando desde a infância [...] Mágoa, rancor, raiva [...]. Assim, tudo meu eu guardo, eu tranco. Aí eu fui juntando e agora, depois de velha, piorou mais”. Fátima, por sua vez, relata:

As coisas comigo sempre foram de me fazer forte, sabe? Nada foi fácil, aí eu fico só me fazendo de forte mas tem hora que eu choro, que eu me desabo mesmo. Dor até sinto mas não demonstro essa impressão de dor sabe? E aí eu vim, eu vim nessa luta de muito tempo né? Só que a cabeça foi o que adoeceu, porque eu fui guardando tudo isso comigo.

Como aponta Garcia (1995, p. 115), “ser mulher em uma sociedade profundamente patriarcal leva um número desproporcional delas a entrar em colapso”. Isso porque, segundo a autora, a ausência de alternativas e de dialética para o “ser mulher” aprisiona sua vida “num estado de impotência lamuriosa” (GARCIA, 1995, p. 117), no qual a única saída encontrada pelas mulheres à restrição de sua existência é mergulhar em uma profunda depressão. Desse modo, Garcia (1995, p. 117) nos diz que “a depressão e autoanulação são as expressões mais lógicas numa situação onde não há instrumentos de superação de uma crise que se incorporou durante toda uma vida”.

Nesse sentido, o relato da paciente Simone foi marcado por dois significantes, o “guentar” e o “passar mal”, que apareceram quase sempre juntos, revelando o silêncio enquanto núcleo organizador e mecanismo de defesa e, ao mesmo tempo, gerador de sofrimento psíquico para a paciente:

Eu calo, eu guento! Só que eu guento, mas nessa situação [...] Eu passo mal! Dependendo da coisa que eu for escutar, fica angustiada dentro de mim. Não sei porquê. Eu tô ali passando mal, querendo falar e não dou conta. Só que eu resisto, eu guento.

Trechos como esse, muito frequentes em seu discurso, foram contabilizados 27 vezes ao longo da entrevista.

Ocupando o silêncio o lugar social da existência feminina, não é de se espantar que nenhuma das entrevistadas tenha validado seu sofrimento. A invisibilização do sofrimento apareceu em 85,7% das entrevistas, sendo contabilizada em sua maioria como uma desqualificação

da própria paciente, mas também apareceu nos ambientes familiar e social ou, ainda, no âmbito judicial no que concerne às vítimas de violência física e sexual.

Observou-se que tanto o dizer “não”, como forma de se proteger, no sentido de colocar um limite, ou dizer o que está sentindo é ressentido como agressividade e é punido. Em vários relatos sobre suas “crises” as pacientes revelaram que é justamente no momento de “explosão” que elas conseguem se expressar fora dessa dinâmica estabelecida de silêncio. Norma (41 anos), por exemplo, diz:

Essa explosão, eu não aguentei. Não aguentei ficar calada, então eu batia porta, eu era agressiva, cheguei a bater nele mesmo (marido), não era calma. Na época eu aguentava tudo isso, segurava tudo isso, então quando ela explodiu eu não segurei nada disso, então depois que ela explodiu não sobrava mais nada.

Entrevistadora: *E o que você sentia antes de explodir?*

O que que eu sentia era uma angústia, alguma coisa presa, sentia uma [...] (pausa) sei lá, e dava vontade de sair correndo, mas ou menos isso, de gritar, sair gritando.

Do mesmo modo é o “funcionamento” de Fátima quando entra em “crise”. Ao relatar sobre seu primeiro surto, ela diz:

Eu só dizia que ia dar minha cara a tapa, que eu queria fazer e acontecer. Eu tava querendo explorar alguma coisa dentro de mim, fazer alguma coisa de mim que me mudasse, que pusesse respeito pras pessoas não zombarem tanto de mim [...]. Eu queria alguma revolta, alguma mudança, que eu era sempre aquela que sentava na frente, sempre a boazinha, nunca mostrava meu lado mal e assim ia.

Nesse sentido, cabe refletir se tais crises não representam uma maneira de se fazer ouvir, de não se calar.

Por fim, a última categoria encontrada no discurso feminino reflete o sofrimento por não se encaixar dentro de um ideal estético: 57,1% das falas das entrevistadas expressavam a impossibilidade de estar no lugar de objeto de desejo e a imensa tristeza em não corresponder a um padrão de beleza marcado, sobretudo, pela magreza (NOVAES, 2006). Desse modo, a obesidade apareceu como forte fator de sofrimento para as mulheres, o que casa com os resultados apontados por Zanello, Bukowitz e Coelho (2011) sobre o quanto os xingamentos relacionados ao corpo, especialmente ao excesso de peso, são considerados ofensivos quando direcionados às mulheres por ferirem o ideal de beleza típico de nossa cultura atual, lipofóbica. No entanto, há um agravante nesses casos porque as próprias crises e alguns medicamentos levam a um processo intenso do engordar. Os temas velhice e racismo (não ser branca), bem como a auto exigência para estar sempre bonita e apresentável socialmente, também apareceram como indicadores de sofrimento no que diz respeito a um ideal estético que precisa ser atingido.

Um aspecto que necessita ser destacado é que o ideal de beleza apareceu em muitas entrevistas referido no passado, marcando o sofrimento de agora por uma ruptura em relação ao ideal estético no qual a mulher já se encaixou e já foi desejada. Há um luto que não é bem realizado,

porque ainda faz sofrer, mas também porque de certa maneira revela um lugar que ela não mais ocupa, bem como o quanto esse lugar de objeto de desejo se vê, então, barrado. No relato de Rosa, vemos o quanto ela se sentia empoderada nessa posição de ser valorizada pelo olhar do outro, e o quanto não ocupar mais este lugar a faz sofrer:

Mas o que me entristece mais é porque eu fiquei gorda. Antes eu gostava porque era uma falsa magra quando eu era jovem [...]. Primeiro, que eu nunca aparentei a idade que eu tinha. Era bem 5, 6 anos a menos. E eu era uma magra, mas da bundona e da coxona. Todo canto que eu passava, sempre mexiam comigo. Tem gente que não gostava não, mas eu gostava. Tem um ditado que diz que quando uma mulher passa numa obra e tiver um monte de pedreiro e eles não mexem com ela, pode morrer. Ai agora eu passo, os homem faz é virar a cabeça, menina, ninguém olha mais pra mim. Ah, isso acaba comigo. Ai eu fico muito triste, muito triste. Eu gostava de fazer caminhada numa BR que tinha. Menina, era os caminhoneiro, os motoristas: Bi! Bi! Bibiiii!Biii! (faz o barulho de buzinas de carro). E agora, minha filha, eles passa por cima de mim pra não olhar. Ah, isso me machuca tanto”.

Em relação aos homens, conforme apontado na introdução, o ideal hegemônico de masculinidade em nossa cultura é marcado pela virilidade sexual e laborativa (WELZER-LANG, 2004; ZANELLO; GOMES, 2010), que se firma e é validada mediante a fabricação/demonstração de uma excelência de desempenho (BADINTER, 1992; AZIZE; ARAÚJO, 2003). Nesse sentido, a perda desse lugar privilegiado na socialização masculina é tida como fonte de sofrimento não só porque o homem “louco” se encontra impossibilitado de exercer sua função no meio social (SANTOS, 2009), mas principalmente porque se trata de uma perda enquanto aspecto identitário, constituinte de sua subjetividade e do seu modo de ser no mundo.

Essa dupla virilidade apareceu na fala dos entrevistados relacionada a aspectos positivos e negativos. A respeito da virilidade laborativa, a mesma foi ainda referida no tempo passado ou presente. No passado, foi possível classificar falas que denotavam tranquilidade – quando o paciente afirmava ter trabalhado muito e cumprido seu papel – ou seu oposto, desassossego – expresso como fonte de sofrimento por se ter trabalhado pouco ou de maneira insatisfatória. No presente, os aspectos positivos estavam relacionados a 1) vontade de querer dar um futuro diferente para os filhos; 2) desejo e potência para ser famoso e 3) riqueza, ter dinheiro; já os aspectos negativos expressavam sobretudo sofrimento e queixa por não produzir, e também falas relacionadas a uma exigência constante por mais trabalho e reclamações por ter que assumir o papel de provedor (e não conseguir não fazê-lo).

No geral, a relação entre passado e presente apareceu como um jogo de investimento pulsional, tendo uma função psicodinâmica: àquele que não cumpriu a virilidade laborativa no passado, exige-se cumprir agora. E o que cumpriu, tem seu sofrimento amenizado por não dar conta de exercer a produtividade atualmente. Um exemplo é Antônio (53 anos, casado e pai de cinco filhos), que, apesar de se encontrar em estado de não-productividade, enfatiza em

seu discurso que o diagnóstico de epilepsia não o impediu (no passado) de trabalhar e sustentar sua família. Como ele mesmo afirma, “já fiz. Já fiz o ideal. Além de todas as desavenças, apesar de todas as doenças, já fiz”. A ideia de virilidade laborativa esteve presente durante toda a fala de Antônio, de modo que os principais recortes feitos referem-se à sua satisfação e tranquilidade em ter cumprido o papel de provedor. Porém, apesar de ter se realizado nesta posição, o trabalho se apresenta como uma grande tentação, não só da ordem de um prazer, mas da ordem do dever. Nesse sentido, o paciente demonstra um conflito imenso e um trabalho constante no intuito de se colocar um limite para o alto índice de exigência que ele tem consigo mesmo. Ou seja, é no presente que Antônio tenta se dar o direito de relaxar e conseguir trabalhar menos:

Aí agora, com uma certa idade eu tenho que cair na real que o que eu tinha que fazer eu já fiz. Então o que meus filhos precisava de bom eu já consegui, então aquilo ali é uma parte que [...] Eu sei que eu tenho que ter é sossego! [...] Porque as vezes o agito, a força, o suor, também. Aquilo te mata.

Welzer-Lang (2004) aponta o quanto situações sociais como desemprego e aposentadoria colocam em xeque a virilidade masculina. Nesse sentido, o que se pode notar no relato de Antônio é que a questão da temporalidade (realce de um passado no qual cumpriu a virilidade laborativa) aparece como refúgio narcísico para lidar com a atual impotência produtiva. De maneira semelhante ocorre com Francisco (31 anos), que embora apresente como principal queixa a não-produtividade, ao falar sobre ela, exalta que, no passado, “trabalhava bem e muito”. Há nesses casos, um luto pela virilidade perdida, no sentido de um ressentimento por não ser mais “o mesmo”, mas também um conforto por ter cumprido com ela (produtividade) em um tempo passado.

O oposto é evidenciado por Inácio (56 anos). Em um extenso relato sobre sua vida, o paciente contou as dificuldades vivenciadas na infância, sempre abordando a fome e a pobreza que tanto marcaram sua história e só aumentaram com a morte da mãe e conseqüente abandono do pai. Diante dessa situação, cada um de seus irmãos foi para um lado e Inácio, ainda com 7 anos de idade, foi morar na rua: “Meu avô não me quis e meus irmãos, é claro, cada um tomou conta de sua vida. (...) Ai eu peguei e fui pra rua”. Atualmente, o paciente é casado, tem quatro filhos e uma situação financeira estável, com a qual consegue sustentar a família e ainda ajudar outras pessoas. No entanto, o fracasso de uma unidade familiar na infância é ressentida com culpa, sendo sua “missão” agora fazer as coisas darem certo com seus filhos e esposa. Inácio se culpa pelo destino de seus familiares e exige-se fazer diferente agora:

Eu me sinto, assim, que eu deixei de fazer muita coisa que eu devia ter feito, entendeu? É, ajudado mais minha irmã com educação, ter ajudado o meu pai a viver mais alguns anos, talvez ainda estaria vivo, a minha mãe que morreu de fome. Eu me sinto, assim, que eu poderia [...] Se eu tivesse

um conhecimento, se eu não fosse tão ignorante na época, de poder ter ajudado essas pessoas, sabe?

Entrevistador: *Você se sente culpado por não ter ajudado?*

Ah, sinto, sinto, sinto, sinto. Sinto culpado por não ter feito tudo isso e por outro lado eu passei toda essa culpa para os meus filhos tentarem corrigir isso neles, sabe? Tudo que eu fiz para eles foi só pensando em botar em um colégio, em ajudar, em passar horas e horas com eles.

Cabe ressaltar aqui que a relação com os filhos apareceu nas entrevistas atrelada ao lugar de provedor que o homem deve ocupar. Ou seja, a paternidade é vivenciada numa relação direta com o ideal de virilidade laborativa, de modo que cuidar dos filhos é ressentido como prover e o sucesso e conquista dos filhos atesta que seu investimento foi bem sucedido e coroa seu sucesso como pai. Nesse sentido, ao se ver impossibilitado de trabalhar em virtude da doença, o “louco” perde um ponto identitário (“performático”) que é seu elo com a família: ou ele é provedor, ou ele não é nada.

A faceta laboral da virilidade foi tão evidente no discurso masculino, que até “na hora da morte”, o homem se exige cumprir o papel de provedor. O paciente Jairo (51 anos), por exemplo, relata que muitas vezes pensou em se matar, chegando inclusive a preparar as burocracias necessárias para que, quando ele morresse, a esposa e o filho não ficassem desamparados. O que se percebe entre os homens é um funcionamento de autoexigência imensa, que se faz mortal no caso das neuroses, onde o sujeito tem que trabalhar “até na hora da morte”, ou que se realiza via delírio naqueles que funcionam numa psicose.

Conforme citado anteriormente, notou-se diferenças na intensidade de aparecimento da categoria virilidade (laboral, sexual ou física) na fala de psicóticos e não-psicóticos. Enquanto naqueles o discurso viril foi tomado de maneira exacerbada, revelando uma tonalidade delirante com função de proteção narcísica para estes pacientes, nestes, em contraponto, a virilidade tomou um lugar privilegiado de manifestação de conflitos neuróticos. Dos entrevistados, três eram casos de psicose. Em todos eles, embora as condições de cada um pudessem colocar em xeque sua masculinidade (ex: não trabalhar; morar com a mãe; não exercer atualmente atividade sexual), em seus relatos não há espaço para furos: é pura potência, virilidade.

No que concerne à virilidade laborativa, a mesma foi expressa pela exaltação de riquezas (“sou o homem dos 444 quatrilhões, o homem mais poderoso do mundo” afirma Henrique, 46 anos), aspiração e capacidade para ser famoso, ou, ainda, indiferença à não produtividade (“levei tudo na maior normalidade, teve problema não, nenhum choque não”, diz Pedro, 39 anos).

A respeito da virilidade sexual, os aspectos positivos encontrados no discurso masculino, exaltam, sobretudo, uma posição heterossexual e/ou ativa (ser comedor), no sentido de 1) exercer a sexualidade para provar que é homem (hetero); 2) afirmações da não relação sexual com outro homem ou exaltação de que “come” homens, mas também mulheres; 3) exaltação de bom desempenho sexual no passado como modo de

proteger a atual impotência; 4) afirmações de ter ou ter tido muitas mulheres e, por fim 5) afirmação de atributos físicos e potência sexual no presente.

Ao falar sobre sexo, Henrique é categórico: “*A carne é fraca e é boa, não mexe com ela se não eu te pico todo*”. O paciente assume sem rodeios manter relações sexuais com homens e mulheres, mas exalta que sua posição é de pegador: “*Eu já transei com homossexual, com viado, já transei com mulher*”. Entrevistador: “*Você é ativo ou passivo?*” “*Ativo*”. Entrevistador: “*E passivo nunca foi?*” “*Não, nunca*”. E como um “verdadeiro homem”, não deixa nenhuma oportunidade passar: “*Ai tinha uma menina lá, a menina tava pelada, né? Ai eu já falei: ‘pô, aqui é tipo o paraíso né?’ Ai já fui querer sentar na cama pra dar uma pimbada, né mano?*”. Pedro, por sua vez, garante toda sua potência exaltando que é extremamente fértil, podendo engravidar qualquer mulher com sua ejaculação: “*Eu sei que eu fui avisado que quando eu dormir com uma mulher, 9 meses depois o menino vai chorar. Não tem chance não. Que minha fertilidade é explosiva*”.

Em contraponto, os aspectos negativos ressaltaram, principalmente, o sofrimento por 1) não estar exercendo atualmente atividade sexual e/ou não conseguir chegar ao ápice (gozar); 2) não ter tido muitas mulheres e, por fim 3) ocupar uma posição passiva no ato sexual. Por exemplo, Marcelo, 46 anos, cresceu com o fantasma de ser rotulado como homossexual pelos outros. Essa ideia inconcebível e assustadora para o paciente surge na relação e nos jogos sexuais entre ele e os irmãos mais novos (“*virei homossexual passivo dentro de casa. Quando eu menos percebi, virei homossexual passivo nas mãos deles*”). No entanto, em seu relato, fica evidente que o mais excitante para o paciente – e que faz parte de seu imaginário erótico – é a própria vivência de apassivação, expressa no desejo (sempre atribuído como uma demanda do outro) de ser dominado. O problema da passividade, porém, não é a passividade em si, mas sim a ideia de que ser subjugado é prazeroso, mas, ao mesmo tempo fantasmático, pois o gozo na passividade é ressentido como uma posição feminina, “ser uma mulherzinha” e é, portanto, pejorativo. Desse modo, não podendo viver sua pulsão, e numa tentativa – fadada ao fracasso – de não dar conta do gozo na passividade como forma de afirmar uma virilidade, Marcelo se exime e transfere para o outro a responsabilidade de suas práticas homossexuais: é o outro que “afemina” ele.

Ainda que o relato de psicóticos e não-psicóticos apresente diferenças, ambos corroboram a ideia enraizada de que a masculinidade se alicerça na afirmação de uma excelência de desempenho, afirmação essa que se constitui enquanto negação da feminilidade: ser homem é não ser doce, não ser afeminado, não ser submisso. De maneira convergente, a expressão da virilidade física foi evidenciada no discurso dos homens enquanto 1) exaltação de força/comportamento agressivo e 2) vergonha e negação/repúdio da doença, tida como fraqueza.

Nesse sentido, Zanello e Gomes (2010) sublinham que o pior xingamento referido a um homem é “veado”, que aponta, portanto, para um sentido de passividade, re-

lacionado nas representações de gênero ao “ser mulher”. Segundo as autoras, “a noção de virilidade seria eminentemente relacional, construída face e para outros homens e contra a feminilidade, numa espécie de medo do feminino” (ZANELLO; GOMES, 2010, p. 270). É nesse sentido que a virilidade deve ser eternamente provada, ficando o feminino relacionado à falta, falha, falência e vulnerabilidade.

Considerações Finais

Assim como no estudo realizado por Zanello e Bukowitz (2011), os resultados apontaram que o narcisismo é engendrado e os valores culturais (de gênero) são os ideais pelos quais o sujeito toma a si mesmo como objeto de julgamento e valoração. Nesse sentido, o discurso dos homens e das mulheres revelou o quanto as questões geradoras de sofrimento psíquico tem sua base nos estereótipos de gênero. Enquanto a fala delas é marcada pelos dispositivos do casamento, da maternidade e principalmente o amoroso, privilegiando o lugar de silêncio e resignação que impera sobre a existência feminina, assim como a valoração de si pelo olhar do outro; nos homens, destacam-se os temas relacionados à virilidade, sobretudo laborativa. Para os homens, o trabalho foi visto como uma fonte de sofrimento: seja por trabalhar muito, seja porque se trabalhou pouco, seja por se exigir trabalhar mais ou porque se trabalhou e hoje não se trabalha mais nada. Ou seja, as mil faces desse cristal quebram em um ponto identitário para os homens quando estes se encontram impossibilitados de exercer (“performar”) o lugar de provedor que lhes cabe socialmente.

Tendo em vista que o sistema de atenção à saúde mental pode reforçar os papéis sociais, bem como estigmatizar as condutas desviantes ao modelo patriarcal (ZANELLO, 2014a), tornando, assim, invisíveis as questões de gênero existentes no adoecimento psíquico, debater essa articulação permite não só a reflexão do quanto a loucura e a expressão dos sintomas podem ser engendradas, mas também do quanto a naturalização dessas questões sociais pode ser intensificada pelas práticas psiquiátricas. Nesse sentido, ao se questionar essa prática reificadora, a articulação com a análise das relações de gênero nos autoriza a desconstruir um discurso cientificista e nos permite restituir as vozes dos ditos loucas e loucos, escutando as especificidades da cultura nessas falas. Ao se apontar o caráter engendrado do sintoma, abre-se espaço para uma semiótica própria e uma prática onde a experiência do sofrimento psíquico pode ser compreendida sob uma lógica constitutiva, na qual dimensões psicodinâmicas tomam formas e contornos específicos.

Trata-se de refletir acerca das consequências que a adoção de um pressuposto epistemológico feminista pode aportar para o campo da saúde mental, o que implica em mudanças que vão desde a escuta e o acolhimento ao diagnóstico e estratégias de intervenção e de tratamentos para além do uso de psicotrópicos.

Referências

- ANDRADE, A. P. M. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). *Gênero, saúde e aflição*: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.p. 273-293.
- ANDRADE, A. P. M. (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELLO, V. ANDRADE, A. P. M. (Org.). *Saúde mental e gênero*: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014. p. 59-77.
- AZIZE, R. L.; ARAÚJO, E. S. A pílula azul: uma análise das representações sobre masculinidades em face do viagra. *Antropolítica*, Niterói, v. 14, p. 133-151. 2003.
- BADINTER, E. *XY De l'indentité masculine*. Paris: Odile Jacob, 1992.
- BARDIN, L. *A análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BORDO, S. O corpo e a reprodução da feminidade: uma apropriação feminista de Foucault. In: JAGGAR, A. M.; BORDO, S. R. (Org.). *Gênero, corpo, conhecimento*. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1997. p. 19-41.
- BUTLER, J. Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. In: CASE, S.-H. (Org.). *Performing feminisms*: feminist critical theory and theatre. Baltimore: Johns Hopkins, 1990. p. 296-314.
- BUTLER, J. *Problemas de gênero*: feminismo e subversão da identidade. 4. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.
- CASARES, A. M. *Antropologia del género*: cultura, mitos e estereótipos sexuales. Madri: Cátedra, 2008.
- FOUCAULT, M. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- GARCIA, C. C. *Ovelhas na névoa*: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1995.
- MATHIEU, N. C. (Org.). Quand ceder n'est pas consentir. In: _____. *L'Arraînement des femmes*. Paris: L'École des Hautes Etudes en Sciences Sociales, 1985.p. 169-245.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. *Revistas de Estudos Feministas*, Santa Catarina, v. 8, n. 2, p. 8-41, 2000.
- NOVAES, J. V. *O intolerável peso da feiura*: sobre as mulheres e seus corpos. Rio de Janeiro: PUC-Rio/Garamond, 2006.
- PERROT, M. Os silêncios do corpo da mulher. In: MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. (Org.). *O corpo feminino em debate*. São Paulo: UNESP, 2003. p. 13-27.
- SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, 2009.
- SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 71-99. 1990.
- SWAIN, T. N. Entre a vida e a morte, o sexo. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 2006. Disponível em: <<http://www.tanianavarrosain.com.br/chapitres/bresil/entre%20a%20vida%20e%20a%20morte.htm>> Acesso em: 21 set. 2014.
- SWAIN, T. N. Diferença sexual: uma questão de poder. In: SIMPÓSIO DE GÊNERO E LITERATURA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 1., Fortaleza. 2011. Disponível em: <<http://www.tanianavarrosain.com.br/brasil/diferenca%20sexual.htm>> Acesso em: 21 setembro 2014.
- WELZER-LANG, D. *Les hommes et Le masculin*. Paris: Payot, 2004.
- ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). *Saúde mental e gênero*: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. Curitiba: Appris, 2014a.p. 41-58.
- ZANELLO, V. Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In: STEVENS, C.; OLIVEIRA, S.; ZANELLO, V. (Org.). *Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações*. Florianópolis: Mulheres, 2014b. p. 108-118.
- ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*. v. 20-21, 2011. Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys20/brasil/valeska.htm>> Acesso em: 21 set. 2014.
- ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B.; COELHO, E. Xingamentos entre adolescentes em Brasília: linguagem gênero e poder. *Interacções*, v. 7, n. 17, p. 151-69, 2011.
- ZANELLO, V.; CAMPOS, L.; HENDERSON, G. Saúde mental, gênero e velhice na instituição asilar. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. No prelo.
- ZANELLO V.; GOMES, T. Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. *Caderno Espaço Feminino*, v. 23, n. 1/2, p. 265-80, 2010.
- ZANELLO V.; ROMERO, A. C. “Vagabundo” ou “vagabunda”? Xingamentos e relações de gênero. *Revista Labrys Estudos Feministas*, jul.-dez. 2012. Disponível em: <<http://www.labrys.net.br/labrys22/libre/valeskapt.htm>> Acesso em: 21 set. 2014.
- ZANELLO, V.; SILVA, R. M. Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, v. 20, n. 2, p. 267-79, 2012.
- ZANELLO, V.; SOUSA, G. Mais música, menos haldol: uma experiência entre música, pharmakon e loucura. *Mental*, Barbacena, v. 7, n. 13.2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272009000200009&lng=pt&nrm=iso&tling=pt>. Acesso em: 14 set. 2014.

Recebido em: 5 de abril de 2015

Aceito em: 10 de setembro de 2015