



Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Sociologia

Gleicielen Araújo de Souza

**GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: DESAFIO E (RE)CONSTRUÇÃO DO SER
MULHER A PARTIR DO INSTITUTO MÃOS AMIGAS (IMA)**

Brasília

2021

Universidade de Brasília

Instituto de Ciências Sociais

Departamento de Sociologia

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Gleicielen Araújo de Souza

**GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: DESAFIO E (RE)CONSTRUÇÃO DO SER
MULHER A PARTIR DO INSTITUTO MÃOS AMIGAS (IMA)**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília como parte dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Sociologia.

Brasília

2021

Universidade de Brasília
Instituto de Ciências Sociais
Departamento de Sociologia

**GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: DESAFIO E (RE)CONSTRUÇÃO DO SER
MULHER A PARTIR DO INSTITUTO MÃOS AMIGAS(IMA)**

Autora: Gleicielen Araújo de Souza

Banca Examinadora:

Orientadora: Prof. Dra. Tânia Mara Campos de Almeida (SOL-UnB)

Examinadora: Prof. Dra. Iara Flor Richwin Ferreira (PPG-PsiCC/UnB)

Brasília

2021

Agradecimentos

Agradeço aos meus pais, Glória e Antônio, por todo o apoio e incentivos tanto amoroso quanto financeiro e por todos os momentos de acolhimento e paciência. Em especial a minha mãe e as minhas duas irmãs por terem me dispensado de boa parte dos trabalhos domésticos que aumentaram como consequência da pandemia e do isolamento social. Gratidão aos Deuses e Deusas desse universo infinito por toda a proteção.

As amigades que conquistei ao longo da graduação e proporcionaram momentos felizes e muito amadurecimento. Em especial a Thaynan, Katlen, Bruna e Thayná por todas as conversas e acolhimento. A minha melhor amiga, Jéssica, por toda a paciência e compreensão nos meus momentos mais felizes e difíceis. A minha psicóloga, Wilza por todos os momentos de escuta e aconselhamento.

Ao Ricardo Golovaty, professor do ensino médio que me apresentou a sociologia e meu primeiro orientador de Pibic. Ao professor Juarez dos Anjos do departamento de educação cuja orientação em dois Pibic's contribuiu imensamente no desenvolvimento acadêmico. A todos(as) os(as) professores(as) da universidade por todas as aulas e ensinamento. Em especial a minha orientadora Tânia Mara Campos de Almeida por todas as orientações, dedicação e apoio. Obrigada por acreditar, acolher e me ajudar a desenvolver da melhor forma possível o tema proposto. Agradeço também a professora Berenice Bento por todas as aulas sensacionais que me ajudaram muito a amadurecer diversas questões.

A toda equipe do Instituto Mãos Amigas (IMA) por ter me recebido de braços abertos. Foi um grande prazer conhecer parte do trabalho desenvolvido lá. Gostaria de parabenizar toda a equipe pelo trabalho de excelência desempenhado ao longo dos doze anos de existência. Agradeço em especial a Rosália, fundadora do IMA, por toda a disponibilidade no decorrer da pesquisa. Agradeço a embaixatriz da instituição, Sidneia, por ter concedido entrevista e por todas as informações prestadas. Agradeço também a todas as protagonistas do grupo Mulherão por ter aceitado minha presença nas reuniões online.

Resumo

O problema de pesquisa levantado por este trabalho de conclusão de curso repousa sobre o maior percentual de mulheres diagnosticadas com transtornos mentais em comparação aos homens na sociedade brasileira. Portanto, mais medicalizadas e monitoradas pelos(as) profissionais de saúde. A partir desse cenário, problematizam-se os valores patriarcais que circunscrevem as práticas médicas que, por sua vez, utilizam dos consentimentos históricos e socialmente construídos acerca do significado de 'ser mulher'. Diante desse contexto em que as instituições estatais produzem e reproduzem valores e lógicas patriarcais, aliando ao desmonte da assistência à saúde mental ocorrido nos últimos anos, a sociedade civil vem se mobilizando para garantir acesso de qualidade à saúde para aqueles(as) que são desassistidos. O IMA (Instituto Mãos Amigas) é uma instituição sem fins lucrativos que leva atendimento profissional a pessoas que estão em sofrimento psíquico. Os perfis de seus(as) usuários(as) são diversos. O recorte para o desenvolvimento desta pesquisa foram os relatos revelados pelo grupo Mulherão, composto por mulheres diagnosticadas com algum tipo de transtorno mental e que são atendidas pela ong. O grupo reúne-se uma vez por semana em chamadas online para conversar sobre suas mazelas, trocar experiências e informações, além de construir fortes laços entre suas protagonistas. Os objetivos da aproximação com o IMA foram: conhecer o trabalho desempenhado pela instituição, bem como aproximar-me das realidades individuais, em especial das mulheres, que estão articuladas por meio das reuniões habituais; conhecer casos de pacientes do IMA e estabelecer uma conexão com a seleção bibliográfica realizada; entrevistar a sua fundadora e alguns(mas) voluntários(as); contribuir para desmistificar o estereótipo da doença mental por meio de contribuições sociológicas. Apontar o modo como os valores morais, crenças e símbolos habitados no interior do sistema patriarcal levam à psicopatologização direcionada às mulheres; e, compreender os discursos (médico e social) historicamente consolidados para a patologização, e muitas vezes, a institucionalização feminina.

Palavras-chave: sexualidade, psiquiatrização feminina, IMA, patriarcado

Abstracts

The research problem proposed by this work relies on the higher percentage of women diagnosed with mental illness in comparison with men in Brazilian society. Therefore, more medicalized and monitored by health care professionals. From this scenario, it is problematized the patriarchy values that are stuck in medical practices, those which use historical and social consent built around the meaning of 'being a woman'. Upon this context in which State institutions produce and reproduce patriarchy values and logics, aligned to the destruction of the mental health assistance that had happened through the last years, civil society has been motivated in order to guarantee a valuable access of health care to those unassisted. The IMA (Instituto Mãos Amigas) is a non-governmental institution that provides professional care to people going through mental suffering. The profiles are diverse. The cutout for the development of this research was based on the reports revealed by the group "Mulherão", formed by mental diseased women assisted by the NGO. The group gathers once a week through online meetings to talk about their issues, to trade experiences and information, aside from building strong bonds between the protagonists. The objectives of the approach to the IMA were: to know the work done by the institution, as well as approaching the individual realities, specially from women who are united through the usual meetings; to know IMA patient cases and establish a connection with the bibliography chosen; to interview the founder and other volunteers; to contribute to demystify mental diseases stereotypes through sociological contributions. To point how moral values, beliefs and symbols inside patriarchy lead to psychopathologization directed to women; and, to comprehend the historical consolidated speeches (medical and social) towards pathologization, and many times, female institutionalization.

Key words: sexuality, female psychiatrization, IMA, patriarchy

Sumário

Introdução	8
CAPÍTULO 1: problematizando gênero na contemporaneidade e na história do adoecimento psíquico	20
1.1 - Contextualização.....	20
1.2 - Controle social dos corpos femininos na Idade Média.....	22
1.3 - Questões de gênero e a experiência do adoecimento mental	25
1.4 Ordem médica, matrimônio e sexualidade	27
1.5 - Sexualidade na contemporaneidade	31
CAPÍTULO 2 - Projeto Mulherão	34
2.2.- Religião, patriarcado e experiências de submissão feminina	40
2.3 - Estratégias para promoção do autocuidado e autoestima	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXO I – ENTREVISTA DIRECIONADA À EMBAIXATRIZ DO IMA.....	52

Introdução

O cenário de efervescência política do final do século XIX contribuiu para estruturar o modelo asilar e para a construção do primeiro hospital brasileiro destinado exclusivamente a pessoas que sofriam de perturbações mentais. O Hospício Pedro II foi inaugurado em 1852, no Rio de Janeiro (RJ). Os desdobramentos após a Proclamação da República modificaram as relações de trabalho, interferiram no espaço urbano e complexificaram as relações sociais de forma geral. Por consequência, foram implantadas novas formas de disciplinarização e punição na sociedade, de acordo com padrões de moralidade, este, por sua vez, guiava os comportamentos sexuais, afetivos e sociais, especialmente entre os gêneros (Engel, 1997). Ideais de modernidade e civilização importados da Europa também contribuíram para estruturar o nascimento da psiquiatria no Brasil a partir da lógica de internação e isolamento social.

Segundo Machado (1978), a identificação do transtorno mental diz respeito e está intimamente relacionada ao processo de civilização. “Por um lado, esta concede a regularidade que permite medir o louco; por outro, possui o saber que permite devolver o louco à sua verdade.” (MACHADO, 1978, p. 413). Dessa forma, a inscrição das regras morais e sociais, o que é permitido para determinadas pessoas e proibidas para outras, constitui uma forma de controle social. Por consequência, comportamentos destoantes da normatividade estabelecida passaram a ser motivos para internação, a maioria das pessoas que foram internadas ao longo desta época, não possuíam diagnóstico de transtorno mental.

Após cerca de duas décadas, o Hospício Pedro II passou a sofrer com a superlotação. Por esse motivo, foram construídas diversas Colônias para dar conta do número de internações. Para ter uma ideia da dimensão da gravidade da questão, aproximadamente 70% dos(as) internos(as) do Hospital Colônia de Barbacena (MG), a maior Colônia construída no país, não possuíam diagnóstico de transtorno mental (Arbex, 2013). Ainda de acordo com a autora, o perfil dos(as) asilados(as) eram composto por pessoas que causava aborrecimentos para quem dispunha de poder - alcoólatras, prostitutas, homossexuais, epiléticos, meninas grávidas e vítimas de violência de seus patrões, esposas internadas por seus maridos (em geral, estes possuíam amantes e desejavam não ser incomodados pelas esposas) -, enquanto outros(as) eram pessoas que somente haviam perdido seus documentos ou por serem tímido(as).

Homens, mulheres e crianças, às vezes, comiam ratos, bebiam esgoto ou urina, dormiam sobre capim, eram espancados e violentados. Nas noites geladas da serra da Mantiqueira, eram atirados ao relento, nus ou cobertos apenas por trapos. instintivamente faziam um círculo compacto, alternando os que ficavam no lado de fora e no de dentro, na tentativa de sobreviver. Alguns não alcançam as manhãs. (ARBEX, 2013, p. 14)¹

A primeira denúncia realizada contra as atrocidades que aconteceram em Barbacena (MG), ocorreu em 1966. No ano de 1972, o médico Francisco Paes Barreto, escreveu o artigo "Críticas do hospital psiquiátrico" e o expôs no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. Entretanto, o artigo repercutiu apenas em 1979, quando o médico sofreu retaliações e foi acusado pelo Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais de descumprir a ética médica ao realizar a denúncia sob forma de artigo, conforme Arbex (2013).

Em 18 de maio de 1987, ocorreu o encontro entre diversos grupos a favor da construção de políticas antimanicomiais. No decorrer da reunião, foi apontada a urgência de reformular o sistema psiquiátrico brasileiro. No ano de 1989, o então deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores) apresentou o Projeto de Lei 3.657 ao Congresso Nacional. A proposta do projeto foi realizar a regulamentação do direito dos indivíduos que possuem algum tipo de transtorno mental e a gradativa extinção dos hospícios. Até aquele momento, vigorava o Decreto Presidencial 24.559, instituído por Getúlio Vargas no ano de 1934. Por meio deste decreto, era necessário apenas um atestado médico para requerer a internação de alguém.

Ao longo da década de 1980, os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) começaram a ser instituídos, inicialmente, a partir de demandas de trabalhadores(as) da saúde e movimentos sociais. Tais demandas repercutiram na elaboração da Constituição Federal de 1988, em que avanços estão nelas assim inscritos:

CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 5/10/1988 (ARTIGO 6.º E SEÇÃO II – DA SAÚDE)
CAPÍTULO II DOS DIREITOS SOCIAIS

Art. 6.º São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Redação dada pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

¹ O trecho refere-se a acontecimentos ocorridos no Hospital Colônia de Barbacena.

SEÇÃO II Da Saúde

Art. 196 A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197 São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198 As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

§ 1.º O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes. (Parágrafo único renumerado para § 1.º pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

§ 2.º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

I - no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

§ 3.º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá: (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

I - os percentuais de que trata o § 2.º; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal; (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União (Incluído pela Emenda Constitucional n.º 29 de 2000)

Art. 199 A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

§ 2.º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3.º É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.

§ 4.º A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.

Art. 200 Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei: I

- controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de Saúde;

IV - participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

A Constituição Federal de 1988 estabelece uma série de medidas e recomendações destinadas à garantia e condução das políticas públicas de assistência à saúde. Portanto, o Estado traz para si a responsabilidade e o dever de reduzir os riscos de doenças e outros tipos de agravos. Após o acesso do(a) usuário(a) ao sistema, cabe ao Poder Público a regulamentação, fiscalização e controle das instituições que oferecem determinadas formas de tratamento, prevenção e acompanhamento em todo o território nacional.

Posteriormente, foram criados o NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) e o CERSAMs (Centro de Referência em Saúde Mental). As instituições fazem parte do SUS (Sistema Único de Saúde) e são regulamentadas pela Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Os CAPS's possuem o objetivo de substituir o modelo de internação e isolamento social pregado pelas antigas instituições psiquiátricas, além de garantir atendimento e cuidados clínicos (Brasil, 2004). A Lei nº 10.216, instituída em 2001 e conhecida como Lei Paulo Delgado, contribuiu para a construção de uma estruturação para o tratamento de transtornos mentais.

De acordo com Tenório (2002), no decorrer da década de 1990, houve a tentativa de mudar o olhar estigmatizador sobre o 'louco(a)'. A II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992, constitui um forte indício de potencial mudança voltado para um olhar mais humanizado para os(as) portadores(as) de transtorno mental. Cerca de 20% dos delegados da conferência foram compostos por usuários, pacientes e familiares das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental.

Desde o início da década de 1990 até meados de 2000, o financiamento público, antes destinado apenas para os hospícios, foi remanejado para construção de um sistema extra hospitalar, ao mesmo tempo, foram estabelecidas regras mais rígidas para o exercício dos manicômios. O atendimento foi dividido em hospitalar e ambulatorial. O tratamento hospitalar foi composto pela internação e semi internação, não podendo ultrapassar quarenta e cinco dias corridos. O tratamento ambulatorial, funcionava de forma tradicional, além dos NAPs e CAPs. Este movimento, contribuiu para quebrar a concepção, propagada até aquele momento, de que lugar de louco(a) é no hospício (Tenório, 2002). Por consequência, o número de leitos em manicômios foi reduzido de forma significativa. Porém, o número de serviços oferecidos não era suficiente para absorver a demanda em CAPs, NAPs e hospitais-dia.

Em 2011, as Comunidades Terapêuticas (TC) passaram a integrar a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Este fato representa um retrocesso, uma vez que as práticas destes grupos

seguem a perspectiva manicomial. “Ademais, há uma reatualização do coronelismo, em que o proprietário da CT, no geral associado a um líder religioso, figurará como o ‘salvador’ a quem se deve gratidão, ou seja, o usuário é destituído da condição de cidadão, sujeito de direitos” (Guimarães; Rosa, 2019, p. 122).

A crise foi intensificada em 2016, ano de deposição da ex-presidenta Dilma Rousseff (PT). Este fato representou um retrocesso democrático e afetou as políticas públicas de forma geral, inclusive aquelas que são voltadas para a saúde mental. Afinal, houve o congelamento do teto destinado a gastos públicos instituído pelo governo Temer (MDB) por vinte anos. Além do sucateamento consequente do congelamento, a partir deste mesmo ano, as TCs foram reconhecidas como estabelecimentos de saúde e passaram a receber financiamento do SUS. Por consequência, o valor destinado aos NAPs e CAPs foi diminuído.²

Em fevereiro de 2019, foi publicada a nota técnica 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS, referente a alterações na política nacional de saúde mental. O documento faz menção ao uso da eletroconvulsoterapia, a caracterizando com um bom aparato terapêutico. Conforme aponta Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), ao publicar esta nota, foi ignorada toda a trajetória de torturas e punições vinculados ao instrumento no interior das instituições manicomiais anteriores ao movimento da Reforma Psiquiátrica.

Ainda que existam indicações técnicas para o uso da eletroconvulsoterapia, estas se aplicam a uma parcela extremamente pequena dos casos de transtorno mental grave e estão longe de ser uma solução em larga escala, conforme a nota proclama. (Cruz; Gonçalves; Delgado, 2020, p.11)

Dentro deste contexto, a sociedade civil vem se organizando para garantir que os(as) portadores(as) de transtornos mentais tenham acesso a tratamentos fora dos moldes hospitalares de isolamento. Existem diversas instituições fundadas por civis que funcionam com o apoio do trabalho voluntário de profissionais da área psi, mais notadamente a partir dos anos 2010.

A partir da complexa trajetória da saúde mental brasileira e os maiores índices de diagnósticos femininos presente em toda sua historiografia, o tema geral desenvolvido neste trabalho de conclusão de curso é “saúde mental e gênero”. O recorte empírico da pesquisa está ancorado na instituição da sociedade civil, organizada por meio de serviços voluntários, Instituto Mãos Amigas (IMA). Mais especificamente, em um grupo formado por mulheres no

² De acordo com Guimarães e Rosa (2019), um(a) usuário(a) do CAPS AD II custa aos cofres públicos por mês R\$43,00 (sem limite de atendimento), o mesmo usuário em uma Comunidade Terapêutica custa aproximadamente R\$1.100,00, limite máximo de 50 pessoas.

seu interior, que são diagnosticadas com algum tipo de transtorno psíquico e que se reúne semanalmente em conversas online pela plataforma do Google Meet neste momento da pandemia COVID – 19.

As questões que nortearam a pesquisa são frutos de muitas inquietações formuladas ao longo da graduação. Afinal, quais motivos levaram a medicina a colocar a mulher como alvo de suas investidas de patologização e controle? Mais especificamente, qual a razão da ordem médica identificar no corpo feminino uma espécie de predisposição para o transtorno mental, visto que a construção social e moral as coloca como seres perigosos que precisam de vigilância constante? Mesmo a mulher que possui traços da dita ‘normalidade’ é tratada como se, a qualquer momento, pudesse sucumbir à insanidade na longa tradição temporal que é o patriarcado entre nós. Nesse sentido, como ocorreu a construção social e política do transtorno mental, antes denominada loucura, atrelada à formação da identidade feminina? Quais elementos históricos auxiliam na reflexão dessas perguntas?

A discussão acerca da ordem médica como um regime de poder sobre as mulheres aparece estreitamente vinculada ao isolamento e afastamento delas do meio público, em alguns momentos em manicômios e outros aprisionadas a preceitos morais restritivos de sua liberdade e autonomia. Essa perspectiva nos impulsiona a pensar sobre o que há de tão ameaçador na circulação de mulheres no meio público. Nesse sentido, como e por quais caminhos as relações amorosas heterossexuais reiteram o lugar patriarcal a elas destinado? Quanto à maternidade, quais os elementos engendrados que condicionam sua reprodução no ambiente doméstico?

Após conhecer o IMA e parte do trabalho lá desenvolvido com o grupo de mulheres, a atenção foi orientada para a reflexão e investigação a respeito de qual forma as questões apresentadas acima afetam as integrantes do referido grupo. As perguntas que orientaram a ideia da pesquisa, a princípio, estão presentes nos discursos das mulheres assistidas pelo IMA? Em qual nível, quais elementos destacam-se em suas falas? Quanto aos medicamentos que, em geral, causam a diminuição da libido, como essas mulheres se sentem diante desse efeito colateral? Como essa questão afeta suas relações sexuais e como pode impactar e gerar um novo sofrimento psíquico?

O IMA, situado no Distrito Federal desde 2009, constitui-se de “um coletivo que oferece apoio e suporte para pessoas em sofrimento psíquico e seus familiares”.³ O trabalho dessa instituição, que é uma organização não governamental (ONG), estende-se para toda a comunidade, estabelecendo ponto de apoio para as pessoas mais vulneráveis socialmente,

³ Trecho retirado do perfil da instituição da rede social Instagram.

principalmente agora, diante deste contexto pandêmico de COVID 19. Portanto, onde há falta de comprometimento do Estado com a população, a sociedade civil tem tentado organizar-se a fim de fornecer elementos básicos para garantir a sobrevivência dos(as) desassistidos(as) e melhor qualidade de vida a eles(as).

A instituição foi fundada por Rosália Rodrigues após um de seus quatro filhos receber o diagnóstico psiquiátrico referente ao transtorno esquizofrênico. No laudo médico, seu filho, Douglas, foi mencionado como “inválido”. Portanto, precisava de acompanhamento e atenção especial. Após diversas tentativas frustradas de acesso às políticas oferecidas pelo setor público, ambos perceberam que dificilmente alcançariam a tempo e conjuntamente serviços de qualidade. Diante dessa situação, Rosália precisou deixar o emprego e passar a cuidar do filho. A falta de renda a colocou como dependente dos programas governamentais. Porém, inúmeras vezes o acesso a seu direito foi negado ou dificultado. O cenário não foi pior porque eles contaram com a ajuda de vizinhos(as) e de pessoas que dependiam, assim como eles, das políticas públicas, mas estavam em uma situação um pouco mais favorável.

Em entrevista, uma representante do IMA, denominada por embaixatriz e quem foi entrevistada para esta monografia, afirmou perceber o ingresso ao sistema de saúde mental da rede pública como algo precário e limitado. Infelizmente, grande parte dos(as) servidores(as) ainda reproduzem a lógica de que estão “fazendo um favor” e não prestando um serviço. Logo, para as pessoas carentes, restam longas esperas em extensas filas. As dificuldades surgem de forma mais branda para aqueles(as) que conhecem funcionários(as) que possuem influência no cotidiano do dispositivo institucional de saúde.

Logo no início da procura por tratamento, Rosália notou que as informações concedidas a ela pelos dispositivos estatais, muitas vezes, não condizem com a realidade. A falta de organização e de recepção dificultam significativamente a entrada do(a) usuária(o) na rede de saúde. Diversas informações, tanto em relação ao acesso quanto aos medicamentos, foram conseguidas em conversas informais na fila de espera junto a outros(as) pacientes. Na entrevista realizada com a embaixatriz, Sidnéia, foi relatado que, durante a espera em uma fila, Rosália começou a conversar com uma moça que também possui um filho que recebeu o diagnóstico de esquizofrenia.

No decorrer da conversa, Rosália comentou que a medicação prescrita para o seu filho provocava muita salivação e que era preciso usar um babador. Então a moça falou que aconteceu o mesmo com o seu, e que era questão de pedir para mudar o medicamento. Após entrar na sala da psiquiatra, ela perguntou sobre o tal remédio, a médica concordou e a

parabenizou pela ideia. Foi através dessa troca de medicamentos que Douglas conseguiu voltar a conversar (o que não era possível antes, por conta da salivação em excesso) e ter mais qualidade de vida. Esse foi o exemplo de um dos episódios que levou a fundadora do IMA à conclusão da necessidade de construir uma rede de apoio junto à comunidade como forma de ampliar a garantia ao acesso a informações, trocas de experiências e, também, tratamentos outros, básicos e complementares aos das instituições governamentais, com qualidade.

Inicialmente, antes da ONG se consolidar, as assistências aconteciam dentro de um carro. Nessa época, em geral, as ajudas ocorriam por meio de arrecadação e distribuição de cestas básicas. Algum tempo depois, alugaram uma casa que contava apenas com uma sala e uma varanda, localizada na Ceilândia, região do P. Sul. Por conta do pouco espaço, as primeiras sessões com os(as) psicólogos(as) aconteciam em banquinhos embaixo das árvores que ficavam na frente das quadras, na área verde. A partir da contribuição financeira do(as) voluntários(as) foi possível alugar uma residência maior. O local contava com cinco salas, o espaço da varanda e do quintal.

As redes do IMA foram e são construídas fio a fio, principalmente, a partir da excelente comunicação e facilidade de socialização que a fundadora possui. Os diálogos começavam a ser desenvolvidos desde as filas de espera para atendimento em instituições do Estado. A Rosália costumava comentar com essas pessoas, que estavam aguardando na fila, sobre a sua intenção de construir uma organização a partir da sociedade civil, por meio de ajuda mútua. As conversas se estendiam para o consultório médico. Dessa forma, aos poucos, a fundadora da ONG conseguiu cada vez mais atrair voluntários(as) apoiadores(as) e pessoas diagnosticadas com transtornos mentais que passaram a usar os serviços oferecidos pela instituição e, como forma de retribuição, colaboraram por meio de doações. Os(as) voluntários(as) passavam adiante para seus amigos(as) de profissão o projeto de construção dessa instituição. Eles(as), por sua vez, interessavam-se em contribuir.

No decorrer de sua trajetória, a ONG recebeu alguns nomes, atualmente chama-se Instituto Mãos Amigas (IMA). A origem vem de *ímã*, para simbolizar a forte atração e conexão entre os indivíduos que, em geral, entram na instituição, a princípio, para ficar por pouco tempo, mas terminam por ali permanecerem. Com o auxílio dos(as) protagonistas, os(as) participantes em sofrimento psíquico, a abreviatura IMA ganhou o significado de Instituto Mãos Amigas. O emblema da ONG é um girassol, a escolha da planta tem o objetivo de representar o compartilhamento dos momentos tristes e felizes.

“Sobre girassóis: que eles procuram a luz do sol todos já sabem. O que eu não sabia é que em dias nublados eles se viram uns para os outros buscando energia em cada um.

Não ficam murchos, nem de cabeça baixa...olham uns para os outros...erguidos, lindos. É a natureza nos ensinando, se não temos o sol todos os dias, temos uns aos outros. Que sejamos girassóis o ano todo.”⁴

O principal objetivo da organização é disponibilizar recursos e acessos a serviços que o Estado e seus representantes, frequentemente, dificultam. Visto que, em geral, o serviço existe, mas o ingresso nele é difícil. Inicialmente, a intenção era ajudar apenas algumas pessoas, mas com o auxílio de toda a comunidade, o projeto cresceu e hoje em dia recebe protagonistas de todas as classes e de diversos Estados. A parceria com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) permite que a instituição alcance a população mineira. Os estudantes de lá realizam seus estágios para o IMA.

Atualmente a instituição conta com apoio na área da saúde, junto com profissionais psiquiatras, de psicólogos(as), homeopatas, fisioterapeutas, acompanhamento terapêutico e terapia ocupacional, possui também assessoria na área jurídica. Além desses serviços, a ONG oferece algumas atividades destinadas para cada perfil de usuário(a). O Mútua Ajuda Tronco I é destinado para indivíduos acima de vinte e um anos, que estão em sofrimento psíquico. Este grupo é destinado apenas para os(as) protagonistas. Mútua Ajuda Tronco II é voltado para familiares e acompanhantes de pessoas em sofrimento psíquico. Possui o objetivo de realizar o levantamento de demandas.

As demais equipes são compostas por perfis mais específicos. O Interagindo é indicado para adultos solteiros(as) que estão à procura de relações afetivas e amorosas; o IMA Casais recebe pessoas acima de vinte e um anos que estão em relacionamentos estáveis e desejam fortalecer suas relações afetivas e de convivência; Diamantes, é composto de idosos(as) acima de sessenta anos; o Super acolhe adolescentes entre doze e dezoito anos; o Jardim, é destinado para crianças entre dois e doze anos; o Ouvir dos “Ouidores de Vozes” é voltado para os(as) familiares, responsáveis ou acompanhantes de ouvidores(as) de vozes; o Arco-íris, integra pessoas LGBTQ+.

Os atendimentos não ficavam restritos ao espaço físico. Antes da pandemia, já havia grupos que funcionavam de forma não presencial. Essa característica tornou ainda mais viável a participação de protagonistas e voluntários(as) de outros Estados. A instituição produz posts nas redes sociais com informações importantes acerca do adoecimento mental e situações de abusos. Diversas pessoas fazem comentários narrando suas histórias e recebem retorno da sua

⁴ Trecho de autor desconhecido retirado do perfil da instituição da rede social Instagram.

equipe. Atualmente o número de assistidos(as) é de aproximadamente um mil e a quantidade de voluntários(as) gira em torno de duzentos profissionais.

A instituição permaneceu por um certo período sem parcerias, o amparo era proveniente da comunidade que realizava doações em formato de alimento, materiais de limpeza e higiene, roupas destinadas para a construção de bazar e por meio de contribuições financeiras dos(as) próprios(as) voluntários(as). A partir da consolidação de redes de apoio, o IMA foi construindo cada vez mais vínculos e parcerias. Diversas doações e contribuições começaram a surgir, por exemplo, a ONG recebeu a doação de uma geladeira. A mesma empresa doou recursos para a realização de uma comemoração do dia das crianças, garantindo assim a diversão de todos os(as) envolvidos(as). Todas as ajudas comunitárias são bem recebidas e revertidas para uso da própria comunidade.

A pandemia agravou ainda mais a situação da população vulnerável. O número por procura de cestas básicas aumentou consideravelmente. Foi por meio das parcerias com empresas e com o Mesa Brasil que inúmeras famílias conseguiram acesso à alimentação. A embaixada da Espanha realizou contribuições nesse momento pandêmico. Atualmente o aluguel do espaço é custeado através da pecúnia enviada pelo Estado. Em geral, os subsídios são de origem do terceiro setor.

O Tribunal de Justiça e a Defensoria Pública do Distrito Federal encaminham diversos casos para o IMA, geralmente, são ocorrências cujas circunstâncias apresenta-se de forma precária, os mais difíceis. Segundo o relato da embaixatriz, “aquele caso que não tem solução, eles mandam para o IMA, porque sabem que a gente consegue acessar essas pessoas.” Parte relevante dos(as) parceiros(as) externos, que ali atuam, é tecida através da intermediação de alguns(as) voluntários(as) que possuem acesso às secretarias.

Atualmente, os objetivos do instituto estão orientados na tentativa de obter recursos próprios e para a construção de um espaço destinado para os cuidados fisioterapêuticos. A finalidade é viabilizar salários para os(as) profissionais que prestam serviços há mais tempo. Quanto ao ambiente para realizar sessões de fisioterapia, grande parte do futuro investimento, provavelmente, será destinado a compras de equipamentos.

Estudar o tema saúde mental e gênero no interior de uma instituição organizada de maneira comunitária tem o objetivo geral de conhecer e entender como a sociedade civil vem se organizando em seus próprios termos para lidar com o adoecimento psíquico. No interior deste tema amplo, o recorte foi direcionado para o grupo Mulherão, onde ocorrem reuniões online com a intenção de que as protagonistas compartilhem suas mazelas e alegrias, além das

trocas de informações e experiências. A compreensão das estratégias que essas mulheres utilizam como enfrentamento ao sistema patriarcal que, por sua vez, reitera formas de aprisionamento de seus corpos, foi o objetivo específico desta pesquisa.

A metodologia empregada foi a observação das reuniões online semanalmente do grupo Mulherão, formado apenas por mulheres que possuem diagnósticos psiquiátricos. A parte da monografia dedicada a esse grupo foi estruturada a partir da análise dos discursos e questões levantadas no decorrer dos encontros. Posteriormente, os relatos foram discutidos à luz de bibliografias que estão na intersecção entre a sociologia e a psicologia. A observação dos encontros começou no dia dezesseis de março deste ano e estendeu-se até o dia vinte de abril, ao todo foram assistidos cinco encontros. As integrantes do grupo foram tratadas como anônimas, sendo todas maiores de idade. O não registro de suas identidades não compromete a pesquisa, pelo contrário, garante-lhe o anonimato relevante para a realização das reflexões ora desenvolvidas. Assim como na instituição, as mulheres serão aqui chamadas de protagonistas, condizendo com uma das principais intenções da ONG, ou seja: promover a autonomia e independência de seus (as) usuários(as).

O primeiro capítulo é dedicado à história do adoecimento psíquico e a consequente problematização dos elementos que foram ao longo dos séculos reorganizados e inscritos de maneira diferente na contemporaneidade, mas que ainda possuem grande peso na perda da saúde mental feminina. A finalidade dessa seção é discutir a vinculação entre o controle dos corpos femininos e as ordens médicas, matrimoniais, religiosas e sexuais. O segundo capítulo é orientado para apresentar e discutir o projeto IMA Mulherão, bem como a aproximação entre as narrativas levadas no decorrer das reuniões online e a bibliografia pertinente. Será possível, portanto, mostrar e analisar um pouco do que ocorre nesse espaço e com a continência e orientação da ONG.

De forma geral, o resultado desta pesquisa firma-se na contribuição para desmistificar o estereótipo da “doença mental” por meio de contribuições críticas sociológicas. Apontar como valores morais, crenças e símbolos habitados no interior do sistema patriarcal levam facilmente à psicopatologização voltada para as mulheres. Compreender reflexivamente a influência dos discursos (médico e social) historicamente consolidados para a patologização e, muitas vezes, a institucionalização de mulheres.

CAPÍTULO 1: problematizando gênero na contemporaneidade e na história do adoecimento psíquico

1.1 - Contextualização

A construção e solidificação das identidades de gênero são circunscritas pela sexualidade e por um conjunto de normas que classificam determinadas experiências sexuais como ‘normais’ e outras práticas em um conjunto denominadas ‘anormais’. Por consequência, a categoria que corresponde ao ideal de normalidade deve responder ao padrão de identidade heterossexual, Louro (2000). Ainda de acordo com a autora, a sexualidade envolve questões sociais e políticas, uma vez que é apreendida e desenvolvida no decorrer de suas vivências que, por sua vez, nos são encucados através da linguagem, símbolos, instituições sociais e representações no interior de um sistema cultural. Somos educadas (os) e constrangidas(os) a agir de determinada forma para alcançar legitimação e não sofrer retaliações.

A sexualidade pode ser compreendida como a utilização do corpo (não apenas dos genitais) para promover satisfação física e mental. Nesse sentido, fala-se em comportamentos e práticas sexuais. “De uma maneira mais ampla, a sexualidade pode ser definida como a construção social desses usos, a formatação e ordenação dessas atividades, que determina um conjunto de regras e normas, variáveis de acordo com as épocas e as sociedades” (Lhomond, 2009, p. 231). Essa série de disposições determina como e com quem os atos sexuais devem ser desempenhados.

A heterossexualidade é hegemônica e condiciona maneiras de ser e estar no mundo. De forma semelhante, o reconhecimento de tornar-se homem e/ou mulher passa pela efetivação da sexualidade, conseqüentemente, guiando e naturalizando uma série de comportamentos. A naturalização implica na não percepção da construção de identidade de gênero como algo definido pelas relações sociais e atravessado pelo complexo sistema de poder no interior de uma sociedade.

Existem diversas estratégias que condicionam e disciplinam maneiras de pensar, sentir e agir, de forma que absorvemos “a vergonha e a culpa; experimentamos a censura e o controle” (LOURO, 2000. p. 18). Assim, somos levados(as) a entender a sexualidade como algo que pertence ao âmbito privado, de maneira que seu aspecto social e político se tornou mascarado. As igrejas, a mídia, a justiça, a escola e diversas outras entidades sociais colaboram para essa

apreensão. A internalização dessas regras morais voltadas para a sexualidade possui diversas implicações, principalmente o que cerca a submissão das mulheres aos homens.

A construção do significado de ‘ser’ mulher no terreno religioso e no interior das igrejas ocorre à margem dos homens, como um suporte, mas não como protagonista de suas histórias. Afinal, como indica a passagem bíblica, “[...] que ensine nem que se arrogue autoridade sobre o homem; mas permaneça em silêncio. Pois o primeiro a ser criado foi Adão, depois, Eva [...]” (BÍBLIA, 2009, primeira carta a Timóteo, 2, 13-14, p.1518).

Em grande parte dos meios de comunicação, as mulheres são representadas como figura dócil, frágil e fraca, a dona de casa que cuida dos filhos e do marido. A mulher é entregue à função de estabelecer e manter as relações familiares. Além de desempenhar todas essas tarefas, existe a cobrança pela beleza, não pode deixar de ser vaidosa e apresentar boa fisionomia. De acordo com Zanello e Bukowitz (2012), a boa aparência passa a ser dever moral que afeta todas as mulheres. Este ponto faz uma leitura direta com o que Foucault denomina de ‘comportamentos auto-gerados e auto-regulados’ (Foucault, 1977), uma vez que essa exigência social é absorvida pelas mulheres e, com frequência, não é percebida como uma demanda externa. Dessa forma, o aspecto coercitivo da busca pela beleza não é percebido, e passa a ser interpretado como uma preferência pessoal. Por consequência, a vida das mulheres é dedicada ao cuidado dos outros, não é incentivado que a atenção esteja voltada para si mesma.

Em relação à justiça, chama a atenção o argumento jurídico “em defesa da honra”, utilizado diversas vezes para justificar crimes de feminicídio. A honra masculina aparece vinculada tanto à pureza sexual quanto à fidelidade feminina, mantendo dessa forma, a respeitabilidade do pai e posteriormente, a do marido. A consequência deste cenário é a reprodução do silenciamento e anulação das mulheres como agentes sociais, dado que, neste caso, a honra masculina é tutelada pelo Estado e possui mais importância do que a vida das mulheres.⁵

O contexto destes cenários é construído culturalmente e possui grande peso na degradação da saúde mental feminina. Conforme aponta Zanello e Bukowitz (2012), às relações de gênero estabelecem formas de subjetivação cultural. Isso significa que as demandas da sociedade que, são destinadas às mulheres e aos homens distintamente, possuem influência sobre as experiências de subjetivação e formas de adoecimento psíquico. Para as mulheres, o dispositivo amoroso e a maternidade aparecem em destaque, segundo as autoras.

⁵ Em março de 2021, a tese de legítima defesa foi derrubada por unanimidade pelos ministros(as) do STF (Supremo Tribunal Federal), após ação promovida por integrantes do PDT (Partido Democrático Trabalhista). Vale lembrar, o contexto pandêmico levou ao aumento de feminicídio.

Nessa perspectiva, mais do que consequência de um corpo desregulado, o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito (Zanello, 2010:310).

Dados fornecidos pela OMS (Organização Mundial da Saúde) apontam para o maior diagnóstico de depressão entre as mulheres em diversos países. Transtornos de ansiedade e humor estão constantemente associados ao ciclo reprodutivo. Dessa forma, os hormônios passam a ser apontados como os responsáveis pelo mal-estar. Por consequência, o comportamento moral passou a ser explicado pela fisiologia do corpo feminino, de acordo com Engel (2007). Culpar a organização corporal das mulheres, principalmente o útero, pelo desarranjo mental, significa ignorar o peso das vivências de subjetivação cultural e política, assim como marcar as mulheres de serem dotadas de um órgão “problemático” e com tensões permanentes consigo mesmas em relação a ele e em relação às demais pessoas de seu convívio por causa do órgão.

De acordo com Zanello e Fernandes (2020), é valioso olhar com cuidado e de forma crítica para as condições sociais que o indivíduo relata, antes de atribuir um diagnóstico. O adoecimento pode ter origem em preceitos morais e sociais enraizados no próprio indivíduo e grupos que o circulam. Por meio dessa postura, torna-se possível ponderar o sofrimento humano através das circunstâncias existenciais.

1.2 - Controle social dos corpos femininos na Idade Média

O gênero feminino foi o mais acometido pela ‘loucura’, em termos históricos. No interior deste quadro, as mulheres místicas e supersticiosas medievais eram com frequência acusadas de loucas. Esquinsani e Dametto (2012) apontam para o nível discrepante de tolerância que a sociedade medieval mantinha entre homens e mulheres. As questões levantadas pelas mulheres não tinham visibilidade e, por muito pouco, eram chamadas de loucas. Ou seja, o baixo grau de tolerância concedido às mulheres, por consequência, constituiu diferentes experiências entre ambos no terreno da loucura.

De acordo com Pegoraro e Caldana (2008), a ligação do útero ao perigo remonta ao Egito Antigo. O corpo da mulher era lido como naturalmente ligado ao mau. O movimento do útero ao longo do corpo poderia desencadear sintomas que mais tarde receberiam o nome de histeria. Durante a Idade Média e o Renascimento, a explicação da loucura foi atribuída a manifestações sobrenaturais. Por consequência, a evolução de sua causa e justificativa ganhou terreno no campo religioso, especificamente no Cristianismo, onde a figura do demônio fez-se

presente desde os primeiros séculos da religião cristã. Esquinsani e Dametto (2012) apontam para as características transcendentais que atuaram como suporte para a construção dos símbolos e elementos supersticiosos, realizando uma mistura entre religião e feitiçaria.

No decorrer da Idade Média, a inquisição afetou drasticamente a vida de muitas mulheres que passaram a ser lidas como bruxas. Em sua maioria de origem rural, apresentavam comportamentos estranhos e fugiam à normalidade moral aceita na época. Essas condutas divergentes eram interpretadas como sinais de possessão demoníaca. Alguns dos comportamentos apresentados por estas mulheres, atualmente, seriam caracterizados como melancolia, mania, histeria, ansiedade ou depressão (Pegoraro e Caldana, 2008).

Outro aspecto que chamava atenção eram os conhecimentos e as capacidades (na época interpretados como poderes anormais) que não correspondiam a sua posição social e desafiavam a ordem moral do período. As denominadas ‘feiticeiras’ e ‘bruxas’ entendiam “[...] as propriedades das ervas ou plantas com que preparavam poções e unguentos reputados eficazes no tratamento de doenças tanto físicas quanto mentais” (Tosi, 1985, p. 42). Apenas os padres possuíam licença para curar as enfermidades da alma e, aos médicos, era destinado o cuidado dos males do corpo. Além disto, havia acusações de adultério, prostituição e práticas de aborto. Em suma, tratava-se de mulheres que não aceitavam seguir a ordem social, não se renderam à vida doméstica, ao casamento e à reprodução (Pegoraro e Caldana, 2008)

Desde o seu nascimento, este fenômeno social possui a característica de ser estratificado em relação à classe social e ao gênero. A maior parte das pessoas que recebia o estigma de bruxa era mulheres, velhas, pobres e fracas. A condenação de homens e pessoas ricas acusados por bruxaria ocorria raramente. Esquinsani e Dametto (2012) indicam para uma herança desse período que pousa nos dias atuais, os principais “acometidos” pela loucura eram/são pessoas desamparadas socialmente.

Em tempos medievais, a loucura é necessariamente má, e o louco é passivo frente às forças demoníacas, bem como frente ao poder do exorcista, não havendo espaço para a autoconsciência. “A perda da razão ou o descontrole emocional agora têm a marca da condenação e da culpa. O louco passa a ser suspeito, a ser perigoso e, por isso, evitado. (PESSOTTI, 1994, p.100).

A construção da figura do(a) louco(a) como potencialmente perigoso(a) e culpado(a), remonta desde a era medieval e continua a ser perpetuado até os dias atuais, em níveis diferentes, mas ainda não é possível afirmar que tal concepção foi deixada no passado. Diante deste contexto, o(a) louco(a) oferece risco para os demais membros da sociedade. Este preconceito o(a) levou à exclusão social forçada.

A opressão exercida sobre a mulher ocorria principalmente acerca de sua sexualidade. Na era medieval, a atenção estava voltada para o controle dos corpos e dos impulsos sexuais femininos. A saúde e o sofrimento das mulheres não eram objeto de atenção, de acordo com Esquinsani e Dametto (2012). Durante os interrogatórios, as mulheres eram despidas, o argumento para essa prática estava pautado na procura por algum sinal físico que pudesse servir como evidência de que se tratava de bruxas. No entanto, o controle dos corpos e da sexualidade feminina, bem como o fascínio que os inquisidores sentiam por seus corpos, constitui o sentido de tal procedimento (Esquinsani e Dametto, 2012). A interpretação teológica do corpo feminino foi associada à natureza perigosa e, por consequência, tornou-se uma ameaça que deveria ser controlada, como aponta o trecho abaixo.

Uma das obras mais conhecidas acerca das possessões demoníacas e da bruxaria, que apresenta indiretamente a interpretação teológica medieval da loucura é *Malleus Maleficarum*, de autoria dos dominicanos Heirinch Kramer (1430-1505) e James Sprenger (1436-1495), escrito em 1484, livro que toma os textos de Aquino como aporte teórico – ao sustentar que a mulher, desde a criação do mundo, é mais suscetível ao pecado –, e que serviu de manual às investidas da religião contra as bruxas, pessoas sobre as quais se cometeram as mais diversas atrocidades, ações que contribuíram para ligar a loucura à imoralidade. Mas a razão natural está em que a mulher é mais carnal do que o homem, o que se evidencia pelas suas muitas abominações carnis. E convém observar que houve uma falha na formação da primeira mulher, por ter sido ela criada a partir de uma costela recurva, ou seja, uma costela do peito, cuja curvatura e, por assim dizer, contrária à retidão do homem. E como, em virtude dessa falha, a mulher é animal imperfeito, sempre decepiona e mente. (KRAMER; SPRENGER, 1976, p.116 apud ESQUINSANI; DAMETTO, 2012, p.214).

O tratamento e a prevenção da loucura na idade medieval ocorreram por meio de privações e punições sociais. Portanto, é possível notar que a elaboração de termos mais específicos para nomear a inadequação social de determinados comportamentos das mulheres nos séculos XIX e XX, bem como sua forma de tratamento, significou, grosso modo, uma roupagem diferente daquelas utilizadas na Idade Média, mas ainda continuou a ser fundamentada em sanções sociais. As mulheres passaram a receber o diagnóstico médico de histéricas e a ser internadas em sanatórios. Em ambos os casos, o objetivo era a docilidade e submissão das mulheres às regras morais e sociais, além de legitimar a dominação masculina, e, mais tarde, o controle institucional de seus corpos (SZASZ, 1979 apud ESQUINSANI; DAMETTO, 2012).

Os autores apontam para o caráter secular da vinculação dos corpos e comportamentos femininos à loucura. Em diversos idiomas como português, espanhol, alemão, italiano e francês, a palavra ‘loucura’ é feminina (ESQUINSANI; DAMETTO, 2012). Dessa forma, se a insanidade é mulher, logo, é este corpo que sofre purificação. Essa relação ultrapassa as

fronteiras do mundo Ocidental, além de estabelecer reflexos nítidos nos séculos seguintes. Para uma melhor interpretação, Garcia (1995) alerta para as funções sociais circunscritas como filhas, esposas e amantes silenciadas por psiquiatras.

1.3 - Questões de gênero e a experiência do adoecimento mental

Segundo Engel (2007), no final do século XIX, o controle social foi marcado por interesses burgueses destinado a novas técnicas de disciplinarização e punição aos corpos desviantes. Foram estabelecidos novos modelos de moralidade e condutas afetivas, sociais e sexuais. O que estava em jogo eram novos parâmetros de civilização e modernidade importados da Europa.

Ainda conforme a autora, um aspecto importante desses novos moldes foi a implementação e consolidação da medicalização da loucura. O cuidado e a tutela dos acometidos(as) por algum transtorno mental ficou exclusivamente sob responsabilidade dos alienistas. Ou seja, a decisão sobre a autenticidade ou não de um doença mental cabia aos médicos alienistas. As condutas sexuais, expressões religiosas, sociais e políticas passaram a sofrer rigorosa vigilância.

Foucault (1982) mostra que a doença mental se refere a algo fabricado culturalmente e que não tem relação com uma verdade absoluta e universal, apesar da tentativa de a tornar parte do senso comum. Ao médico, foi destinado o controle moral, e não uma prática terapêutica com a finalidade de amenizar o sofrimento psíquico do(a) paciente. “O louco tinha que ser vigiado nos seus gestos, rebaixado nas suas pretensões, contradito no seu delírio, ridicularizado no seu erro” (Foucault, 1975:82).

Os alienistas defendiam que as mulheres possuíam mais chances de ser acometidas pelos transtornos mentais do que os homens. “Esta era a grande razão alegada para tirar as mulheres dos empregos, negar-lhes direitos políticos e mantê-las sob controle masculino na família e no Estado” (Garcia, 1995, p. 57). Os médicos atrelaram a anatomia feminina ao âmbito doméstico, à maternidade e aos cuidados. Via de regra, os discursos propagados circulavam e estavam associados à defesa da família.⁶

⁶ Qualquer semelhança com os discursos atuais não é mera coincidência, faz parte de um retrocesso. O sucateamento das políticas voltadas à saúde mental e os discursos inflamados pelo presidente, colocam, mais uma vez, as mulheres como alvo de controle, proibições e submissão.

Houve um momento em que a feminilidade e histeria eram interpretadas como sinônimos. De acordo com Garcia (1995), o saber médico defendia que a histeria estava associada a uma espécie de “essência feminina”. Os sintomas do transtorno passaram a ser relacionados a vaidade, inveja, ciúmes, emotividade, falta de vontade, capricho e exibicionismo. Existia a explícita intenção de dominação e estabelecimento da autoridade masculina em detrimento da feminina. Ou seja, o controle dos corpos escapava para além das paredes de um asilo.

O controle da sexualidade apresenta papel fundamental nesse contexto, visto que o desejo sexual feminino foi por muitas décadas entendido, frequentemente, como não existente. Era esperada a supressão do desejo sexual por meio do ‘instinto materno’. Assim, a maternidade emergiu como forma de salvação para o transtorno mental. A demonstração da libido constituiu uma conduta anormal. Por outro lado, a falta de desejos sexuais não poderia ser significativa a ponto de causar repulsa, pois poderia atuar como empecilho na realização da maternidade, Engel (2007). Por consequência, uma das bases da constituição do saber psiquiátrico foi pautado na sexualidade. Tanto o reconhecimento da falta ou do excesso do impulso sexual, levou os alienistas a estabelecerem vínculo entre o adoecimento mental e a sexualidade. Desse modo, à mulher, era permitido envolvimento sexual apenas para fins de procriação.

Ao longo dos séculos, o órgão genital feminino foi elencado a diversos mistérios e histórias. A partir dessa questão, Engel (2007) assinala a dificuldade que havia entre os psiquiatras na dissociação entre a histeria e os mistérios. Por sua vez, despertava nesses homens fascínio e temor. As técnicas terapêuticas destinadas ao controle da sexualidade feminina em diversos momentos incorporavam-se a métodos de torturas.

No Brasil, por exemplo, como mostra M.C. Cunha, para mulheres barulhentas a mordaça continuava sendo o melhor remédio: “As mulheres permaneciam toda a noite com os pés e mãos amarrados, os pés unidos e as mãos atadas ao leito, havendo registros de óbitos por asfixia conseqüente deste tipo de contenção. Durante o dia, as mulheres, sobretudo as menos dóceis, permaneciam frequentemente amarradas aos pés da cama, para evitar indisciplina decorrente do livre exercício da atividade sexual. A camisa-de-força era largamente utilizada, não sendo seu uso sequer posto em questão como o principal expediente disciplinar”. (CUNHA, 1987, p.60 apud GARCIA, 1996, p.53)

Por meio deste contexto de sanções, torturas e silenciamento que a construção do significado de ‘ser mulher’ foi ao longo dos séculos solidificada ao ponto de tornar-se natural a visão da mulher como inferior ao homem e o devendo submissão. Sendo assim, a reflexão

sobre as relações de gênero é capaz de levar a uma releitura do campo da saúde mental, como apontam diversas teóricas contemporâneas.

1.4 Ordem médica, matrimônio e sexualidade

Conforme aponta Costa (1989), a consolidação do Estado em meados do século XIX, contou com o auxílio da ordem médica para instaurar princípios específicos no seio familiar. A partir deste momento, houve significativas transformações nos padrões sociais, principalmente as disposições higiênicas acerca do casamento. De modo que os valores relacionados ao amor, a solidez da família, a proteção à prole e à pátria fossem absorvidos por homens e mulheres.

Por intervenção da medicina, cabia à família burguesa higiênica o cuidado com os(as) filhos(as) e todas as responsabilidades e compromisso que essa tarefa requer. A medicina influenciou na luta contra a união consanguínea. De forma semelhante, a saúde física e mental também passou a constituir parte do saber médico. Por consequência, a regulamentação do corpo se deu por meio da sexualidade e da procriação, qualquer outro tipo de relação que não ocasionasse descendentes, eram excluídos e sofriam retaliações sociais.

Há significativas diferenças entre os matrimônios coloniais e aqueles denominados como casamentos higiênicos. No primeiro caso, a união entre casais não ocorre de forma afetiva, o amor e a atração física não constituíam elementos importantes para o casamento. Portanto, a aliança era decorrente do intercâmbio de riquezas. Por consequência, o fluxo de circulação patrimonial condiciona a circulação de mulheres, como aponta o autor. No segundo caso, a união conjugal higiênica colocou o cuidado com a infância e a honra ao Estado em primeiro lugar.

Com a higiene, a vida deste cidadão ordinário, habitante comum da grande cidade brasileira do séc. XIX, vai girar em torno dos filhos: vai casar para ter filhos; trabalhar para manter os filhos; ser honesto para dar bom exemplo aos filhos; investir na saúde e educação dos filhos; poupar pelo futuro dos filhos; submeter-se a qualquer tipo de opressão pelo amor dos filhos; ser acusado e aceitar a acusação, ser culpabilizado e aceitar a culpa, por todo tipo de mal físico, moral ou emocional que ocorresse aos filhos (COSTA, 1989, p.251)

A relação entre pais e seus descendentes estendia-se aos cuidados concedidos após o nascimento. O futuro das crianças dependia dos bons exemplos e boa saúde de seus progenitores. De acordo com esse novo preceito vendido pelo Estado e o saber médico, os matrimônios consanguíneos foram interpretados como prejudicial à prole, podendo gerar pessoas com aspectos fora da normalidade e com problemas de saúde. De forma análoga, a

união entre homens idosos e adolescentes foi desaprovada, uma vez que o corpo prematuro de uma esposa jovem demais poderia trazer risco ao feto. Em relação aos homens mais velhos, a idade avançada poderia afetar negativamente o processo de gerar uma criança. De forma geral, o olhar para a velhice sofreu transformações radicais. Antes, no período colonial, quanto mais idade, maior a sabedoria acumulada. Entretanto, no século XIX, houve a estigmatização da velhice, passando a ser interpretados(as) como pessoas que não desempenham serviços para o Estado.

Os(as) jovens, em idade de procriação, poderiam escolher seus parceiros(as) para selar a união. O afeto, o amor e demais atrações são, agora, aceitas. Esse novo modelo de escolha colocou a sexualidade à luz do bom desempenho da família higiênica, de seus filhos e o desenvolvimento populacional do país. “O sexo, dentro da legalidade do matrimônio, tornou-se objeto de regulação médica, não por seus excessos, mas por suas deficiências” (COSTA, 1989, p.227). O desequilíbrio da vida sexual poderia acarretar a degradação moral do casal e interferir na saúde física dos(as) filhos(as). Havia a possibilidade de mulheres insatisfeitas sexualmente aderir ao hábito da masturbação, esse ato, acreditava-se os médicos, poderia provocar abortos e levar esterilidade.

O amor entendido pela medicina constituiu-se de forma pragmática. Apesar do sentimento romântico e afetivo, o objetivo do casal ainda consistia em sua perpetuação. Portanto, o discurso médico ligou-se, em parte, ao amor (ainda que potencialmente contaminado pelo romantismo) para disciplinar o casamento junto ao Estado, Costa (1989). Assim, as meninas aprendiam desde cedo a importância das relações sexuais no interior das relações conjugais. Afinal, as mulheres deveriam ser destinadas ao espaço doméstico, criação dos(as) filhos(as) e satisfação dos desejos de seus maridos.

Gozar com amor significava tirar o máximo prazer da vida em família. O sexo precisava do amor para permanecer circunscrito nos limites da casa. Ao Estado interessava não só a família fecunda, mas a família responsável. Manter os filhos era tão importante quanto produzi-los (COSTA, 1989, p.234)

O poder de escolher seus(as) cônjuge significou maior responsabilidade social e também sobre as expectativas de seu/sua parceiro(a), visto que são consequências de uma preferência pessoal. Além desta perspectiva, ao amor, compreende novas funções sociais masculinas e femininas. A mulher é destinada ao papel de fragilidade, delicadeza, doçura e submissão. A justificativa para esta disposição está na fraqueza natural de seus órgãos. A consequência dessa carga é a construção da mulher como figura que emana amor e cuidados. Requisitos perfeitos

para mais tarde relacionar essas características à vocação da mulher para a maternagem. Aqui, então, mais uma vez, foi reforçada a ideia da naturalização do comportamento feminino.

A partir da concepção higiênica das relações, a personalidade do homem consiste na virilidade. Seus sentimentos deveriam ser apresentados de forma direta e exige-se deles uma menor disposição para abdicar de seus desejos, se comparados com as mulheres. Neste ponto, a instituição higiênica encontra dificuldades para lidar com dois padrões opostos convivendo diariamente no interior de um casamento. Costa (1989), pergunta-se como fazer com que os homens suportem as imposições amorosas e caprichosas das mulheres? Considerando que todo o discurso em torno de suas personalidades e necessidades foram históricos-socialmente construídas. Neste contexto, a maternidade e a paternidade funcionam de modo a reduzir as arestas dos produtos das distinções sentimentais, visto que o amor à prole foi fixado como espontâneo. Cabe salientar que o modelo de pai higiênico impunha muitos deveres e poucos direitos ao homem, assim como para a mulher.

O objetivo geral desta ação higiênica foi fixar a figura do homem ao pai de família, em troca, eles receberam o consentimento para exercer o machismo. Dessa maneira, “o machismo foi-lhe oferecido por uma pífia compensação pela usurpação de seu tradicional poder” (COSTA, 1989, p.249). Por meio dessa transformação, houve mudanças comportamentais na conduta dos chefes de família. Algumas características da Modernidade foram impregnadas em suas condutas.

O acordo fechado entre o Estado e o homem que passou a desempenhar o papel de chefe de família, colocou a submissão da mulher no centro dessas negociações. O grande proprietário de terras e escravos foi expropriado, assim, restou apenas a figura feminina para descarregar toda a sua opressão e dominação. Portanto, a esposa constituiu-se a única propriedade privada. A partir desse esquema, foi atenuado a objetificação sexual da esposa. Segundo o código machista, os homens possuem liberdade para abordar a esposa do outro, ela, por sua vez, deve resistir às investidas. Caso ocorra sucesso em uma das tentativas de sedução, a mulher torna-se adúltera e é culpabilizada por não cumprir a sua função social e moral de dedicação à prole e ao cônjuge. Assim, a honra ganha cada vez mais força, pousa sobre o controle das esposas e vigilância dos(as) filhos(as) em defesa da moral.

O processo da colonização das relações conjugais reforçou e reduziu a função social das mulheres à família e à maternidade. A amamentação foi naturalizada e passou a constituir parte do verdadeiro amor materno. Vale sublinhar que tal prática auxiliou na disciplinarização feminina. Afinal, “amamentar era uma maneira de levá-la a preencher o tempo com uma tarefa

útil e absorver, livrando-a dos perigos do ócio e dos passatempos nefastos à moral e aos bons costumes” (COSTA, 1989, p.259). Ainda de acordo com a imposição da mulher a esfera privada, vale ressaltar que o ‘gosto’ pelo trabalho doméstico foi transformado em uma característica da nossa personalidade e psique, “una aspiración proveniente de las profundidades de nuestro carácter de mujeres” (ACTIS, CREMONA, GARIGLIO, 2018, p.253).

Embora a urbanização tenha possibilitado o acesso a livros e ideias de emancipação, não demorou muito e, estas convicções foram absorvidas pelo sistema higiênico. O discurso propagado para mantê-las como donas de casa e afastá-las da esfera pública em direção ao trabalho e a intelectualidade, consistia, em afirmar que as tarefas domésticas não poderiam ser desempenhadas pelos homens, pois são inúteis. A nobreza de seu papel foi reiterada a todo momento.

Todo o processo de convencimento desenvolvido acima, liga-se ao vínculo estabelecido entre o capitalismo e o patriarcado. As teóricas Actis, Cremona e Gariglio (2018) destacam a função que ambos os sistemas desempenham no direcionamento afetivo e emocional. Segundo as autoras, o sexo, o romance e o casamento são elementos de um mercado consumidor. Portanto existe uma espécie de ordem econômica que gerencia sentimentos, ações e os lugares que cada um(a) deve ocupar, de modo a perpetuar o bom funcionamento das normas morais.

Quanto às denominadas ‘mulheres mundanas’ e ‘excêntricas’, a elas restou a loucura como punição por seus atos fora da lógica higiênica. O hábito pela leitura, estudos e a música as colocavam como indivíduos que poderiam, potencialmente, ascender as desordens mentais. A correspondência entre mundanismo e o transtorno desempenhou funções essenciais na domesticação feminina, de acordo com Costa (1989). A inflação das regras sociais constitui causas de enfermidades físicas e mentais.

Diante de todas as pressões sociais resgatadas até o momento, seria impossível não haver reivindicações por melhores condições de vida. Desse modo, as demandas femininas eram interpretadas pela medicina como nervosismo. Impor seus interesses e denunciar práticas dominadoras, foi lido como sinônimo de ataques nervosos pela ordem médica.

Quando insatisfeita com as obrigações sociais e domésticas, a mulher tinha um ataque de nervos; quando descontente com as privações sexuais, também fazia apelo ao nervosismo. Tiranizada pelo nervosismo médico, a mulher serviu-se desse mesmo nervosismo para defender-se de seus opressores e oprimir seus opositores (COSTA, 1989, p.272).

O autor salienta que é fundamental entender em quais cenários as mulheres viram-se forçadas a fazer uso do corpo como instrumento para alcançar suas garantias sociais. E complementa “a utilizarem o sofrimento e a doença como forma de resistência e ataque ao poder do homem e como forma de esquivar-se às obrigações familiares que lhes foram impostas pela higiene” (COSTA, 1989, p.272). Por consequência desse contexto, a agitação e a agressividade são patologizadas e encaminha as mulheres para a psiquiatrização e medicalização de suas demandas. O casamento higiênico estabeleceu a correlação entre mulher nervosa e a mãe, da mesma forma que o homem machista está para o modelo do pai.

O amor romântico constitui parte da construção da subjetividade feminina, visto que é um produto cultural e histórico. Perpassa por parte considerável das falas do grupo de mulheres observadas na construção desta monografia. Nesse sentido, a obra de Jurandir Freire foi resgatada para melhor compreender o complexo esquema de desarticulação e fragmentação das famílias coloniais até a ascensão da normalização e estatização dos vínculos parentais. No decorrer da próxima seção serão discutidos os desdobramentos e interferências da Modernidade nos relacionamentos amorosos.

1.5 - Sexualidade na contemporaneidade

Diversas mudanças nas esferas do amor, casamento e sexualidade foram iniciadas a partir da Modernidade. O amor-paixão e o erotismo entraram como parte fundamental para o estabelecimento das relações conjugais, segundo Araújo (2002). Essa nova concepção de casamento criou expectativas diferentes daquelas fixadas anteriormente à Modernidade. Antes, os matrimônios giravam em torno de questões econômicas, agora, na contemporaneidade, passa a imperar o amor romântico e seus desdobramentos como centrais à institucionalização da vida conjugal.

A sexualidade sofreu interferências e remodelagens semelhantes, principalmente para as mulheres. O sexo destinado apenas para a procriação no interior do matrimônio foi, gradativamente, substituído por prazer, desejo e disponibilidade à medida em que se avançava a ideologia individualista moderna. A revolução sexual impulsionada, sobretudo pelo movimento feminista nos anos 1960, e a industrialização de medicamentos contraceptivos e de absorventes femininos influenciaram na transformação da intimidade e na vida pessoal dos indivíduos, como a possibilidade da circulação das mulheres no espaço público nos períodos menstruais.

A batalha travada parte do pressuposto de que as mulheres são vítimas de opressões, afirmando que a união entre mulheres e homens não está no terreno da natureza, sendo assim, passível de mudanças políticas e sociais. As exigências de direitos têm origem no “descompasso entre a afirmação dos princípios universais de igualdade e as realidades da divisão desigual dos poderes entre homens e mulheres” (Fougeyrollas-Schwebel, 2009, p. 144). A impossibilidade de alcançar a igualdade no interior do sistema patriarcal mostra-se como um dos principais fundamentos do movimento.

As ações de emancipação dos corpos femininos, inicialmente, na década de 1960, reconheceram e denunciaram as relações de dominação principalmente aquelas que envolviam as dominações de gênero. Portanto, o questionamento de concepções histórica, ideológica e socialmente construídas desequilibra de forma significativa pressupostos cristalizados que tendem a naturalizar sanções que resistem aos processos de conscientização, oposições entre homens e mulheres. Um traço importante da dominação consiste na ocultação das demandas do outro.

Dessa forma, questões que são muitas vezes vivenciadas por grande número de mulheres, são colocadas no âmbito privado, e interpretadas apenas como um simples caso excepcional. Diante disso, o dominador recebe e garante a posição de representante universal, enquanto os dominados são construídos à margem e sob tutela dos dominantes. Ou seja, opressores e oprimidos não estão em posição de igualdade, como salienta Apfelbaum (2009).

Contudo, ao mesmo tempo que o amor romântico criou espaço para a possibilidade do estabelecimento de uma conexão emocional duradoura sob a forma da conjugalidade (o que pressupõe correspondência mútua no envolvimento), reiterou comportamentos machistas e reforçou o lugar da mulher destinado ao lar, como aponta Giddens (1993). Ainda de acordo com o autor, esse tipo de amor envolve idealizações românticas e expectativas acerca da felicidade no casamento. O indivíduo é levado a acreditar que existe um outro capaz de o completar pela vida toda, podendo apenas desta forma, torna-se inteiro(a). “O outro, seja quem for, preenche um vazio que o indivíduo sequer necessariamente reconhece - até que a relação de amor seja iniciada” (Giddens, 1993, p. 56). O produto da quebra desses ideais de relacionamento são os conflitos e a desilusão amorosa (ARAÚJO, 2002).

Entretanto, no decorrer da Modernidade, algumas mudanças impulsionadas principalmente pela revolução sexual, contribuíram para a emancipação sexual feminina. Giddens (1993), usa o termo Sexualidade Plástica para designar o tipo de relação em que a sexualidade aparece de forma descentralizada e desconectada com a reprodução. A

disseminação de formas contraceptivas também contribuiu para a liberdade sexual. Quanto ao casamento, surgem demandas atreladas à maior igualdade. O matrimônio moderno é marcado por uma série de negociações. Giddens denomina esse tipo de situação como processo de democratização dos relacionamentos pessoais.

O uso dos contraceptivos significou um passo adiante na luta pela autonomia do corpo e domínio da sexualidade feminina. Retirar essa discussão da esfera privada e levá-la até o meio público e político foi mérito das ações feministas. Pois o movimento entende que manter estas questões sob a área privada tende a culpabilizar de forma individual, principalmente, as mulheres. O consumo de pílulas, DIU e demais formas contraceptivas possibilitou a diminuição do controle dos homens sobre os corpos femininos, de acordo com Alisa Del Re (2009). Em outras palavras, o desejo pela paternidade deixa de estar apenas sobre o poder dos homens. Essa possibilidade é um avanço, mas, também, contribuiu para facilitar a negação da paternidade que não pretendem assumir, como salientam Collin e Laborie (2009).

A abertura para maior liberdade sexual, conquistado principalmente pelos movimentos feministas, contribuiu para ampliar a autonomia das mulheres e, por consequência, fragmentou o amor romântico, aponta Araújo (2002). O controle dos homens sobre as mulheres tornou viável a modificação da intimidade, de forma que “as mulheres esperam tanto receber quanto proporcionar prazer sexual, e muitas começaram a considerar uma vida sexual compensadora como um requisito chave para um casamento satisfatório” (Giddens, 1993, p. 21). Houve algumas mudanças significativas no cenário dos casos extraconjugais, havendo certa possibilidade de manifestação das mulheres em relação a estarem menos tolerantes com seus maridos e, ao mesmo tempo, com certa permissão para também encontrar outros parceiros sexuais, embora no Brasil essa liberalização ainda seja muito problemática, gerando violências domésticas contra elas e feminicídios.

De modo geral, a Modernidade trouxe em seu cerne diversos processos reflexivos. As perspectivas feministas, a título de exemplo, pensam e agem acerca do prazer como forma de garantia de liberdade e direitos, estando, por sua vez, vinculados ao autoconhecimento. Portanto, “uma mulher empoderada de seu prazer é uma mulher que compreende a sua potência sexual e as suas potencialidades individuais. Ela sabe o que está dentro e o que está fora desse terreno, o que faz bem e o que faz mal ao seu corpo. Aprende a não anular seus próprios sinais, para assim conseguir os reconhecer” (RUSSO, 2019, p.39).

CAPÍTULO 2 - Projeto Mulherão

Após esse breve histórico acerca da relação entre saúde mental e gênero, é possível passar para a descrição e reflexão a respeito de alguns relatos obtidos por meio de reuniões online de um grupo composto apenas por mulheres que possuem algum tipo de diagnóstico psiquiátrico e que são atendidas atualmente no IMA. O objetivo deste grupo é falar abertamente sobre as mazelas cotidianamente vivenciadas, além do apoio e troca de informações que funcionam como medidas terapêuticas.

Interessei-me por ele exatamente por se tratar de um grupo de mulheres. Minha inserção ocorreu primeiramente via WhatsApp na primeira quinzena do mês de março. Fui colocada em três grupos, são eles: IMA tronco I, destinado a protagonistas acima de vinte e um anos em sofrimento psíquico; IMA tronco II disponibilizado para familiares e acompanhantes de pessoas em adoecimento mental; IMA Mulherão voltado para mulheres que possuem diagnóstico psiquiátrico e são acompanhadas pela instituição.

Logo em seguida, pude acompanhar as reuniões online. O momento de me apresentar às participantes do grupo mulherão ocorreu de forma tranquila, contei com a ajuda da fundadora da ONG, Rosália Rodrigues, no início da primeira conversa. Após encerrar minha apresentação e explicar um pouco sobre a pesquisa que pretendia desempenhar, a mediadora frisou que, apesar do interesse acadêmico, eu não estava ali apenas como pesquisadora. Visto que me apresento como mulher cis gênero e assim como as protagonistas, estou, em parte, diante do mesmo sistema patriarcal. Esse fato contribuiu para me sentir incluída no grupo. Por consequência, facilitou significativamente o contato com o grupo.

A condução das conversas ocorrem por meio de mediações provenientes dos (as) estudantes de psicologia de instituições de ensino superior do Distrito Federal e psicólogos(as) voluntários(as) de forma a entender e tentar suprir as demandas das participantes. Em geral, o tema da reunião seguinte é discutido ao final da anterior, mas isso não significa que a conversa fica amarrada a temas pré-estabelecidos, pois há bastante fluidez no decorrer dos encontros.

A preocupação com o atendimento específico voltado para mulheres existe desde o início da instituição. Segundo a embaixatriz, logo no começo, a equipe notou a maior demanda por mulheres em situação de violência doméstica e a conseqüente necessidade de formas de intervenções orientadas para esse público.

Desde a sua criação, o perfil das mulheres que procuram o serviço mudou significativamente. Antes, chegavam mais mulheres vítimas de violência no interior de seus

lares. Atualmente, o perfil é bem diversificado. Existem protagonistas que possuem dificuldades em se comunicar de forma não violenta, por exemplo, e faz uso dos serviços do IMA para trabalhar essa questão. Outras não conseguem ser mães diante de seu comprometimento psíquico e estão em processo de aceitação dessa realidade. Existem aquelas que são antissociais e estão ali para melhorar a socialização.

Não é necessário possuir um diagnóstico de transtorno mental para receber acolhimento ali. Inclusive, os próprios profissionais voluntários fazem uso dos serviços do IMA, assim como os protagonistas. Por exemplo, em entrevista, a embaixatriz da instituição revelou fazer uso de consultas com o médico homeopata, assim como os (as) protagonistas. Para entender um pouco melhor como funciona a dinâmica da ONG, a entrevista usou a título de exemplo uma mulher que não consegue promover uma boa alimentação para si por não ter aprendido a cozinhar.

Considerando que em algum momento esse não aprendizado levou essa pessoa ao sofrimento, a instituição pode contribuir para amenizar essa questão. Nesse caso, outras protagonistas (diagnosticadas ou não com algum tipo de transtorno mental) podem ajudar essa mulher a desenvolver sua culinária. O interessante aqui é que em diversos momentos um (a) protagonista pode desempenhar a função de voluntário(a). Esse ponto contribui substancialmente para promover autoestima dessas pessoas que muitas vezes recebem como diagnóstico a “invalidez”.

A partir dos dados fornecidos pelo boletim de atendimento do IMA referente aos meses de fevereiro e março de 2021, o perfil das integrantes do projeto mulherão é: mulheres cis gêneros, faixa etária em torno de 25 anos, apresentam características de cor parda e são, em geral, vítimas de violência doméstica ou intrafamiliar.

2. 1 - Impacto dos medicamentos psiquiátricos sobre a sexualidade das protagonistas do IMA

A primeira reunião da qual pude participar foi em meados de março de 2021. O tema eleito para a conversa foi a sexualidade. A reunião online durou cerca de uma hora e contou com aproximadamente quinze participantes. O assunto eleito mostrou-se sensível para todas, dado que a grande maioria faz uso de medicamentos psiquiátricos que diminuem a libido. As falas demonstraram preocupação sobre seus relacionamentos (apenas uma mulher revelou estar solteira) visto que existem cobranças não apenas por parte de seus parceiros, há uma demanda

cultural, enfatizando a função da mulher voltada para servir ao outro e manter as relações sexuais em atividade.

Diversas frases chaves foram ditas no decorrer da roda de conversa online, como “o homem necessita de sexo”; “meu parceiro é paciente, mas paciência tem limite”; “você se sente mal com si mesma, é preciso cumprir o seu papel.” Essas falas foram acompanhadas de expressões de tristeza e culpa por uma futura e possível separação. Em alguns momentos foi possível notar que a respiração ficava um pouco mais longa, assim como os impactos negativos sobre a autoestima.

O ambiente virtual em si foi acolhedor, as participantes sentiam-se à vontade, trocavam informações e acolhimento entre si. O tempo de fala foi muito respeitado, não houve interrupções, pelo contrário, uma complementava a ideia da outra. Em relação ao ambiente físico, para algumas não era um espaço adequado, pois havia outras pessoas no mesmo espaço ou próximo.

Essas confissões revelam o quanto valores patriarcais sobre a sexualidade e o seu exercício foram absorvidos tanto por mulheres quanto por homens (neste caso, identificados por meio das falas das participantes do grupo). Ao ponto de serem considerados posicionamentos naturais e sem questionamentos a respeito do próprio relacionamento em si, dos desejos de cada uma, da relação delas com seus corpos, com vivências sexuais anteriores, dentre muitos outros aspectos.

A hipótese de perda do companheiro em decorrência da falta de sexo, foi interpretado como algo passível de entendimento e quase como algo a se concordar, justificando o afastamento dele. Diante dessa situação, as mulheres recorrem à troca de técnicas entre si para estimular a libido, na busca de colocarem-se em nova condição ou recuperarem uma disposição afetivo-sexual anterior. Em nenhum momento foi visitada a possibilidade de um relacionamento sem sexo, mesmo que momentâneo, ou do desinteresse da mulher pelo parceiro ou da história de conflitos do casal.

No momento em que a mediadora da reunião perguntou se essa situação de desinteresse delas pelo ato sexual e, mesmo assim, o realizar com o parceiro chegava a classificar um relacionamento abusivo, apenas uma participante reconheceu que pode sim haver traços, afirmando “acaba tendo um relacionamento abusivo”. Quando entrou em pauta a possibilidade de romper o relacionamento e ficar solteira, houve uma espécie de desânimo, uma moça relatou ser o “fim do mundo”, justificando a exclusão social que sofreria diante da solteirice. Segundo o relato delas, uma mulher que não possui companheiro é malvista pela sociedade, é entendida

como alguém que está à procura de um relacionamento a todo custo e não teria pudor nesta suposta 'busca' desenfreada, se tornando concorrente de amigas, parentes etc., desrespeitando aquelas que já têm seu relacionamento. Dessa forma, estar em uma relação conjugal ou praticamente conjugal atuaria quase como sinônimo de estabilidade da mulher, honestidade e confiabilidade no meio social.

No decorrer da segunda reunião online, que ocorreu no dia vinte e quatro de março, contou com aproximadamente doze participantes e durou cerca de uma hora. Foi discutido brevemente a respeito da rivalidade e competição entre mulheres, como uma continuidade do final da reunião anterior. Muitas vezes, segundo elas, tal rivalidade manifesta-se pela falta de abertura e ataques entre as mulheres, possivelmente, decorrente da insegurança.

Ao abordar a rivalidade e a competição, Zanello (2018) afirma que uma das formas de subjetivação feminina ocorre por meio do que ela denomina por dispositivo amoroso. Aos homens, cabe o papel de escolher e qualificar, até finalmente eleger uma mulher para se relacionar, estando ela em posição passiva de objeto. Em contrapartida, a mulher está em posição de desempoderamento e em disputa com as demais pelo olhar do homem que as avalia e elege (Zanello, 2018).

Ainda de acordo com a autora, existe um lugar simbólico onde as mulheres são colocadas diante dos homens para serem avaliadas e escolhidas. Nessas circunstâncias, as mulheres se comportam de forma hostil e competitiva entre si, em busca de se destacarem do conjunto. Esse lugar simbólico recebeu o nome de "prateleira do amor". Em suma, "ser escolhida é sempre um valor relacional, ou seja, produzido na comparação com outras mulheres disponíveis também nessa prateleira simbólica" (ZANELLO, 2018, p, 89).

Voltando a discorrer sobre o segundo encontro do grupo, houve a participação especial de uma sexóloga. Dentro de pouco minutos, a conversa foi direcionada novamente para a sexualidade. A convidada afirmou que, apesar de ter retirado o útero, "ainda continua sendo mulher" (palavras dela). Aqui é possível notar que 'ser mulher' aparece intimamente ligado a ser sexualmente ativa, uma vez que sua condição reprodutiva e maternidade biológica teriam se tornado inviáveis com a retirada do útero. Essa implicação seria estendida para os homens também, com a retirada da próstata.

Portanto, a consolidação da identidade de gênero de mulheres e homens, que não se firma mais na procriação, movimenta-se exclusivamente em direção à sexualidade, o que acaba por reforçar o padrão patriarcal de vincular as mulheres, enquanto mulheres, por se sentir atraída e atrair sexualmente homens. Apesar do caráter descontraído que as conversas ganham no

grupo, a sexóloga estava em uma posição de autoridade, pois é vista como alguém que detém conhecimento científico sobre as questões abordadas, podendo gerar ainda mais pressão sobre as participantes no esforço de se verem obrigadas a se abrirem para o intercuro sexual.

Uma possibilidade sugerida pela convidada foi a realização da reposição hormonal, provocando a continuidade da ovulação. Afinal, foi salientado, por ela, que “o sexo dá saúde, é vida”, “a falta pode causar insônia, queda de cabelo, depressão...” entre outros problemas. Alguns minutos depois, a conversa voltou-se para formas de conseguir prazer sexual sozinha, com uso de vibradores e outras fontes de prazer. Esse ponto seria essencial, pois proporciona conhecimento sobre o próprio corpo e, por consequência, haveria mais autonomia da mulher para se (re)conectar com o desejo sexual. Nesse momento, uma voluntária e estudante de psicologia explicou sobre os impactos positivos do autoconhecimento corporal. Dialogar sobre outras fontes de prazer gerou alguns questionamentos entre as participantes, soou-lhes como algo novo. Inclusive, uma moça fez a seguinte pergunta por desconhecer formas de autossatisfação: “usar um vibrador não atrapalha a conhecer outra pessoa?”

No final dessa reunião, a sexóloga tocou em um ditado popular muito forte e antigo: “o útero é a mãe do corpo.” Houve a tentativa de desmistificar essa afirmação. Segundo a convidada, essa concepção toca em questões religiosas e aparece como um tabu. Visto que se entendia que o útero possuía influência sobre toda a organização e administração do corpo, do psiquismo e das ações femininas.

O útero está historicamente atrelado ao comportamento das mulheres no interior do patriarcado, como foi exposto no decorrer desta parte da monografia. Ele aparece no imaginário patriarcal não apenas como mãe do corpo, mas também como mãe dos pensamentos e ações contrárias à moral estabelecida, caso não esteja bem ajustado para a procriação e destinado a servir aos desejos masculinos. A construção do saber médico a respeito das desordens mentais femininas foi solidificada de forma que as colocou mais próximas a sofrer de algum tipo de transtorno no decorrer de suas vidas.

É quase como se a condição de mulher, por sua própria natureza, beirasse a patologia. As manifestações dessa condição diagnosticadas pelos médicos, embora possam assumir caracteres físicos, são principalmente de ordem mental. Na verdade, às vezes a relação entre esses dois domínios é de tal forma intrincada, que eles se sobrepõem. Os genitais parecem ter uma capacidade singular de interferência na estrutura da mente feminina. (ROHDEN, 2009, p. 141)

A conformidade médica da segunda metade do século XIX registrada por meio de teses e resgatada pelo trabalho de Rohden (2009), colocava o útero como sede da histeria. Esse

órgão passou a ser responsável por grande parte dos incidentes histéricos, dado que está envolvido em toda a economia do corpo feminino. Ou seja, até então, apenas as mulheres poderiam ser acometidas pelo transtorno. Tanto a histeria quanto a clorose foram vinculados à vida sexual e reprodutiva das mulheres. Uma das inúmeras recomendações de formas de tratamento consistia na cirurgia dos genitais para controlar a transtorno mental. Em suma, “trata-se de um terreno de desordens que passa pelo corpo, pela mente, pela moral feminina e chega até a sociedade. E é sobre esse vasto e indefinido terreno que os médicos e, em especial, os ginecologistas e obstetras, atuam” (ROHDEN, 2009, p. 116).

O período menstrual foi interpretado pelo saber psiquiátrico como um momento de intensas manifestações dos desejos sexuais e, marcado por inúmeras formas de instabilidades. As fontes das agitações são buscadas em causas orgânicas e, em geral, o útero, assim como a menstruação, eram constantemente usados para justificar comportamentos femininos que desviavam das normas sociais. Dessa maneira, a conduta das mulheres foi por muito tempo patologizada e a menstruação evocada a todo momento. Adjetivar as atitudes femininas por meio de uma loucura potencial leva a desqualificação de suas ações e desejos.

Esses momentos de imprevisibilidade comportamental ameaçam as ordens estipuladas, a subordinação masculina e a sexualidade destinada apenas à reprodução. Vigiar e controlar as fases da vida reprodutiva, assim como a puberdade, a maternidade e a menopausa são essenciais, pois, são períodos “privilegiados para se constatar que quando a sexualidade feminina está restringida à reprodução, funciona como a melhor garantia e justificativa do exercício do papel correto das mulheres na sociedade” (ROHDEN, 2009, p. 144).

A menopausa é descrita como o momento de descanso e tranquilidade, após um longo período de dedicação aos filhos (Rohden, 2009 apud Fausto, 1846). É o momento que ocorre a perda do interesse sexual, a união matrimonial passa a ter como base a amizade e o afeto. Esse período é uma espécie de compensação pelos serviços proporcionados, pode ser interpretado também como o fim de uma missão. Por fim, toda a responsabilidade reprodutiva é dada às mulheres, aos homens, muito pouco é mencionado. A existência masculina não é alvo de problematizações e vigilância quanto a sua capacidade e desejo reprodutivo.

A partir da discussão proposta, acompanhada das afirmações do grupo, foi possível notar que a construção do ‘ser’ mulher integra e constitui o campo de bem-estar psíquico dessas mulheres, exatamente o que se chama de “saúde mental” delas. Porém, o adoecimento mental também atinge em cheio a identidade de gênero, uma vez que a diminuição da libido decorrente

do uso de medicamentos psiquiátricos faz com que as protagonistas se sintam ‘menos mulheres’ na sociedade atual.

2.2.- Religião, patriarcado e experiências de submissão feminina

Este subtítulo abarca de forma pontual os relatos obtidos por meio das reuniões online do grupo Mulherão, relativo ao peso que a religião possui a respeito de seus comportamentos no interior de relacionamentos que, agora, elas qualificam como abusivos. Posto que a elaboração e entendimento de estar submetida a este tipo de relação não ocorre de forma instantânea, requer tempo. Principalmente, porque muitos comportamentos agressivos praticados por homens recebem outras nomenclaturas e são, frequentemente, romantizados e normalizados. Esse quadro está repleto de preceitos religiosos enraizados, de forma que atuam, reiteradamente, posicionando as mulheres à margem e submissas ao homem.

Os termos ‘patriarcado’ e ‘patriarcas’ eram empregados para nomear os homens que possuíam altos cargos na igreja, os dignitários, antes do século XIX. Isto posto, a origem das palavras possui raiz religiosa. Mais tarde, o uso estendeu-se para os chefes de família. Na contemporaneidade, em virtude das intervenções feministas, os termos são utilizados para designar o poder que os homens detêm. São interpretados como dominação masculina, opressão das mulheres, assim como subordinação e sujeição feminina, conforme aponta Delphy (2009).

Antes de iniciar a descrição dos relatos, é fundamental frisar que os envolvimento sociais de sexo são estabelecidos de acordo com a dominação masculina. Portanto, são os homens que definem o que é considerado ‘normal’ e ‘natural’. A virilidade desfruta do uso da violência e os demais privilégios vinculados à dominação, tais como a honra e o poder e, também constringe as mulheres a um lugar de disposição doméstica e sexual. Desse modo, a masculinidade é apreendida e desenvolvida nos meninos desde a infância, por meio dos mecanismos da socialização e visa inculcar a distinção hierárquica entre os sexos, conforme aponta Molinier e Welzer-Lang (2009).

A penúltima reunião que acompanhei foi realizada no dia trinta de março, contou com cerca de doze participantes e durou aproximadamente uma hora. Ao desenrolar da conversa, foi exteriorizado por duas mulheres alguns aspectos de seus antigos relacionamentos abusivos e como a religião afetou de forma negativa a interpretação que elas elaboraram na época. Uma moça afirmou que no decorrer do casamento sofreu diversas agressões psicológicas e buscou na religião, artifícios para tentar contornar a situação.

A protagonista relatou os desígnios da igreja a qual frequentava “ter que lutar pelo casamento”, apesar de toda a degradação física e mental que o cenário de violência a colocava. Ela era levada a concluir que o erro pela deterioração da relação estava nela. O sentimento de culpa, aqui perpetuado pela igreja, aparece como um elemento importante para compreender o quanto relações abusivas podem ser destrutivas.

Outra participante da conversa relatou que se casou durante a adolescência e, infelizmente, foi violentada física e psicologicamente. Escutou ofensas do marido direcionado ao seu corpo, como ela mesma narrou: “você está velha e acabada”, ela tinha apenas dezesseis anos quando recebeu esses insultos. A falta de apoio da família agravou ainda mais este cenário.

A partir das descrições acima, a sociologia possui algumas ponderações a fazer no que diz respeito à função que o sistema simbólico religioso desempenha nesse quadro. Geertz (1989) assinala o potencial da religião como conformador e reproduzidor do mundo, tal qual ele se apresenta, conservador, patriarcal, sexista, machista, entre outras características. Dessa forma, a religião pode se tornar uma força que atua sobre o que já está estabelecido no mundo, por meio de suas crenças e ritos. As cerimônias de casamento, por exemplo, carregam em si diversas concepções que contribuem para a submissão das mulheres(esposas) a autoridade dos homens(maridos). Os símbolos sagrados atuam de forma a condensar o ethos⁷ de uma sociedade.

Uma religião é: um sistema de símbolos que atua para estabelecer poderosas, penetrantes e duradouras disposições e motivações nos homens através da formulação de conceitos de uma ordem de existência geral e vestindo essas concepções com tal aura de atualidade que as disposições e motivações parecem singularmente realistas (GEERTZ, 1989, p.68).

De acordo com a definição aqui resgatada, torna-se possível afirmar que as religiões invocam sentimentos morais profundos e duradouros. As crenças possuem, principalmente, a função explicativa dos fenômenos no interior de um sistema de coisas eleitas como aceitáveis. Assim, a perspectiva religiosa compreende um modo de interpretar o mundo e suas respectivas relações sociais, conforme o que foi anteriormente pré-estabelecido. Detém o poder de reorganizar e reestruturar a ordem social, assim como a política, a economia e tantas outras esferas. Além disso, dispõe de influências psicológicas sobre os sistemas de personalidade.

⁷ Ethos pode ser entendido como costumes e particularidades comportamentais de um povo, assim como “o tom, o caráter e a qualidade da sua vida, seu estilo e disposições morais e estéticos — e sua visão de mundo” (Giddens, 1989, p.67).

Alguns elementos atuam como condicionantes sociais, a figura masculina impressa como salvador reproduz a imagem dos homens como superiores. De forma semelhante, a ilustração da Maria funciona como um símbolo virginal e contribui para manter a sujeição das mulheres. Assim, “compreender as religiões como espaços complexos e portadores de contradições, de produção, reprodução e transformação das relações sociais, em todos os domínios, do culto, dos símbolos e do saber, e não apenas o da organização religiosa.” (NUNES, 2009, p.213).

Conforme afirma Geertz (1989), estudar a religião requer “uma análise do sistema de significados incorporado nos símbolos que formam a religião propriamente dita e, no segundo, o relacionamento desses sistemas aos processos sócio estruturais e psicológicos” (Geertz, 1989, p.91). A partir dessa citação torna-se possível refletir acerca dos símbolos historicamente construídos destinados a circunscrever a conduta das mulheres e que, por consequência, agem como justificativa para a defesa da submissão feminina a masculina. Seguindo o mesmo raciocínio, pensar de modo similar sobre o impacto que as vivências destes símbolos na vida cotidiana possuem sobre a saúde mental das mulheres. Contudo, por se tratar de uma doutrina que age sobre a realidade, possui potencialidades para contornar esse cenário opressor.

2.3 - Estratégias para promoção do autocuidado e autoestima

Os temas propostos para discussão do mulherão em suas reuniões online na primeira metade do mês de abril foram: autocuidado e autoestima. Algumas ações cotidianas foram indicadas como formas de autocuidado, como fazer exercícios, praticar algum hobby, beber água e dedicar alguns minutos diários a orações. No decorrer da conversa, surgiram diálogos a respeito de atitudes que possuem potencial para afetar negativamente a saúde mental e física.

A primeira fala de uma das protagonistas foi orientada para a invisibilização de seu transtorno mental por membros da família, apesar de ter comunicado o uso de medicamentos há mais de dez anos. Infelizmente, a luta por reconhecimento dos transtornos mentais como um modo de vir a ser no mundo e a importância de seu devido tratamento sofre inúmeros estigmas. Os sintomas são frequentemente interpretados como ‘frescura’ ou algo que pode ser controlado pela pessoa.

O catálogo de estigmas que os transtornos mentais podem desencadear é longo, comumente, destaca-se a loucura, o perigo, a imprevisibilidade e a incapacidade. Neste contexto e no interior das relações sociais, Goffman (1988) marca como principal característica do

estigma, a luz e a atenção que a sociedade coloca sobre o transtorno mental, deixando nas sombras os demais aspectos da personalidade dos chamados ‘anormais’. Por consequência, há desqualificação da fala e da escuta daqueles(as) acometidos(as) por transtornos mentais.

As falas das protagonistas são marcadas pela representação social destinada às mulheres como cuidadoras natas, que devem abdicar de si em benefício de terceiros. Uma das participantes afirmou: “esqueço de me cuidar, mas cuido dos outros.” “Ajudamos tanto os outros e quando vemos já estamos em pedaços.” Zanello (2017) sublinha que o potencial biológico para a procriação feminina naturaliza os cuidados e a maternagem. Uma das consequências facilmente observáveis desse mecanismo é a culpa que as mulheres sentem por dedicar tempo a si mesmas e, não aos outros, principalmente aos(as) filhos(as).

Não se trata apenas de um trabalho exigido que se torna invisibilizado, mas de um dever sentir prazer, com a anulação ou negação de todas as ambivalências e do cansaço pelas tarefas. Mesmo aquelas que não são mães, não se esquivam do dispositivo materno, pois culturalmente é atribuído às mulheres o papel de cuidadoras natas (Zanello, 2017, p.507).

As descrições das narrativas aqui apresentadas, dizem respeito ao modo como ocorreu a materialização da divisão sexual do trabalho que, por sua vez, pode ser entendido como os resultados das relações sociais de sexo. A principal característica desse sistema é a orientação dos homens à esfera produtiva e as mulheres a reprodutiva, além da grande valorização social do trabalho masculino. Existem duas diferenças fundamentais nesse quadro: a dissociação (há trabalhos destinados a homens e outros que devem ser desempenhados por mulheres) e a hierarquização (o trabalho masculino possui mais prestígio), de acordo com Kergoat (2009). A legitimação desses princípios ocorre através da naturalização do gênero ao sexo biológico e reduz as ações sociais a funções social sexuadas.

Os trabalhos realizados pelas mulheres são, dessa forma, invisibilizados e gratuitos, além de ter em mente sempre o bem-estar dos outros em prol do amor e do compromisso maternal. Esse contexto faz com que esses dois grupos estejam em constante conflito em relação às divisões das atividades. Portanto, como afirma a autora citada acima, as relações sociais de sexo e a divisão sexual do trabalho são inseparáveis.

A maternidade possui funções sociais que possuem potencial para desencadear ou/ agravar o sofrimento psíquico. Visto que o enaltecimento da capacidade de gerar outras vidas, ocorre ao mesmo tempo que é negado, a esta mulher, espaço para reivindicar seus direitos políticos e sociais.

A onda feminista dá visibilidade as demandas sobre o trabalho doméstico e o cuidado maternal sob uma ótica de tutelação do Estado. Para esse movimento, o desempenho dessas duas atividades são dignas de intervenção do poder público. Afinal, “no amor materno, não há, portanto, a evidência de um instinto, presente por toda a eternidade na natureza feminina: o que há é uma história” (Collin; Laborie, 2009, p.134).

Em suma, o discurso é marcado pela fragmentação do ‘eu’ por meio do cuidado com o “outro”. Esse aspecto afeta profunda e negativamente a constituição da identidade. Por consequência, o adoecimento mental apresenta-se circunscrito por questões que vão além da esfera biológica. Um dos aspectos tanto da esquizofrenia quanto da psicose é o esfacelamento do ‘eu’, por exemplo. Haja vista Carvalho e Dimenstein (2004) destacam que, frequentemente, durante o atendimento médico, não são levados em conta as subjetividades de cada contexto social apresentado pelas pacientes, os sintomas físicos ou psíquicos. Estes, em geral, são consequências de complicações sociais, econômicas, arranjos familiares e assim por diante.

Nesse sentido, podemos considerar que o modelo de atenção à saúde, hegemônico, não abre espaço para a exploração de novas possibilidades existenciais para as mulheres na medida em que está centrado no sintoma, na doença e na crença da neutralidade das técnicas e intervenções, o qual funciona como dispositivo de normatização social, de disciplinarização das atitudes e docilização das forças de ruptura (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004, p.121 apud MELMAN, 2001)

A título de exemplo, alguns(as) teóricos(as) possuem estudos da associação entre o sofrimento e o aparecimento de sintomas que, infelizmente, muitas vezes são lidos como transtornos mentais (ZANELLO, 2020 apud LONGDEN; WATERMAN, 2012; KRAKVIK et al., 2015). Nessa direção, o movimento da Rede Internacional de Audição de Vozes, entende que ouvir vozes é uma forma de linguagem e não um sintoma de transtorno mental. As mensagens passadas por meio das vozes manifestam e denunciam questões de ordem racista, machista, sexista, entre outras maneiras de violência. "Assim, em função da necessidade de uma escuta e de um manejo clínico da audição de vozes que privilegie elementos que fazem parte do contexto cultural e relacional do ouvitor, como possibilidade de maior abertura para a compreensão do fenômeno. (ZANELLO, 2020, p.132). De acordo com a autora, é extremamente importante que o(a) profissional esteja atento(a) às questões de gênero, caso contrário, há altas chances de acentuar o quadro clínico da paciente.

Ainda durante a mesma conversa, uma protagonista que parecia estar em sofrimento agudo expressou de forma até um pouco poética, a questão da fragmentação. “Não sei nem onde estou.” Não sei como cheguei até aqui.” “Não sei se me deixei, se fiquei cada pedaço em um canto...” A formação da autoidentidade aparece como um ponto crucial dentro do processo

reflexivo da vida moderna, de acordo com Giddens (1993). Pensar acerca de “quem sou”, “onde me deixei” ou “onde estou” são reflexões inerentes à contemporaneidade e, auxiliam na libertação de papéis sexuais, sociais e morais feminino tradicionais e arraigados na lógica patriarcal, uma vez que não é permitido à mulher se indagar em busca de autonomia.

Adquirir autoconsciência é uma forma de buscar liberdade, assim como pensar acerca do meio no qual se está inserida, refletir “sobre as atitudes dos outros, sobre o que sentimos, sobre o que os outros sentem, e sobre as relações que construímos. Através dessa maneira, temos mais clareza, segurança e confiança de ir em direção a quem queremos ser, que é quem verdadeiramente e essencialmente somos” (RUSSO, 2019, p.40). Esse tipo de movimento é impulsionado pela disseminação de vários recursos que permitem reflexão, como a terapia, manuais de autoajuda e até mesmo conteúdo televisivo (Giddens, 1993). Desse modo, o grupo mulherão atua como um espaço dessa autopercepção e do apoio mútuo entre as participantes, podendo ser um grande ponto de referência a se reconstruírem em novas bases, superando dilemas da ordem de gênero em suas trajetórias.

Orações e demais manifestações de fé foram eleitas pelas protagonistas como forma de autocuidado. De fato, as religiões constituem importantes modos de subjetivação ao refletir acerca das questões existenciais que permeiam nossas relações humanas. Geertz (1989) salienta que as religiões fornecem modos de compreensão do mundo e formam sistemas culturais capazes de articular ações de acordo com o entendimento estabelecido sobre o mundo. As religiões possuem potencial terapêutico e podem ter atuações pautadas na resiliência e outras formas de ressignificar a experiência do sofrimento. A intervenção religiosa ocorre através de rituais, por sua vez, contribui para a reordenação comportamental do(a) religioso(a).

As estratégias para lidar com questões existenciais por meio da religião é muito presente no nosso país. A partir desta observação, é possível notar que se faz importante reconhecer que o campo da saúde é interpelado pela religião. Por conseguinte, é necessário construir um olhar sensibilizado culturalmente acerca da diferença religiosa e suas múltiplas formas de criar novos sentidos e reorientar a conduta dos indivíduos, de acordo com Bizerril (2015). Ou seja, seus diferentes meios de gerar subjetividades.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões aqui realizadas apontam para a vinculação de diversas esferas e instituições, sociais e estatais tanto na consolidação quanto na perpetuação do aprisionamento do corpo e demais elementos da construção do ‘ser mulher’ na sociedade desde longa data. O controle da sexualidade aparece de forma centralizada nos discursos médico, religioso e matrimonial, bem como na identidade “ser mulher” ainda hoje. A pesquisa mostrou que o ponto de contato, que articula e estabelece fortes laços entre esses três campos, é historicamente o patriarcado.

O tema aqui proposto, saúde mental e gênero, revelou-se central nos relatos das protagonistas, tendo como horizonte de referência a referida perspectiva patriarcal. Constantemente, mostrou-se muito bem articulado em todas as cinco reuniões do grupo Mulherão, o qual foi o objeto empírico deste trabalho de conclusão de curso. Os conteúdos das conversas reforçaram a importância que instituições, espontaneamente formadas e inseridas no tecido social, como o IMA, possuem na promoção e estímulo da saúde mental, assim como para ativar uma rede de apoio, assistência e proteção que envolve também os aparatos dos serviços públicos, acionando-os a melhor se organizarem e atuarem em prol da população, principalmente em momentos em que o Estado não viabiliza atenção para a população. No decorrer da entrevista realizada com a Sidnéia, embaixatriz da ONG, ficou cada vez mais nítido que a instituição entende que o acesso aos meios materiais (boa alimentação, compreensão dos seus direitos, acesso facilitado a recursos...) possui grande e direto impacto sobre o sofrimento psíquico, sendo este da ordem da existência vital do sujeito e de sua comunidade. O acolhimento de forma humanizada e atento à integralidade das necessidades individuais e sociais faz toda a diferença no processo de resgate da saúde.

O capítulo um expôs a ligação histórica entre a dominação das mulheres e o surgimento da loucura e, posteriormente, da saúde mental atreladas à feminilidade, como forma remodelada atual do controle sobre seus corpos. Tanto a ordem médica quanto o casamento afinaram seus discursos em prol de uma mesma finalidade, manter as mulheres no ambiente privado diante do mundo moderno. O capítulo dois está conectado com o primeiro, pois, para entender as falas levadas pelas protagonistas aos encontros do Mulherão, foi necessário traçar um contexto histórico que remonta inicialmente desde antes da Idade Média. Portanto, o segundo capítulo ateu-se mais às questões das experiências femininas na contemporaneidade, mas que nelas repercute o passado cristalizado do patriarcado.

Em suma, embora tenha ocorrido algumas transformações ao longo das décadas, séculos e milênios, foi possível notar que por mais que tenha ocorrido mudanças, o patriarcado busca formas de se atualizar, como um vírus, e se apropriar dos discursos e ações formuladas com a finalidade de libertar as mulheres e, mais uma vez, sobre tais discursos e ações colocar as mulheres em um lugar psicopatologizante de invisibilidade e sujeição. Nas relações coloniais, a título de exemplo, não existia uma normalização das famílias e do casamento, regrada pelo saber médico. Contudo, isso não quer dizer que não havia sofrimento vivido pelas mulheres. Diversas pesquisas confirmaram os maus tratos e abusos que índias e negras sofreram por parte dos homens à época. Já no século XIX, o matrimônio higiênico redefiniu as relações e normalizou o casamento por meio de regras de condutas oriundas de um saber-poder instituído a partir das ciências voltadas para a gestão da vida e da saúde. A prole passou a constituir o centro da vida em casal de referência a valores burgueses e produtivistas do capital. Tudo deveria ser suportado em nome dos(as) filhos(as), sendo que o segmento social que mais sofreu e recebeu novas restrições foram as mulheres. Por meio desse contexto, a maternagem e a amamentação elevaram-se como formas reiteradas do aprisionamento feminino. Portanto, começou a sair ao mundo público como trabalhadora com grande culpa e restrições de mobilidade na ascensão profissional.

Apesar das limitações impostas pela pandemia de COVID-19, tanto em relação à locomoção física quanto ao desgaste mental do momento para as pessoas em geral, a pesquisa apresentou-se de forma satisfatória. Infelizmente, não foi possível entrevistar as protagonistas porque o ambiente virtual ainda se apresenta de forma fria, afetando o acolhimento e a confiança que elas poderiam ter para falar sobre seus sofrimentos. Dessa forma, a investigação mais profunda de suas vivências, enquanto mulheres diagnosticadas com transtorno mental, fica para estudos futuros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACTIS, María Florencia; CREMONA, María Florencia; GARIGLIO, Rocío. **Entre el deseo y los sacrificios. El dispositivo del amor romántico en el relato de las mujeres.** De Prácticas y discursos Universidad Nacional del Nordeste Centro de Estudios Sociales | Año 7, Número 10, 2018, Octubre | ISSN 2250-6942.

ARAÚJO, Maria de Fátima. **Amor, casamento e sexualidade: velhas e novas configurações.** Psicol. cienc. prof. vol.22 no.2 Brasília jun. 2002.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro.** 1- ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

BÍBLIA. N.T. **Primeira carta à Timóteo.** In: BÍBLIA. Português. Bíblia sagrada. 4.ed. São Paulo: Ed. Ave Maria, 2009. p.1518.

CARVALHO, Lúcia; DIMENSTEIN, Magda. **O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres.** Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Estudos de Psicologia 2004, 9(1), 121-129.

Constituição Federal de 5/10/1988 (Artigo 6.º e Seção II – da Saúde)

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar.** Rio de Janeiro: Edições graal.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata W.; DELGADO, Pedro G.G. **Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019.** Trabalho, Educação e Saúde, v. 18, n. 3, 2020, e00285117. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285.

Dicionário crítico do feminismo. APFELBAUM, Erika. **Dominação.** Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. COLLIN, Françoise. LABORIE, Françoise. **Maternidade.** Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. DEL RE, Alisa, **Aborto e contracepção.** Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. DELPHY, Christine. **Patriarcado (teorias do).** Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. FOUGEYROLLAS-SCHWEBEL, Dominique. **Movimento feminista**. Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. KERGOAT, Danièle. **Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo**. Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. LHOMOND, Brigitte. **Sexualidade**. Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier.- São Paulo: Unesp, 2009.

Dicionário crítico do feminismo. MOLINIER, Pascale. WELZER-LANG, Daniel. **Feminilidade, masculinidade, virilidade**. Organizadores, Helena Hirata, Françoise Laborie, Hélène Le Doaré, Danièle Senotier. - São Paulo: Unesp, 2009.

ENGEL, Magali. (2007). **Psiquiatria e feminilidade**. In: DEL PRIORE, Mary (Org.). História das mulheres no Brasil. São Paulo: Contexto. p. 323-360.

-ESQUINSIANI, Rosimar; DAMETTO, Jarbas. **Questões de gênero e a experiência da loucura na antiguidade e na idade média**. Estud. sociol., Araraquara, v.17, n.32, p.205-222, 2012.

FOUCAULT, Michel. 1975. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

FOUCAULT, Michel. 1977. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal.

FOUCAULT, Michel. 1982. **A História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva.

GARCIA, Carla Cristina. 1995. **Ovelhas na Névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo: Editora Universidade Estadual Paulista, 1993.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GUIMARÃES, Thaís; ROSA, Lucia Cristina. **A remanicomialização do cuidado em saúde mental no Brasil no período de 2010-2019: análise de uma conjuntura antirreformista**. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 - Mai a Ago/2019.

LOURO, Guacira Lopes. **Pedagogias da sexualidade**. In: Louro, Guacira Lopes(org). O CORPO EDUCADO Pedagogias da sexualidade. Belo Horizonte:Editora Autêntica, 2000.

MACHADO, R. M. **A danação da norma**. Graal, 1978.

-PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. **Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental.** Saúde e Sociedade, São Paulo, v.17, n.2, p.82-94, jun. 2008.

PESSOTTI, I. **A doutrina demonista.** In_____. A loucura e as épocas. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1994. p. 83-120.

Psicologia, história cultural e governabilidades, racismo, etnicidade, gênero, sexualidades e corpos. ZANELLO, Valeska. **Vozes que denunciam opressões? Estudos de gênero, saúde mental e alucinação auditiva,** 2020. Coleção Transversalidades e Criação- Ética, Estética e Política. Volume 11. Editora CRV.

RABELO, M. C. M.; MOTTA, S. R.; NUNES, J. R. **Comparando experiências de aflição e tratamento no candomblé, pentecostalismo e espiritismo.** Religião e sociedade, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 93-121, 2002.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher** [online]. 2nd ed. rev. and enl. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. Antropologia & Saúde collection. 224 p. ISBN 978- 85-7541-399-9. Available from SciELO Books.

RUSSO, Mariana Monteiro. **Liberdade sexual e sexualidade feminina: discurso x prática.** Monografia (Graduação em Comunicação Social/Publicidade e Propaganda) – Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Escola de Comunicação – ECO, 2019.

Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Saúde, cultura e subjetividade: uma referência interdisciplinar. BIZERRIL, José. **O lugar da diferença religiosa nas subjetividades sociais brasileiras e suas implicações para a saúde.** organizadores, Fernando González Rey, José Bizerril. – Brasília: UniCEUB, 2015.

TENORIO, Fernando. **A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos.** *Hist. cienc. saúde-Manguinhos* [online]. 2002, vol.9, n.1, pp.25-59. ISSN 1678-4758. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702002000100003>.

TOSI, L. **Caça às bruxas: o saber das mulheres como obra do diabo.** Ciência Hoje, Rio de Janeiro, v. 4. n. 20, p. 35-42, 1985.

ZANELLO, Valeska ; GOMES, Tatiana. **2010. Xingamentos: sintoma e reprodução da sociedade patriarcal.** In: Magalhães, Maria e Cols (Org.). Quem tem medo dos feminismos? Vol II. Lisboa: Nova Delphi.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivo: cultura e processos de subjetivação.** Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, Valeska. **Sofrimento psíquico, gênero e violência: narrativas de mulheres atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II).** Mulheres e violência: interseccionalidades. Brasília, 2017. TECHNOPOLITIK I. Stevens, Cristina (Org.) II.

Oliveira, Susane (Org.). III. Zanello, Valeska(Org.). IV. Silva, Edlene (Org.). V. Portela, Cristiane (Org.).

ZANELLO, Valeska; BUKOWITZ, Bruna. **Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados.** labrys, études féministes/ estudos feministas juillet/décembre 2011 -janvier /juin 2012 - julho /dezembro 2011 -janeiro /junho 2012.

ANEXO I – ENTREVISTA DIRECIONADA À EMBAIXATRIZ DO IMA

- 1)Quais dificuldades encontradas em conseguir tratamento para o filho por meio das ofertas do Estado?
- 2)Quando pensou que fosse necessário construir o IMA? Quando percebeu que seria possível construir o IMA?
- 3)Por que o nome IMA?
- 4) Quais os objetivos iniciais da instituição?
- 5)Quais ajudas conseguiu no começo? Como foi conciliar a vida pessoal com a fundação da ong?
- 6)Como a sociedade civil a ajudou na construção do IMA? Quais parcerias foram estabelecidas inicialmente?
- 7)Quais foram as principais dificuldades enfrentadas ao longo dos 12 anos de existência do IMA? E quais foram as principais alegrias e êxitos ao longo desses anos?
- 8) Quais os objetivos hoje do IMA?
- 9) Como é sua presença e atuação hoje na instituição?
- 10) Você participa do grupo de mulheres desde que foi formado? Quando foi sua formação e quais seus objetivos na época e hoje? Quem são suas participantes?
- 11)Como percebe a situação da rede de saúde mental estatal atualmente?
- 12)O IMA possui algum tipo de financiamento governamental?
- 13)Segundo o boletim do mês de fevereiro, o IMA funciona também como ponto de apoio para instituições como o Ministério Público, Poder Judiciário, Secretaria de Estado de Assistência Social, Secretaria de Estado de Justiça, Secretaria de Estado de Saúde e Defensoria Pública do Distrito Federal. Como funcionam essas parcerias?
- 14) O que você ainda almeja para o IMA?
- 15) O Sisvido é uma plataforma ou os dados são colocados manualmente? Como o ele funciona?