



Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas da UFPI

# III SINESPP

20 a 24  
OUTUBRO  
2020

SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE ESTADO, SOCIEDADE E POLÍTICAS PÚBLICAS  
Democracia, desigualdades sociais e políticas públicas no capitalismo contemporâneo

## EIXO TEMÁTICO 9 | QUESTÕES DE GÊNERO, RAÇA/ETNIA E GERAÇÃO

### ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA SAÚDE MENTAL: aspectos de gênero presentes

Tahiana Meneses Alves <sup>1</sup>

#### RESUMO

Esta comunicação analisa os itinerários terapêuticos percorridos por usuários de um serviço de saúde mental do Piauí. Os itinerários terapêuticos sofrem influência de seu contexto sociocultural, sendo destacados os aspectos de gênero. Homens e mulheres experimentam diversos recursos, que podem ser formais (no sistema de saúde, em equipamentos próprios de um modelo tradicional de assistência psiquiátrica ou em dispositivos do modelo de atenção psicossocial) e informais (suporte familiar, de amigos, atividades de cunho laboral ou criativo, religiosidade, lazer, estratégias de empoderamento).

**Palavras-Chaves:** Saúde Mental; Gênero; Itinerários Terapêuticos.

#### ABSTRACT

This communication analyzes the therapeutic itineraries taken by users of a mental health service in Piauí. The results show that therapeutic itineraries are influenced by their socio-cultural context, with emphasis on gender aspects. Men and women experience different resources, which can be formal (in the health system, in equipment typical of a traditional model of psychiatric care or in devices of the psychosocial care model) and informal (family support, friends, work or creative activities, religiosity, leisure, empowerment strategies).

**Keywords:** Mental Health; Gender; Therapeutic Itineraries.

#### INTRODUÇÃO

Esta comunicação tem o objetivo de analisar os aspectos de gênero presentes nos itinerários percorridos por usuários da saúde mental. Parte-se das experiências de

---

<sup>1</sup> Graduada em Serviço Social e Mestra em Políticas Públicas (UFPI). Mestrado e Doutorado (em processo de reconhecimento) em Sociologia pela Universidade do Minho.

homens e mulheres com diagnóstico psiquiátrico e acompanhados por um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no estado do Piauí.

O contexto mais amplo no qual se desenrolam estas experiências é o da chamada Reforma Psiquiátrica Brasileira. É um processo que está em curso no país desde a década de 1970, numa conjuntura de redemocratização, e de lá até então busca romper com os saberes, práticas e instituições psiquiátricas clássicas (AMARANTE, 2013). Um de seus pilares é a “desinstitucionalização”, que, mais que promover a retirada das pessoas dos manicômios, foca na “existência-sofrimento dos pacientes e sua relação com o corpo social” (ROTELLI, 2001, p.1). Isto descortina a complexidade inerente ao campo da saúde mental: para além dos determinantes biológicos (historicamente priorizados), engloba também determinantes socioculturais.

Um destes determinantes é o gênero. E isto nos levou ao seguinte questionamento: levando em conta as premissas da RPB, nomeadamente no que diz respeito à maneira de conceber o transtorno mental (agora a partir não somente dos seus aspectos orgânicos) e a pessoa em sofrimento psíquico (agora a partir não apenas dos sintomas e diagnósticos, mas da sua história de vida), de que maneira aspectos sociais como o gênero podem se fazer presentes nos processos saúde-doença mental? Especificamente, como aspectos de gênero surgem nos itinerários terapêuticos de homens e mulheres com o diagnóstico psiquiátrico?

A partir de Connell e Pearse (2015: 42), compreendemos o gênero enquanto “a estrutura de relações sociais que se centra sobre a arena reprodutiva e o conjunto de práticas que trazem as distinções reprodutivas sobre os corpos para o seio dos processos sociais”. Conecta as relações econômicas, afetivas, simbólicas e de poder e opera de forma simultânea nos níveis intrapessoais, interpessoais, institucionais e da sociedade em geral. Produz não apenas diferenças, mas desigualdades entre homens e mulheres. Também se articula à raça/etnia, classe social, orientação sexual e outros marcadores sociais produtores de desigualdades.

Por sua vez, entendemos que itinerário terapêutico “é um nome que designa um conjunto de planos, estratégias e projetos voltado para um objeto preconcebido: o tratamento da aflição” (Alvez e Souza, 1999: 133). Também consiste “em um conjunto de processos de busca de tratamento que se inicia com a constatação de uma enfermidade e passa por diversas etapas nas quais podem se atualizar diferentes

interpretações para o sofrimento e possibilidades de cura” (Buchillet citado por Argenta, 2010: 197).

Gênero, estando presente em tantas esferas da vida social, também aparece na saúde mental e influencia os itinerários terapêuticos. Dito itso, a comunicação tem base numa pesquisa de caráter qualitativo que utilizou como principal técnica de recolha de informações a entrevista de história de vida, pois permite compreender a dialética entre o indivíduo e o social (FERRAROTTI, 1993). Foi realizada com dez homens e dez mulheres selecionados/as a partir dos seguintes critérios: ter idade a partir dos 18 anos; ter recebido um diagnóstico psiquiátrico; fazer tratamento em serviço de saúde mental há, no mínimo, 12 meses; estar em condições de dialogar e participar voluntariamente da pesquisa.

Cada entrevistado que colaborou participar teve acesso e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo comitê de ética da então Universidade Federal do Piauí- Campus Ministro Reis Veloso (hoje Universidade Federal do Delta do Parnaíba) por estar de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, através do protocolo de nº. 2.311.181.

A maioria dos entrevistados pertence às classes empobrecidas e tem baixa escolaridade. Variam quanto à cor da pele (brancos, pretos, pardos), idade (28 a 59 anos), ocupação (pintores, mecânicos, auxiliar administrativo, construção civil, vaqueiro, tatuador, trabalhadoras domésticas, donas de casa e outras atividades informais/temporárias), religiosidade (católicos, evangélicos, umbanda, sem religião), estatuto conjugal (solteiros, casados, divorciados, união estável, namorando), composição familiar (nuclear, extensa, monoparental chefiada por mulher), tinham ou não filhos, orientação sexual (heterossexual, homoafetiva), etc. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas.

## **2 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA SAÚDE MENTAL: aspectos de gênero**

Os itinerários terapêuticos de homens e de mulheres deste estudo englobam desde o acesso à rede formal de serviços (de caráter mais tradicional ou situado no campo da atenção psicossocial) até a rede informal (suporte de familiares, amigos, recursos comunitários, recursos da própria pessoa).

A trilha na busca por cura ou melhora para o sofrimento envolve alternativas para além das sanitárias e isto, por vezes, renova os sentidos que dão ao sofrimento/doença. Deste modo, como afirma Silveira (2000), os itinerários terapêuticos abarcam o uso múltiplo e simultâneo dos diversos recursos disponíveis na sociedade.

### **Modelo tradicional de atenção à saúde mental**

O acesso ao modelo tradicional de assistência psiquiátrica é central enquanto um dos recursos formais nos itinerários terapêuticos de alguns entrevistados – muitos passaram por instituições manicomiais no passado.

Mulheres descrevem a sua passagem pelas instituições manicomiais, por vezes, marcada por processos de mortificação do eu (GOFFMAN, 1974). Despidas de utilizar as disposições sociais de seu mundo anterior, passam a sofrer uma série de rebaixamentos e degradações. Vivenciam uma série de mudanças que acabam por criar a sua carreira moral – no caso, a de doente (idem). A pessoa desaparece e no seu lugar resta apenas a doença. Pode ser violentada, física ou moralmente, e até animalizada – no caso de nossas entrevistadas (ter seus pertences retirados, ser amarrada, tomar banho gelado, ser tratada como um bichinho, nenhum profissional perguntar sobre sua história de vida, etc).

Ao longo da história, mulheres foram internadas em instituições manicomiais públicas tornando-se reféns de suas origens de classe, raciais e sexuais. Fazendo referência ao Hospital Psiquiátrico do Juqueri, em São Paulo, Cunha (1989) exemplifica o peso dessas diferenças. Mulheres consideradas de “boa família” recebiam um melhor tratamento por parte de psiquiatras e outros agentes terapêuticos: podiam não ter os cabelos cortados, não ser submetidas ao trabalho dentro do asilo, ficar em alojamentos individuais, receber um cuidado com o registro de suas informações no prontuário clínico (inclusive, influenciando a atribuição de diagnósticos). Para as mulheres mais pobres, a situação era outra, pois sofriam não apenas com a dominação de gênero, mas também de classe (idem). Isto ajuda a compreender a série de mutilações vivenciadas pelas entrevistadas deste estudo, a maioria pertencente às classes populares, não brancas.

Outro aspecto referente à mortificação do eu (GOFMANN, 1974) diz respeito às marcas físicas deixadas nos corpos. Homens e mulheres se queixam de situações violentas experienciadas quando estiveram internados em estabelecimentos manicomiais.

Andrade (2012) também verificou as marcas nos corpos de seus sujeitos de pesquisa, “experientes” da Reforma Psiquiátrica em cidades do Sul e do Sudeste brasileiro. Dentes perdidos, movimentos involuntários, movimentos repetitivos, articulações enrijecidas, olhares vazios, aparências pálidas, tremedeiras – alguns dos efeitos das internações. No nosso estudo, alguns entrevistados tremiam, falavam baixinho e/ou muito lentamente. Alguns diziam estar grande parte do tempo “impregnados”, sem “forças”. Outros andavam em marcha lenta. Algumas mulheres queixavam-se do aumento de peso ou da perda da vaidade.

As marcas físicas são sentidas mesmo pelos entrevistados que não passaram por estabelecimentos de estrutura física manicomial. Isso significa que elementos de um modelo tradicional ainda se fazem presentes até nos dispositivos dentro do modelo psicossocial de atenção. Neste caso, efeitos no corpo podem ter relação com um consumo de medicamentos. Estes constituem o símbolo máximo de uma perspectiva biologizante e se enquadram num cenário já registrado por diversos autores: o da medicalização da sociedade e também a sua medicamentação (AMARANTE, 2013).

Estes fenômenos ocorrem sobretudo para as mulheres, haja vista que são elas, ainda hoje, as mais medicalizadas/psiquiatrizadas (BUSFIELD, 1996) e, conseqüentemente, mais medicamentadas (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2004; MALUF, 2010; OLIVEIRA, 2000; VIEIRA, 1999). Há um peso relativo do gênero: geralmente elas são mais vigilantes quanto à sintomatologia, buscam ajuda mais cedo e são menos resistentes aos medicamentos prescritos (OLIVEIRA, 2000). E vale ressaltar a existência da indústria farmacêutica, que elabora propagandas que são verdadeiras tecnologias de gênero influenciadoras do consumo feminino de medicamentos (AZIZE, 2010; OLIVEIRA, 2000; ZANELLO, 2014).

Um último aspecto diz respeito às atividades utilizadas como recursos terapêuticos no âmbito do estabelecimento manicomial narradas pelos entrevistados (bordar, fazer bijouteria, mexer com miçanga, jogar futebol). Todas não deixam de se

relacionar com um universo “feminino” ou “masculino”. Mas e o que essas pessoas gostam de fazer “extra muros”?

Sem desconsiderar o potencial terapêutico dessas atividades, podemos questionar sobre a possibilidade de uma intenção higienista (Cunha, 1989) ancorada em valores de gênero tradicionais. Pode ser que reforcem uma clássica condição de subalternidade, no caso das mulheres, ou de valores masculinos que, por vezes, tornam opacas maneiras mais saudáveis de lidar com as diversas e complexas experiências ao longo da vida.

Convém refletir se essas atividades têm caráter meramente ocupacionais, de entretenimento. Se assim o for, não são suficientes para promover as trocas sociais previstas na reabilitação psicossocial (Saraceno, 2001). A aquisição de habilidades (como bordar, por exemplo) deve vir junto com possibilidades mais palpáveis de reconstrução da cidadania e reinserção social. Também é importante experimentar atividades fora das “caixas” de uma ordem binária de gênero.

### **O Centro de Atenção Psicossocial**

No CAPS, a conversa é mencionada como um recurso de valioso potencial terapêutico. Foi destaque nas falas de algumas mulheres. Não por acaso, pois, considerando aspectos de uma ordem de gênero, é delas que se espera e se estimula mais expressão verbal, inclusive sobre suas angústias.

A escuta presente nas conversas é importante para valorizar questões subjetivas (que remetem para aspectos socioculturais e econômicos de suas vivências), tantas vezes negligenciadas em tratamentos de saúde mental. Possibilita a participação ativa dos usuários nos próprios itinerários terapêuticos. Inclusive, uma das ideias essenciais da reforma psiquiátrica no Brasil é “construir um centro de gravidade baseado no paciente e em suas possibilidades terapêuticas” (DELGADO, 2011, p. 4703).

Outro aspecto de gênero no cotidiano do CAPS expressa uma faceta da divisão sexual do trabalho. Mulheres entrevistadas relatam a necessidade de conciliar o trabalho doméstico com sua frequência ao CAPS. Sua rotina é dividida entre o CAPS e os afazeres domésticos, bem como o cuidado para com outros membros da família.

Por fim, um último aspecto referente ao CAPS diz respeito à interação “profissional-usuário” quanto à identidade de gênero de ambos. No CAPS, os usuários

interagem com diversos profissionais para além do médico psiquiatra. Psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, técnicos de enfermagem, entre outros, são figuras fundamentais nos seus percursos (e muitas dessas profissionais são do sexo feminino):

Mulheres entrevistadas referem a dificuldade em interagir com profissionais homens. Isso pode ter relação com as próprias experiências vivenciadas: violências de diversas modalidades praticadas por homens (pais, maridos, ex companheiros). Em outros casos, a falta de “laços de gênero” pode ser pensada em função do medo, da vergonha e de uma suposta falta de empatia por parte dos homens, que não teriam a “sensibilidade” necessária para compreender suas demandas.

### **O cuidado pela família**

A maioria dos entrevistados conta com o apoio de um ou mais familiares, que, por sua vez, quase sempre são mulheres, algo já registrado em estudos como os de Rosa (2003) e Santos (2009). Isto confirma a função do cuidado que historicamente foi atribuída ao feminino. São mães, filhas, esposas, irmãs, cunhadas e até ex-esposas as que mais manejam responsabilidades que variam entre a interação com o CAPS, a administração de remédios, a alimentação, a higiene, outras questões de saúde, as questões burocráticas, as finanças.

Geralmente, estas mulheres são as únicas familiares-cuidadoras. A maioria são mães (para mulheres ou homens), esposas (para homens). Na falta de figuras mais “ativas” como mães ou esposas numa família de modelo tradicional, o encargo fica para irmãs, filhas, cunhadas e até ex-esposas. Em vários casos, a mulher cuidadora sofre com a sobrecarga vinda do seu trabalho. Não raro são de idade mais avançada, outros problemas de saúde e atribuições extras.

Além dos cuidados de ordem mais prática, as mulheres cuidadoras são vistas como aquelas que oferecem o suporte emocional imprescindível nos itinerários terapêuticos (para homens entrevistados). Nestes relatos também é possível compreender que, por vezes, a figura da esposa se mistura à da mãe. Sobre isto, Grossi (2004) afirma que ideia do amor romântico traz uma dicotomia no caso de homens brasileiros: a mulher que se deseja sexualmente vai se tornando uma espécie de “mãezinha”.

Por outro lado, praticamente não houve relatos sobre homens cuidadores. Apenas uma das entrevistas relatou que o seu principal cuidador é o marido. No nosso estudo, o a descrição que a entrevistada faz do marido o aproxima de práticas e características mais associadas com o feminino (conversar, dar conselho, ser carinhoso, atento, preocupado, vigilante, cuidadoso, paciente, chorar quando a vê em crise). Também o manejo do corpo descrito por nossa entrevistada remete para um cuidado tipicamente maternal (pôr como criança no colo, pôr para dormir, dar banho, vestir, fazer mingau). Neste sentido, o marido cuidador aparenta não sustentar uma postura clássica suposta na relação entre o casal e isto parece ser benéfico à saúde da entrevistada.

Outra faceta do cuidado no âmbito da família remete a uma negociação que algumas mulheres casadas e com filhos fazem com seus familiares (especialmente com os maridos). São acordos que giram em torno de suas supostas atribuições enquanto mulheres: ao menos temporariamente, elas são dispensadas de uma série de atribuições “femininas” – afazeres domésticos, cuidar dos filhos. Também podem receber proteção e zelo especial por parte dos familiares, que reconhecem os sintomas e acabam relativizando os seus comportamentos (indisposição para as tarefas domésticas, posturas agressivas). Silveira (2000: 88) intitula processos como esses de “sintomas nervosos como linguagem social”, pois condensam uma experiência pessoal na vida social, permitindo à mulher enferma o acesso a uma situação de “privilegio”.

### **Atividades de cunho laboral e criativo**

Atividades de cunho laboral e criativo também estão presentes nos itinerários terapêuticos. Quanto à primeira, fazer algo para “ocupar a mente”, mesmo fora de um mercado que remunera, é considerado uma estratégia de melhora da saúde, especialmente porque gera uma sensação de utilidade.

Para alguns homens, a expectativa pela melhora da saúde passa pela aproximação de alguma atividade que exerceram no passado, antes de a doença “tomar conta de vez”. Um dos entrevistados, que começou a trabalhar ainda criança, relata a satisfação em plantar no quintal, pois é algo que lembra os tempos de trabalho na roça.

Este entrevistado atribuiu episódios relacionados com condições precarizadas de trabalho à origem de seu sofrimento psíquico. Tendo nascido e crescido num contexto



rural nordestino, inclusive enfrentando a instabilidade ocasionada pelos períodos de seca, narrou sobre o trabalho pesado quando era criança. Falou também sobre a constante insegurança quanto à renda, ao medo de passar fome e aos problemas de saúde física causados pelo trabalho. Com o sofrimento psíquico, veio o afastamento do mundo do trabalho e o impacto na identidade masculina, amplamente estruturada por uma ideologia dominante que impõe – não apenas, mas principalmente para os homens – o desempenho e êxito laboral no âmbito público, bem como o papel de provedor como atributos de masculinidade.

Mulheres entrevistadas, por sua vez, associam uma ocupação de cunho laboral e/ou criativo com um universo tradicionalmente atribuído ao feminino e na esfera doméstica. Os afazeres de casa (cozinhar, limpar, passar, cuidar dos outros, etc) são recursos buscados para melhorar a saúde. Quando conseguem fazê-los, é um sinal de que estão minimamente estáveis.

Sobre este último aspecto, algumas mulheres – especialmente as casadas e com filhos – percebem que não estão bem quando sentem mais vontade de dormir, impaciência e preguiça para fazer as “coisas de casa”. Segundo Zanello (2014), os sintomas que são percebidos pelas próprias pessoas em sofrimento dependem de uma semiótica na qual as relações de gênero têm peso fundamental. Deste modo, características que destoam de comportamentos ou emoções historicamente atribuídos ao “universo feminino” foram vistos por algumas entrevistadas como algo anormal (sintoma psiquiátrico).

Algumas mulheres entrevistadas referem a vontade de estudar. Apesar das limitações impostas pelo diagnóstico psiquiátrico, o fato de voltar ou não a estudar depende consideravelmente da autorização de pais e maridos para tal. A falta de estímulo é justificada por eles pela doença.

Outras entrevistadas reconhecem um potencial terapêutico em atividades de cunho criativo (crochê, artesanato). Mais uma vez, percebe-se uma tendência de se recorrer a atividades associadas com o feminino. Os sentimentos de autorrealização daí decorrentes podem contribuir para a melhora da saúde. E, em alguns casos, existe a possibilidade disso se realizar juntamente com algum retorno financeiro.

## Rede social: amigos, lazer, religiosidade, estratégias de empoderamento

Saraceno (2001) afirma que pessoas com transtornos mentais geralmente conservam um nível de contratualidade, isto é, a capacidade de trocas sociais, tendendo a zero. Sobre este aspecto, alguns entrevistados relatam variadas estratégias de sociabilidade enquanto recurso constituinte de seus itinerários terapêuticos.

Uma delas é o lazer fora do ambiente doméstico. A convivência com grupos de amigos, a prática de atividades físicas no território onde se vive e os passeios são mencionados. E não têm relação com o campo do “mental”, pois são atividades sustentadas de maneira mais ou menos autônoma e regular pelos próprios entrevistados independente do CAPS:

Uma mulher entrevistada refere a liberdade que tem de passear e fazer amizades fora do CAPS com o relacionamento saudável que conserva com o marido. Destaca que ele, além de ser uma pessoa compreensiva, não interfere e até estimula suas vontades. Este dado pode refletir que relações de gênero mais igualitárias (neste caso, expressas pelo relacionamento amoroso) podem ser decisivas na melhora do estado de saúde de pessoas em sofrimento psíquico. Outro aspecto relevante nas falas acima sugere que as vivências de mulheres num ambiente extra doméstico podem representar que estão dedicando mais tempo e disponibilidade para si mesmas e não apenas para os outros.

A prática da religiosidade/espiritualidade também está presente nos itinerários. Além da questão mais íntima em torno da fé, pode gerar benefícios sociais porque propicia o contato com as pessoas que frequentam as paróquias, igrejas, centros espíritas, terreiros de umbanda - já que muitos deles dificilmente frequentam outros lugares.

Isto teve destaque na fala de algumas entrevistadas, que enfatizam o afago recebido nas comunidades religiosas que frequentam. Frequentemente, esta situação contrasta com a qualidade do acolhimento que buscaram em serviços de saúde.

Tal como a maioria das mulheres, homens expressam os benefícios de aumentar a sua rede social, mas há certas particularidades presentes nos itinerários terapêuticos masculinos.

A frequência à igreja proporciona que alguns homens se aproximem de um estilo de vida tido por eles como mais “saudável”. Em outras palavras, contribui para que se

afastem de características que possam pôr em risco o tipo de pessoa que intencionam ser. Ou melhor, o tipo de homem. Um dos entrevistados, por exemplo, fala sobre as músicas que ouvia antes: segundo ele, despertavam sensações de escuridão, estimulavam o uso de drogas e até o suicídio. Já o envolvimento com a igreja pode despertar outras sensações, outros hábitos (não usar drogas, pensar em trabalhar, ter um relacionamento estável com uma mulher, ficar mais “sossegado”). Não coincidentemente, faz pensar na imagem tradicional de um “homem de bem” presente num determinado imaginário social.

Noutros casos, a religiosidade pode representar um entrave aos itinerários terapêuticos. Outro entrevistado afirma ter vivido um longo período acreditando que o sofrimento psíquico era “coisa do demônio” e, assim, demorou a procurar outras alternativas para melhorar a saúde. Somente quando começou a frequentar o CAPS, reconheceu que o problema podia ser “psicológico”. Isto sugere que não há uma linearidade na relação entre religiosidade/espiritualidade e saúde mental. Ponderar sobre esta ambivalência é de extrema importância na busca de melhora dos estados de saúde.

Por fim, as trocas sociais podem acontecer mediante antestratégias de empoderamento. Para Vasconcelos (2005, p. 231), empoderar-se significa o “aumento do poder e autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, dominação e discriminação social”. A experiência de uma das entrevistadas revela que sua busca pela melhora passa por conhecer minimamente seus direitos no que se refere à saúde (o que inclui o conhecimento da própria rede de atenção do município) e a participação ativa em eventos do campo da saúde mental. Ser aplaudida, inclusive por pessoas que não possuem o rótulo psiquiátrico, legitima sua fala e impacta positivamente a sua autoestima. Nestes momentos, sente-se valorizada e respeitada. Rompe com o tradicional silêncio previsto enquanto postura para tantas mulheres.

A mesma entrevistada também narra situações cotidianas dentro de serviços de saúde. O conhecimento acerca de seus direitos e da rede de atenção do município foram fundamentais para questionar a hierarquia entre profissionais e usuários. Desafia a lógica que tende a cristalizar pessoas com transtornos mentais como aquelas sempre

necessitadas de tutela, passivas. Fala, contesta, argumenta, resiste, defende os próprios direitos. Empodera-se enquanto cidadã, usuária da saúde mental, mulher.

### 3 CONCLUSÃO

Os itinerários terapêuticos percorridos pelos homens e mulheres do estudo são múltiplos entre si. E cada um deles também se modifica, incorpora alguns recursos e exclui outros ao longo percurso. Não ocorrem sem conflitos, sem contradições. Por vezes produzem uma mortificação do “eu”. Mas também revelam descobertas, novas possibilidades, esperança, produção de vida. Todos sofrem influências de aspectos de gênero.

Gênero enquanto regime de subjetivação está presente nos recursos formais e informais que compõem cada itinerário. A análise dos itinerários revela que a presença do gênero é contraditória. Em alguns casos, contribui para a melhora do estado de saúde, mesmo que reafirmando valores e práticas tradicionais da ordem de gênero. Em outros, pode aprofundar condições de subalternidade ou dominação, dificultando formas mais diversas – e potencialmente mais saudáveis – de lidar com as tantas e complexas vivências relacionadas com o sofrimento psíquico. Há, ainda, casos nos quais o rompimento com certos aspectos da ordem de gênero pode contribuir com a melhora da saúde.

Atentar para os itinerários terapêuticos sem ignorar os seus aspectos de gênero pode oferecer pistas para um refinamento das estratégias de reabilitação psicossocial por parte de políticas, gestores, trabalhadores e em parceria com a comunidade, a família, os usuários dos serviços. A partir das experiências singulares e cotidianas de pessoas em sofrimento psíquico na busca pela melhora da saúde pode-se pensar em esquemas mais amplos de reabilitação psicossocial que envolvam as áreas do trabalho, da habitação, da educação, da arte, etc. É preciso acolher e estimular a reabilitação das pessoas em sofrimento psíquico a partir de suas reais necessidades e potencialidades.

### REFERÊNCIAS

Andrade AP. **Sujeitos e(m) movimento: uma análise crítica da reforma psiquiátrica brasileira na perspectiva dos experientes** [tese]. [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

Argenta M. Itinerários terapêuticos e modelos de sofrimento entre voluntárias da Pastoral da Saúde do Bairro Saco Grande II – Florianópolis/SC. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.

Amarante P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013.

Azize R. **Notas de um 'não-prescritor': uma etnografia entre estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria**. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.

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

Carvalho L, Dimenstein M. **O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolítico entre mulheres**. Revista Estudos de Psicologia [internet] 2004 [acesso 2020 jan 7]; 9 (esp1): 121-129. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>

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

Cunha MC. **Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX**. Revista Brasileira de História [internet] 1989 [acesso 2019 dez 17] 9 (esp18): 121-144. Disponível em: [www.anpuh.org/arquivo/download?ID\\_ARQUIVO=3853](http://www.anpuh.org/arquivo/download?ID_ARQUIVO=3853)

Delgado PGG. **Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil**. Revista Ciências & Saúde Coletiva [internet] 2011 [acesso 2020 jan 11] 16 (esp12): 4701-4706. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/19.pdf>

Ferrarotti F. **Sobre la autonomia del método biográfico**. In: Marinas JM, Santamarina C, editores. *La historia oral: método y experiencias*. Madrid: Debate; 1993.

Goffman E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva; 1974.

Grossi MP. **Masculinidades: uma revisão teórica**. Antropologia em primeira mão [internet] 2004 [acesso 2020 janeiro 13], 4-37. Disponível em: <http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/Visualizar3.pdf>

Maluf S. **Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais**. In: Maluf S, Tornquist C, organizadoras. **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas; 2010.

Oliveira EM. **Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita**. Sobral: Edições UVA; 2000.

Rosa LCS. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez; 2003.

Rotelli, F. **A instituição inventada**. In: NICÁCIO, M. F. S. (Org.). Desinstitucionalização. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 89-99.

Santos AMCC. **Gênero e Saúde Mental: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea**. Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS - Araraquara SP [dissertação] [São Paulo] Universidade de São Paulo, 2008.

Saraceno B. **Libertando Identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. Rio de Janeiro: Instituto Basaglia/Te Cora; 2001.

Silveira ML. **O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000.

Vasconcelos EM. **Reinventando a vida: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/EncantArte; 2005.

Vieira E. **A medicalização do corpo feminino**. In: Giffin K, Costa S. organizadoras. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.