



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

Instituto Multidisciplinar em Saúde

Campus Anísio Teixeira



PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE - PPGPS

EDILENE MAGALHÃES NUNES

**INTERFACES ENTRE GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
VIVÊNCIA DE MULHERES CISGÊNERO**

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Campus Anísio Teixeira



EDILENE MAGALHÃES NUNES

**INTERFACES ENTRE GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO NA
VIVÊNCIA DE MULHERES CISGÊNERO**

Trabalho de conclusão apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Práticas Clínicas e Saúde Mental

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Aires Pontes

VITÓRIA DA CONQUISTA - BAHIA

2024

EDILENE MAGALHÃES NUNES

“Interfaces entre Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero”

Esta dissertação foi julgada adequada à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde, Universidade Federal da Bahia.

Vitória da Conquista – BA, 04/07/2024.

Documento assinado digitalmente
 **SUELY AIRES PONTES**
Data: 09/07/2024 09:38:55-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Suely Aires Pontes (Orientadora)
(Universidade Federal da Bahia)

Documento assinado digitalmente
 **MILENA MARIA SARTI**
Data: 08/07/2024 19:36:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof.^a Dr.^a Milena Maria Sarti (Examinadora Interna)
(Universidade Federal da Bahia)

Documento assinado digitalmente
 **ROBERVAL PASSOS DE OLIVEIRA**
Data: 05/07/2024 15:26:18-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Roberval Passos de Oliveira (Examinador Externo)
(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

N972

Nunes, Edilene Magalhães.

Interfaces entre Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero. / Edilene Magalhães Nunes -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2024.

125 f.; 30 cm.

Orientadora: Prof.^a Dra. Suely Aires Pontes.

Dissertação (Mestrado – Pós-Graduação em Psicologia da Saúde) - Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde, 2024.

1. Psicologia da Saúde. 2. Mulheres; 3. Pessoas Cisgênero. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Pontes, Suely Aires. III. Título.

CDU: 159.91-055.2(813.8)(043.3)

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	14
ARTIGO 1: SAÚDE MENTAL DE MULHERES SOB O ENFOQUE DE GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA	19
1.1 Introdução	19
1.2 Procedimento Metodológico	21
1.3 Resultado e Discussão	23
1.3.1 Gênero: uma perspectiva analítica no campo da saúde mental	23
1.3.2 Desigualdades de Gênero: explorando os reflexos na saúde mental de mulheres	24
1.3.3 Para Além da Medicalização: repensando a abordagem da saúde mental de mulheres ..	29
1.4 Considerações Finais	30
ARTIGO 2: GÊNERO, DISPOSITIVO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS	32
2.1 Introdução	33
2.2 “Libertando as Mulheres da Mulher”: dilemas sobre a construção do sujeito no feminismo	34
2.3 Dispositivos e Processos de Subjetivação	37
2.4 Sofrimento Psíquico e Dinâmicas de Reconhecimento	40
2.5 Considerações Finais	43
ARTIGO 3: GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: VIVÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE BAIANO	46
3.1 Introdução	47
3.2 Percurso Metodológico	49
3.2.1 Delineamento.....	49
3.2.2 Local do Estudo	50
3.2.3 Participantes	50
3.2.4 Instrumentos	50
3.2.5 Procedimentos para a Produção dos Dados	51
3.2.6 Procedimento para a Análise dos Dados	51
3.2.7 Cuidados Éticos	51

3.3 Resultados e Discussão	52
3.3.1 Relações Familiares e Violências Cotidianas	54
3.3.2 Maternidade, Cuidado e Sobrecarga Psíquica	59
3.3.3 Relações de (Des)Amor	64
3.3.4 Violência Sexual	69
3.4 Considerações Finais	75
4. PRODUTO TÉCNICO E TECNOLÓGICO	77
À GUIA DE CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICES	118
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	118
Apêndice B - Questionário Sociodemográfico	122
Apêndice C - Roteiro de Entrevista Semiestruturada	124
ANEXOS	125
Anexo A - Comprovantes de Submissão	125
Anexo B - Comprovantes de Submissão	126

*Para a minha mãe
Por sua vida difícil
Pelos sonhos que não realizou*

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente aos meus pais Edson Nunes e Noelza Nunes que, mesmo com poucos recursos e sem ter tido o privilégio de uma educação formal, nunca pouparam esforços para que eu pudesse levar meus estudos adiante. Ao meu pai, em especial, por todo o seu amor e direcionamento. O seu fascínio pelo conhecimento, muito me inspira.

Aos meus irmãos Edilson Nunes e Ana Paula Oliveira, Edelza Nunes e Ernesto Valois, Ednelza Nunes e Agnaldo Duarte cujo apoio foi fundamental para que eu pudesse cursar o ensino superior.

Aos meus sobrinhos Ernesto Júnior Valois e João Edson Valois pelos momentos de alegria e descontração que renovam as minhas energias.

Ao meu noivo, Leonardo Ciencia, pela compreensão e paciência ao longo destes anos em que estive distante dedicando-me à graduação e depois ao mestrado. Obrigada por apoiar meus sonhos!

Agradeço imensamente à minha orientadora, Suely Aires, que me acolheu tão carinhosamente, por sua orientação segura, generosidade e compreensão sem as quais a conclusão deste trabalho não seria possível.

Agradeço à Dr.^a Milena Sarti e ao Dr. Roberval Oliveira pela gentileza em participarem da banca de qualificação e pelas contribuições valiosas para a construção deste trabalho.

Agradeço às amigas que estiveram comigo nesse percurso - Gislaine Correia, Talita Jessica Souza e Marília Aparecida Cayres - por me presentear com o convívio e por tornarem os desafios da pesquisa e da vida mais leves. Especialmente à Gislaine e Talita pela parceria durante a fase de coleta de dados.

Agradeço às professoras do PPGPS da UFBA em nome da Dr.^a Patrícia Freitas e da Dr.^a Gabriela Silva, coordenadora e vice-coordenadora respectivamente, por toda a transmissão.

À direção da Policlínica Regional de Saúde em Brumado, Bahia, por autorizar a realização desta pesquisa na instituição.

Por fim, registro o meu profundo agradecimento e respeito a todas as mulheres participantes deste estudo que generosamente confiaram a mim suas dores e dilemas, por acreditar que beneficiariam outras mulheres com suas histórias.

A Mão Esquerda Perdida

(...) Às vezes
Fico tão mal tão mal
Às vezes
Fico tão deprimida
Como se tivesse perdido
Uma parte de mim que me amava
A parte que me conhecia melhor...
Minha mão direita enche de chá as xícaras de porcelana
E faz bordados com tias velhas e solteironas
Minha mão direita agarra as contas do rosário
E molha as plantas que estão morrendo
Mas nunca pintou um quadro
Nem concorreu à presidência
Minha mão esquerda
Poderia ter feito essas coisas
Se suas raízes
Não tivessem sido forçadas
Uma escultora
Uma poetisa
Poderia ter sido
Em vez de uma coisa inútil
A ser ornada com pulseiras e braceletes
E a aliança de casamento de minha mãe.

(Dory Previn, 1972)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla/Abreviatura	Descrição do Termo
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial II
CAT	<i>Campus</i> Anísio Teixeira
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIS	Consórcio Interfederativo de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMS	Instituto Multidisciplinar em Saúde
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PPGPS	Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMC	Transtornos Mentais Comuns
UFBA	Universidade Federal da Bahia
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** - Perfil sociodemográfico das participantes: idade; orientação sexual; raça/cor 52
- Tabela 2** - Perfil sociodemográfico das participantes: situação conjugal; número de filhos; ocupação 53
- Tabela 3** - Perfil sociodemográfico das participantes: escolaridade; renda individual 53

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma das Principais Etapas da Revisão Narrativa.....	22
------------------------------------------------------------------------------	----

RESUMO

Nunes, E. M. (2024). *Interfaces entre Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero*. 125 f. [Dissertação de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde]. Centro Universitário Anísio Teixeira, Universidade Federal da Bahia, Vitória da Conquista.

A presente pesquisa se inscreve no âmbito da Psicologia da Saúde, que se constitui como campo interdisciplinar, a partir do diálogo com os saberes do pensamento feminista, os estudos de gênero e a Psicanálise enquanto dispositivo teórico e clínico. Tem como foco temático a saúde mental de mulheres cisgênero com o objetivo de analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico em mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde, localizada no sudoeste da Bahia. Para tanto, adotou-se uma abordagem qualitativa e exploratória, com delineamento de estudo de caso múltiplo. Participaram da pesquisa onze mulheres cisgênero, com idades entre 19 e 59 anos. Para a produção dos dados foram utilizados questionário sociodemográfico e entrevista semiestruturada. O material produzido a partir de tais instrumentos foi analisado através do método da Análise de Conteúdo, por categorias temáticas, de Laurence Bardin e interpretado a partir das reflexões teóricas de autoras como Michel Foucault, Judith Butler, Valeska Zanello, Christian Dunker e Vladimir Safatle. Os resultados apontaram para a influência dos valores de gênero na conformação do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres, interseccionando-se com raça/cor e classe. A análise dos dados evidencia a persistência de estereótipos de gênero que restringem as oportunidades das mulheres, perpetuando desigualdades e violências estruturais. Aponta ainda para a presença do dispositivo materno e do dispositivo amoroso na construção de suas subjetividades, configurando pontos de maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico. Por sua natureza qualitativa e limitações geográficas inerentes, o estudo apresenta limites em termos de alcance e generalização de seus resultados. Portanto, faz-se necessário a produção de pesquisas que capturem a diversidade das vivências de mulheres em diferentes contextos geográficos e culturais, o que permite conhecer fatores que influenciam a saúde mental, a fim de implementar práticas e políticas públicas que promovam a equidade de gênero. O trabalho integra a linha de pesquisa Práticas Clínicas e Saúde Mental do Programa de Pós-Graduação Profissional em Psicologia da Saúde do IMS/UFBA e resultou na elaboração de quatro produtos: 1) artigo de revisão narrativa da literatura acerca da saúde mental de mulheres cisgênero; 2) artigo teórico partindo das autoras supracitadas; 3) relato de pesquisa empírica; 4) proposição de um instrumento de direcionamento para o cuidado no formato de cartilha cuja finalidade é a de aprimorar as práticas de cuidado em saúde mental de mulheres cisgênero no âmbito das Policlínicas Regionais de Saúde do estado da Bahia. Este trabalho buscou contribuir para uma abordagem que considere o gênero enquanto uma categoria analítica que deve ser adotada na produção de conhecimentos científicos, nas práticas em saúde, bem como no planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde mental de mulheres.

Palavras-chave: Mulheres; Gênero; Dispositivo; Sofrimento Psíquico; Psicologia da Saúde.

ABSTRACT

Nunes, E. M. (2024). *Interfaces between Gender and Psychological Suffering in the Experience of Cisgender Women*. 125 f. [Professional Master's Dissertation in Health Psychology]. Anísio Teixeira University Center, Federal University of Bahia, Vitória da Conquista.

This research falls within the scope of Health Psychology, which constitutes an interdisciplinary field, based on dialogue with the knowledge of feminist thought, gender studies and Psychoanalysis as a theoretical and clinical device. Its thematic focus is the mental health of cisgender women with the aim of analyzing the implications of gender discourses in the production of psychological suffering in women treated at a Regional Health Polyclinic, located in the southwest of Bahia. To this end, a qualitative and exploratory approach was adopted, with a multiple case study design. Eleven cisgender women, aged between 19 and 59, participated in the research. To produce the data, a sociodemographic questionnaire and semi-structured interview were used. The material produced from such instruments was analyzed using the Content Analysis method, by thematic categories, by Laurence Bardin and interpreted based on the theoretical reflections of authors such as Michel Foucault, Judith Butler, Valeska Zanello, Christian Dunker and Vladimir Safatle. The results pointed to the influence of gender values in shaping the psychological suffering experienced by this group of women, intersecting with race/color and class. Data analysis highlights the persistence of gender stereotypes that restrict women's opportunities, perpetuating inequalities and structural violence. It also points to the presence of the maternal device and the loving device in the construction of their subjectivities, configuring points of greater vulnerability to psychological suffering. Due to its qualitative nature and inherent geographic limitations, the study presents limits in terms of the scope and generalization of its results. Therefore, it is necessary to produce research that captures the diversity of women's experiences in different geographic and cultural contexts, which allows us to understand factors that influence mental health, in order to implement public practices and policies that promote gender equity. . The work is part of the Clinical Practices and Mental Health research line of the Professional Postgraduate Program in Health Psychology at IMS/UFBA and resulted in the development of four products: 1) narrative review article of the literature on the mental health of cisgender women ; 2) theoretical article based on the aforementioned authors; 3) empirical research report; 4) proposition of a care guidance instrument in the format of a booklet whose purpose is to improve mental health care practices for cisgender women within the scope of Regional Health Polyclinics in the state of Bahia. This work sought to contribute to an approach that considers gender as an analytical category that must be adopted in the production of scientific knowledge, in health practices, as well as in the planning of public policies aimed at women's mental health.

Keywords: Women; Gender; Device; Psychic Suffering; Health Psychology.

APRESENTAÇÃO

A presente pesquisa se inscreve no âmbito da Psicologia da Saúde, que se constitui como campo interdisciplinar, a partir do diálogo com os saberes do pensamento feminista, os estudos de gênero e a Psicanálise enquanto dispositivo teórico e clínico. Tem como foco temático a saúde mental de mulheres cisgênero com o objetivo de compreender o sofrimento psíquico engendrado nas relações de gênero. Mais especificamente, a pesquisa busca analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico em mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde, localizada no sudoeste da Bahia.

A Policlínica Regional de Saúde, lócus desta pesquisa, se caracteriza por ser uma unidade de atendimento ambulatorial da atenção secundária em saúde, implantada por meio de uma parceria entre o Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Brumado (CISB) e o estado da Bahia, no ano de 2021. Atualmente, realiza a cobertura de vinte municípios que compõem essa região de saúde, ofertando consultas de diferentes especialidades, definidas com base no perfil epidemiológico da região, além de exames de imagem (Bahia, 2017).

Assim, o estudo se destaca por trazer a realidade de mulheres residentes em municípios do sudoeste da Bahia, contexto fortemente marcado por valores patriarcais. Importante destacar que, além das intersecções com raça/etnia e classe social, o gênero também é marcado por diferenças regionais que podem diversificar o modo como é experienciado (Alves, 2018). A interseccionalidade, conceito introduzido por Kimberlé Crenshaw em 1989, permite pensar a interdependência das relações de poder entre raça, gênero e classe que configura diferentes sistemas conjugados de opressão. Ainda que com menor consistência, outros elementos como orientação sexual, nacionalidade, religião, deficiência, entre outros, também configuram sistemas de opressão pertinentes à análise social (Hirata, 2014).

No Brasil, os estudos de gênero ganharam espaço no meio acadêmico por volta da década de 1980, provenientes dos movimentos sociais feministas. Surgiram, nesse contexto, com o objetivo de denunciar a opressão e as desigualdades historicamente construídas entre homens e mulheres, fundamentadas em interpretações naturalistas das relações entre os sexos. Diversas autoras contribuíram com suas análises sobre as relações de gênero nas últimas décadas, cada qual partindo de perspectivas teóricas e epistemológicas distintas. Embora não tenha o intuito de realizar um resgate dessas abordagens, dada a sua variedade e relevância para os estudos de gênero, a pesquisa visa destacar a importância do gênero enquanto um marcador de análise no campo da saúde mental.

A compreensão de gênero fundamenta-se nas ideias de Judith Butler, filósofa pós-estruturalista, que concebe o gênero enquanto performances gendradas (Butler, 2022). Sendo assim, os caminhos de subjetivação disponíveis para cada indivíduo variam conforme os *scripts* sociais de gênero, refletindo as normas, expectativas e representações culturalmente estabelecidas para homens e mulheres. Adota-se aqui a perspectiva do binarismo (essencialismo) estratégico de Spivak (1998 apud Zanello, 2018), que compreende os conceitos de "homem" e "mulher" não de maneira essencialista, excluindo outras identidades de gênero possíveis, mas como uma estratégia para analisar estruturas culturais, já que em sociedades sexistas, como a brasileira, o tornar-se sujeito é antes de tudo tornar-se “homem” ou “mulher”.

Segundo Zanello (2018), os caminhos privilegiados para a subjetivação de mulheres no contexto brasileiro podem ser pensados a partir de dois dispositivos: o dispositivo amoroso e o dispositivo materno. Dispositivos são conceituados como mecanismos que produzem linhas de distribuição de forças e tensões de poder, resultando em processos de subjetivação (Zanello, 2018; Foucault, 2022). Desse modo, os dispositivos não apenas atuam na configuração dos afetos e emoções, mas constroem pontos de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico.

Christian Dunker, apoiado na leitura psicanalítica, considera o sofrimento psíquico como expressão subjetiva de um social não reconhecido e, portanto, traz em si uma demanda por reconhecimento. Nesse sentido, o sofrimento não é meramente o resultado de uma experiência individual, mas mantém uma estreita relação com as dinâmicas sociais de reconhecimento. Assim, o seu tratamento e nomeação tornam-se determinações não apenas éticas, mas também políticas, influenciando tanto políticas públicas quanto privadas de formação de sintomas (Dunker, 2015).

As inquietações que suscitaram a pesquisa foram tecidas a partir da minha vivência enquanto psicóloga nessa unidade de saúde, onde foi percebida a recorrente procura por atendimento psicológico por parte de mulheres em sofrimento psíquico, cujas queixas e/ou demandas mais frequentes são associadas a relacionamentos amorosos, divisão desigual das tarefas domésticas e maternidade. Assim, a aproximação com a temática em estudo foi desenvolvida pela necessidade de apoio teórico para as intervenções profissionais.

Os entrelaçamentos entre gênero e saúde mental ainda são pouco abordados do ponto de vista acadêmico (Diniz, 2014; Zanello et al., 2015; Dantas, 2016; Zanello, 2018; Kantorski, et al., 2019; Zanello, 2019). Esse cenário pode ser atribuído à persistência de uma dada concepção universalista de homem presente no meio científico que se pretende objetivo, neutro e imparcial. Perspectivas como essa concebem o conhecimento como desprovido de qualquer ponto de vista ou interesse particular, negligenciando a relação entre sujeito e as estruturas

sociais que o cercam ao reduzir os processos de socialização e formação da subjetividade a aspectos intrínsecos ao sujeito. A cisão entre sujeito e laço social contribui para que sujeito e subjetividade sejam pensados em perspectivas dissociadas, em detrimento de um processo dinâmico e interdependente.

Portanto, a introdução da categoria analítica gênero nos estudos sobre saúde mental de mulheres visa questionar a suposta neutralidade e objetividade presentes nas perspectivas anteriormente sustentadas pelas ciências médica e psicológica, as quais não apenas se omitem diante das violências e microviolências que afetam a saúde mental de mulheres no contexto das relações de gênero, quando não as reproduzem.

Esse debate é especialmente importante, sobretudo, ao considerar que mulheres são frequentemente mais diagnosticadas com transtornos de ansiedade e depressão, se comparadas a homens (Zanello, 2014). Assim, o presente estudo contribui para uma compreensão do sofrimento psíquico enquanto um fenômeno multifacetado, que não pode ser explicado por perspectivas reducionistas, acríticas e a-históricas (Alves, 2018). O diálogo, entre a saúde mental e sua intersecção com o gênero aprofunda o debate acerca das desigualdades socialmente construídas a partir de marcadores biológicos. Ignorar tais desigualdades apaga o caráter político da questão e contribui para a manutenção dos processos patriarcais que se reproduzem social e subjetivamente em diferentes contextos (Barros, 2022).

Pesquisas que abordem a interface gênero e saúde mental podem ser bons dispositivos para impulsionar mudanças no paradigma biomédico, predominante nas ciências da saúde, a fim de incorporar o gênero enquanto uma categoria de análise que deve ser considerada no cotidiano das práticas para uma atuação profissional crítica, ética e política (Alves, 2017). Ao escutar o sofrimento de mulheres, a partir do relato de suas próprias vivências, a pesquisa se contrapõe ao silenciamento histórico a que foram submetidas e contribui para romper com perspectivas androcêntricas predominantes no campo científico.

Do ponto de vista social, o estudo privilegia o debate sobre as relações de poder que colocam homens e mulheres em posições de assimetria e desigualdade. Compreende-se que o conhecimento científico pode ser uma forma de intervenção social ao buscar desconstruir ideias que corroborem a dominação masculina, considerando que essas perspectivas contribuíram, ao longo de séculos, e ainda contribuem para o sofrimento de mulheres (Zanello, 2018).

Esse debate ganha contornos ainda mais significativos diante da conjuntura sociopolítica brasileira recente, marcada pelo acirramento do conservadorismo, evidenciado por discursos de ódio, preconceitos, incitação à violência, intolerância e perseguição às minorias. Observa-se um tempo de retrocessos os mais diversos, expressos também em ameaças aos

direitos sociais historicamente conquistados por mulheres. Em meio a esse cenário, esta pesquisa surge como um instrumento de resistência contra narrativas que ameaçam a equidade e justiça social.

Embora a inclusão da perspectiva de gênero no campo da saúde mental não seja capaz de abarcar toda a complexidade do fenômeno do sofrimento psíquico, proporciona um recorte que facilita a compreensão de uma dimensão coletiva e dos fatores sociais que moldam a vivência de sofrimento de mulheres. Tal análise tem o potencial de enriquecer o debate sobre fundamentos conceituais e abordagens utilizadas nos currículos de formação acadêmica, nas práticas dos profissionais de saúde, além de contribuir para embasar iniciativas e políticas públicas de assistência destinadas às mulheres que enfrentam desafios relacionados à saúde mental.

Sob a perspectiva institucional, o estudo busca aprimorar as práticas de assistência à saúde mental de mulheres no âmbito das Policlínicas Regionais de Saúde do estado da Bahia através da proposição de um instrumento de direcionamento para o cuidado, no formato de cartilha. Dessa forma, a pesquisa contribui para elaborar conhecimento e intervenções destinadas a aprimorar as práticas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), atendendo aos critérios de avaliação do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde (PPGPS) da Universidade Federal da Bahia (UFBA). Este programa, assim como outros programas de pós-graduação em nível de mestrado profissional, é avaliado a partir das produções técnicas resultantes de pesquisas e projetos de intervenção com contribuições que possam atender às necessidades dos mais diversos setores da sociedade.

Assim, esta pesquisa foi estruturada a partir do seguinte questionamento: quais as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico? Na busca da resposta a tal questão, o objetivo deste estudo é o de analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico em mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde do sudoeste da Bahia.

Para isso, será necessário: (i) Caracterizar as vivências das mulheres participantes da pesquisa; (ii) Identificar elementos dos discursos de gênero presentes nos relatos das mulheres entrevistadas; (iii) Apontar possíveis articulações entre os discursos de gênero e o sofrimento psíquico vivenciado pelas participantes; (iv) Elaborar um instrumento de direcionamento para o cuidado de mulheres em sofrimento psíquico.

Estas palavras iniciais, que buscam introduzir a pesquisa realizada, foram empregadas a fim de destacar a temática estudada, enfatizando a relevância científica, social e institucional de integrar, na compreensão do sofrimento psíquico, a análise da construção social de gênero.

A fim de apresentar a pesquisa desenvolvida, esse trabalho de conclusão de curso está estruturado em quatro seções principais, sendo uma revisão narrativa da literatura, um artigo de natureza teórica e um artigo baseado em pesquisa empírica. Além disso, o trabalho apresenta o produto técnico resultante do mestrado profissional. É importante destacar que, com o objetivo de manter a independência e assegurar a coesão interna de cada artigo, visando futuras publicações, houve a necessidade de repetir certas definições ao longo do texto. Já as referências pertinentes a cada artigo foram compiladas ao final da dissertação, a fim de evitar repetições desnecessárias ao longo do documento.

O primeiro artigo se trata de uma revisão narrativa da literatura sobre a produção científica publicada entre 2012 e 2022 com o objetivo de investigar como as construções de gênero incidem sobre a saúde mental de mulheres, levando em consideração a influência de fatores sociais, culturais e históricos que desempenham um papel significativo nessa interação.

O segundo artigo consiste na análise das normas de gênero enquanto dispositivos de poder que operam na construção das subjetividades de mulheres, destacando de maneira particular o seu papel na manifestação do sofrimento psíquico, a partir de autoras como Michel Foucault, Judith Butler, Valeska Zanello, Christian Dunker e Vladimir Safatle.

O terceiro artigo apresenta o relato de uma pesquisa empírica conduzida junto a mulheres que receberam atendimento na Policlínica Regional de Saúde. O objetivo da investigação foi o de analisar as implicações dos discursos de gênero sobre a produção do sofrimento psíquico de mulheres, utilizando-se de um delineamento de estudo de caso múltiplo.

A quarta seção apresenta um instrumento de direcionamento construído para aprimorar o cuidado em saúde mental ofertado a mulheres em sofrimento psíquico nas Policlínicas Regionais de Saúde do estado da Bahia.

Nas considerações finais são apresentados os principais resultados alcançados nesse estudo, bem como a sua relevância para o Mestrado em Psicologia da Saúde. Por fim, são apresentadas as referências e os anexos relacionados à pesquisa.

ARTIGO 1: SAÚDE MENTAL DE MULHERES SOB O ENFOQUE DE GÊNERO: UMA REVISÃO DE LITERATURA¹

WOMEN'S MENTAL HEALTH FROM A GENDER APPROACH: A REVIEW OF LITERATURE

Resumo: Considerando que mulheres enfrentam desafios distintos relacionados à saúde mental devido às desigualdades socialmente construídas, este artigo objetiva investigar como as construções de gênero incidem sobre a saúde mental de mulheres, considerando fatores sociais, culturais e históricos que desempenham um papel significativo nessa relação. Para tanto, foi realizada uma revisão narrativa da literatura produzida entre 2012 a 2022 e disponível nas bases SciELO, BVS e Portal de Periódicos da CAPES. A análise da literatura aponta a divisão sexual do trabalho, a dupla jornada de trabalho, a maternidade, o trabalho doméstico e a violência doméstica como alguns dos fatores relacionados ao adoecimento psíquico de mulheres. Destaca ainda a necessidade de incorporar o gênero nas análises sobre saúde mental, a fim de elaborar estratégias de cuidado e políticas públicas que atendam à complexidade dessa relação, e possam mitigar as desigualdades e fatores de risco identificados neste estudo.

Palavras-chave: Saúde Mental; Mulheres; Perspectiva de Gênero.

Abstract: Considering that women face distinct challenges related to mental health due to socially constructed inequalities, this article aims to investigate how gender constructions affect women's mental health, considering social, cultural and historical factors that play a significant role in this relationship. To this end, a narrative literature review of articles published between 2012 and 2022 and available in the SciELO, VHL and CAPES Journal Portal databases was carried out. The literature analysis points to the sexual division of labor, double working hours, motherhood, domestic work and domestic violence as some of the factors related to women's mental illness. It also highlights the need to incorporate gender in analyzes of mental health, in order to develop care strategies and public policies that meet the complexity of this relationship, and can mitigate the inequalities and risk factors identified in this study.

Keywords: Mental Health; Women; Gender Perspective.

1.1 Introdução

A condição de gênero historicamente designada a mulheres nas sociedades ocidentais as situa em uma posição de inferioridade, conduzindo a relação homem e mulher a uma lógica de dominância e subordinação (Lerner, 2019), com repercussões em diferentes aspectos da vida, sobretudo na saúde mental (Zanello et al., 2015).

¹ Uma versão deste artigo foi submetida à “Revista Feminismos”, conforme comprovado no Anexo A.

O conceito de gênero surgiu na década de 1970, no contexto do movimento feminista, para se referir ao caráter social das diferenças fundadas sobre os sexos numa tentativa de romper com o determinismo biológico implícito no conceito de “sexo” e “diferença sexual”. Enquanto uma categoria de análise histórica, o gênero enfatiza não apenas as construções sociais sobre o que seriam papéis adequados para homens e mulheres a partir das diferenças anatômicas, mas também as relações de poder que se estabelecem entre ambos, produzindo uma lógica de dominação-submissão em que homens ocupam o lugar de poder e controle e mulheres, de submissão, com base em códigos e instituições sociais (Scott, 1995).

Estudos apontam para a necessidade de compreender a saúde mental de mulheres a partir do viés de gênero. Essa articulação se faz necessária, sobretudo ao pensar que dados epidemiológicos demonstram uma clara diferença tanto na incidência, como na prevalência de transtornos mentais entre os gêneros, estando mulheres mais sujeitas ao adoecimento (Andrade, 2014; Zanello, 2018). Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) corroboram essa informação ao evidenciar que os Transtornos Mentais Comuns (TMC) apresentam uma maior prevalência entre mulheres em comparação aos homens, o que destaca a necessidade de abordar essas disparidades de forma crítica e contextualizada (Araújo et al., 2005).

As construções sociais de gênero impactam o cotidiano e a vida de mulheres das mais diversas formas. Esses impactos podem ser observados nas situações de violência vivenciadas desde a infância, principalmente em aspectos como a caracterização dos papéis sociais, a repressão sexual e a educação sexista. Na adolescência e vida adulta, muitas mulheres são submetidas a violações de seus direitos sexuais e reprodutivos, à divisão sexual do trabalho, à dupla/tripla jornada, à violência doméstica e ao feminicídio, dentre as diferentes formas de opressões que atravessam suas existências, negando o reconhecimento de condição humana e de igualdade de direitos (Barros, 2022).

O diálogo entre saúde mental e gênero permite aprofundar um debate que vai além das diferenças anatômicas, incluindo as desigualdades socialmente construídas a partir de “marcadores biológicos”. Ignorar tais desigualdades afasta o caráter político da questão e contribui para a manutenção dos processos patriarcais que se reproduzem social e subjetivamente em diferentes contextos (Barros, 2022). Cabe destacar que as vivências de mulheres são distintas entre si e perpassadas por muitas dimensões de desigualdades. Além do gênero, outros marcadores sociais da diferença como classe social, raça/etnia, nível educacional, sexualidade, geração e saúde mental são categorias que reificam lugares, reforçam diferenças e assimetrias entre elas (Andrade, 2014).

Pensar o gênero enquanto uma categoria de análise no campo da saúde mental significa desnaturalizar certas diferenças tidas como intrínsecas, cuja biologização levaria a um deslocamento da assimetria sexual do âmbito das relações para o âmbito da natureza (Alves, 2018). Nesse sentido, a presente pesquisa busca contribuir para uma compreensão da saúde mental enquanto um fenômeno multifacetado, que não pode ser explicado por perspectivas reducionistas, acrílicas e a-históricas. Assim, o artigo tem como objetivo investigar as construções sociais de gênero que afetam a saúde mental de mulheres, considerando fatores sociais, culturais e históricos que desempenham um papel significativo nessa relação.

1.2 Procedimento Metodológico

A fim de alcançar o estado da arte que aborda a interrelação entre saúde mental de mulheres e gênero, conduziu-se um estudo qualitativo de revisão narrativa de literatura. Essa abordagem de revisão possibilita uma análise ampla da literatura, fornecendo uma perspectiva teórica ou contextual e atualizando o leitor sobre a temática abordada (Rother, 2007).

Para o levantamento bibliográfico foram utilizadas as seguintes bases de dados e plataformas de busca: Scientific Electronic Library Online (SciELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Como estratégia de busca foram utilizados os descritores “saúde mental”, “mulheres” e “perspectiva de gênero” combinados entre si por meio do operador booleano “AND”. A coleta dos dados foi realizada em dezembro de 2022 e contemplou estudos publicados entre os anos de 2012 a 2022. Foram incluídos artigos que apresentassem pertinência e relevância em relação à proposta dessa revisão. A partir das citações e referências dos artigos recuperados, foram acrescentados novos títulos como artigos, documentos oficiais da OMS e de fundações públicas, dissertações e livros com contribuições relevantes e atuais sobre o tema. Foram excluídos do acervo dessa revisão estudos que se direcionassem ao tema a partir de uma abordagem estritamente epidemiológica e, conseqüentemente, diferente do foco adotado nesse trabalho.

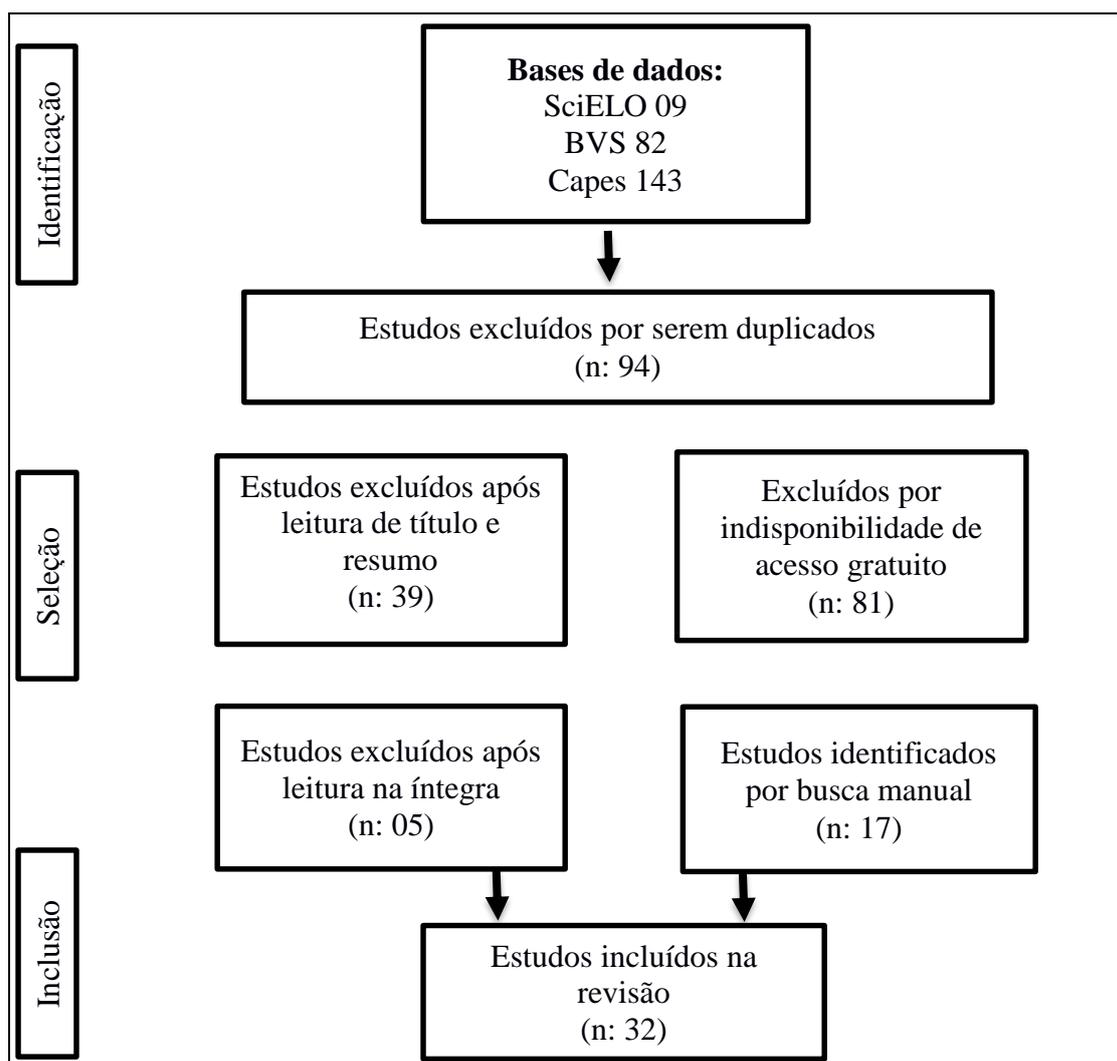
A Figura 1 ilustra o processo de revisão, que iniciou com a identificação de 234 estudos nas bases mencionadas, além de 17 encontrados por busca manual. Na fase de seleção, foram removidos 94 artigos duplicados e realizada uma leitura preliminar, que incluiu título e resumo, aplicando critérios de inclusão e exclusão, resultando na eliminação de mais 37 estudos. Posteriormente, os estudos restantes foram lidos na íntegra e avaliados para decisão final sobre

inclusão ou exclusão. Ao final, a amostra consistiu em 32 artigos, dissertações, livros ou documentos oficiais de instituições e fundações públicas.

Os artigos apresentam metodologia de abordagem qualitativa e concentram-se nas áreas das ciências humanas e sociais. Todos têm em comum o fato de não se reportarem ao tema a partir de uma abordagem voltada para questões estritamente biológicas. A análise dos resultados ocorreu a partir da leitura e síntese do material. Posteriormente, foi realizada a análise e interpretação dos dados através da leitura e agrupamento em categorias temáticas semelhantes, resultando em três eixos: Gênero: uma perspectiva analítica no campo da saúde mental; Desigualdades de gênero: explorando os reflexos na saúde mental de mulheres; Para além da medicalização: repensando a abordagem da saúde mental de mulheres.

Figura 1.

Fluxograma das Principais Etapas da Revisão Narrativa



Fonte: elaborado pelas autoras.

1.3 Resultado e Discussão

1.3.1 Gênero: uma perspectiva analítica no campo da saúde mental

A perspectiva de gênero tem sido cada vez mais incorporada nos estudos sobre a saúde mental de mulheres. Pesquisas revelam que as condições de gênero têm impactos significativos na saúde mental, os quais interagem com outros marcadores sociais como classe, raça/etnia, entre outros, resultando em diferentes níveis de vulnerabilidade (Zanello et al., 2015; Kantorski et al., 2019; Franco et al., 2021). A inclusão do conceito como uma categoria de análise nesse campo de estudo pode contribuir para a compreensão de, pelo menos, três aspectos fundamentais: a epidemiologia, a etiologia e o diagnóstico dos transtornos mentais.

No que diz respeito à epidemiologia, é questionada a razão pela qual existe uma maior incidência e prevalência de depressão em mulheres em todo o mundo. Duas perspectivas teóricas abordam essa questão de maneiras distintas. A perspectiva biologizante enfatiza a própria biologia como um fator que tornaria mulheres vulneráveis ao desenvolvimento de certas psicopatologias. Por outro, a perspectiva sócio-histórica faz uma leitura das causas sociais relacionadas ao adoecimento, onde se situam as relações de gênero. Sob esse prisma, são analisados os impactos dos papéis de gênero e das desigualdades estruturais na saúde mental de mulheres (Zanello & Silva, 2012).

Com relação à etiologia dos transtornos, estudos apontam as especificidades dos corpos de mulheres, seus aspectos hormonais e reprodutivos - perspectiva biologizante -, bem como a interação entre tais fatores e os papéis impostos pelas normas de gênero - perspectiva sócio-histórica. Nas sociedades ocidentais, marcadas pelo sistema patriarcal, mulheres são colocadas em posição de desigualdade. Esse sistema confere maior valor às atividades masculinas, legitima o controle sobre os corpos, a sexualidade e a autonomia de mulheres, além de estabelecer papéis sociais em que o masculino possui claros privilégios e prerrogativas. Ao valorizar distintamente atributos femininos e masculinos, as diferenças sexuais são transformadas em discriminação e desigualdade, com repercussões negativas na saúde mental (Zanello & Silva, 2012).

Entre as várias manifestações de desigualdades que incidem na vida de mulheres destacam-se as desigualdades nas relações amorosas, a violência doméstica, as dificuldades de inserção e permanência no mercado de trabalho, a dupla jornada, a maternidade, as relações de cuidado informal, além do ideal de beleza veiculado pelas tecnologias midiáticas (Santos & Diniz, 2018). Estudos demonstram que essas iniquidades têm sido consistentemente

relacionadas ao surgimento de quadros de adoecimento psíquico em mulheres, incluindo Transtornos Ansiosos, Transtornos Depressivos, Transtorno de Estresse Pós-traumático e Transtornos Alimentares (Hosang & Bhui, 2018; Bacigalupe et al., 2020).

Pesquisas conduzidas em serviços de saúde mental de três capitais brasileiras, utilizando a análise de prontuários, evidenciaram o predomínio da população feminina dentre usuárias do serviço, além de uma alta correlação entre TMC e vulnerabilidade social da população atendida - ser mulher, negra, com baixa escolaridade, desempregada ou com profissões consideradas subalternas (donas de casa ou trabalhadoras domésticas) (Zanello & Silva, 2012; Campos & Zanello, 2016; Campos et al., 2017). Esses dados fornecem evidências preliminares, mas convincentes, de que as desigualdades presentes nas relações de gênero incidem sobre a saúde mental de mulheres e se interseccionam com outras variáveis como classe social e raça/etnia, gerando mais ou menos vulnerabilidade.

A leitura da saúde mental na perspectiva de gênero também permite problematizar a participação do gênero na construção subjetiva das profissionais de saúde que avaliam e interpretam os sintomas apresentados pelas pacientes. É possível que essa avaliação se dê a partir de certos padrões socialmente construídos. Tomando como exemplo o choro, o limiar de aceitação desse comportamento é diferente entre homens e mulheres, o que pode levar ao hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e ao subdiagnóstico em homens. Além disso, as formas de manifestação dos sintomas são engendradas. Portanto, ao escolhê-los e agrupá-los em síndromes é possível que se esteja favorecendo certos diagnósticos em mulheres ou em homens, o que leva à necessidade de pensar em critérios diferenciados para ambos (Zanello, 2014).

Portanto, o gênero se apresenta como uma importante categoria analítica para compreender a saúde mental de mulheres, pois coloca em evidência as iniquidades que constituem fatores de vulnerabilidade ao adoecimento psíquico. Além de analisar os fatores envolvidos nessas formas específicas de adoecimento, essa abordagem reafirma a importância de investigar a saúde mental de mulheres considerando a complexidade da construção de suas subjetividades, destacando as condições desiguais nas quais homens e mulheres se constituem subjetivamente (Rodrigues, 2015).

1.3.2 Desigualdades de Gênero: explorando os reflexos na saúde mental de mulheres

Desigualdades de gêneros são fruto de processos de socialização culturalmente determinados que estabelecem expectativas e papéis sociais considerados adequados para

homens e mulheres. As desigualdades não apenas constroem barreiras à autonomia de mulheres, atribuindo-lhes posições de subalternidade material e simbólica, como também influenciam na formação de suas subjetividades (Bacigalupe et al., 2022).

Em culturas sexistas, como é o caso do cenário brasileiro, mulheres são subjetivadas com base no dispositivo materno e dispositivo amoroso, configurando pontos de maior vulnerabilidade ao adoecimento psíquico (Zanello, 2018). O dispositivo materno é uma construção cultural segundo a qual as mulheres devem estar constantemente disponíveis para o cuidado, sobretudo em razão da sua capacidade de procriação. Vale destacar que esse cuidado não ocorre somente em relação aos filhos, a maternidade se estende à domesticidade, e o cuidado com a casa e com os membros da família passa a ser entendido como um dever de mulheres (Zanello; 2018).

Assim, as construções culturais das normas de gênero conferem a mulheres os papéis de esposa, mãe, cuidadora e “dona de casa”, enquanto a homens é designado o papel de provedor, aquele que detém o poder econômico familiar (Oliveira & Pereira, 2021). Esses estereótipos produziram uma separação e hierarquização do trabalho em que o feminino é vinculado à esfera de trabalho privada, de menor valor, enquanto o masculino é vinculado à esfera pública, ao trabalho remunerado e socialmente valorizado. Essa organização estrutura a divisão sexual do trabalho (Olivares-Aising et al., 2022).

A filósofa norte-americana Nancy Fraser, ao analisar de forma crítica a redistribuição do trabalho com base nos papéis de gênero, define o trabalho masculino como trabalho produtivo, isto é, aquele que resulta em um salário e poder de troca dentro do sistema capitalista. Por outro lado, o trabalho desempenhado por mulheres dentro do domínio privado, e nomeado como trabalho reprodutivo, é definido como aquele necessário ao sustento da vida, sem geração de riqueza (Vieira et al., 2022).

O trabalho reprodutivo, embora forneça as condições necessárias para a sobrevivência, bem-estar dos familiares e realização do trabalho produtivo, é um trabalho gratuito, desvalorizado social e economicamente (Vieira et al., 2022). Essa ausência de reconhecimento e valorização pode ser uma fonte geradora de mal-estar ao comprometer a percepção que as donas de casa têm sobre si mesmas, pois leva a uma sensação de que não apenas o trabalho e o lugar que ocupam, mas também elas próprias, são ignorados e desvalorizados (Santos & Diniz, 2018).

Assim, o espaço doméstico pode se caracterizar como um importante fator de risco para a saúde mental de mulheres. Dentre os fatores que favorecem a manifestação do adoecimento estão as jornadas exaustivas e inacabadas de trabalho doméstico, a ausência de lazer e descanso,

a desvalorização por parte de familiares, a falta de autonomia econômica e, muitas vezes, a submissão ao domínio do marido (Santos & Diniz, 2018). A vivência dessas tensões de forma cotidiana pode levar ao desenvolvimento de quadros de adoecimento psíquico (Leite et al., 2017).

Entretanto, faz-se necessário ressaltar a heterogeneidade das mulheres, pois as vivências de mulheres negras diferem daquelas de mulheres brancas e de classe média. Ao contrário de mulheres que tiveram o privilégio de se dedicarem exclusivamente ao trabalho doméstico, mulheres negras sempre tiveram que trabalhar fora de suas residências para permitir o sustento e sobrevivência de suas famílias. Isso não significa que elas não tenham que realizar as tarefas domésticas; pelo contrário, sempre carregaram o fardo duplo de terem que trabalhar fora e dentro de suas casas (Davis, 2016).

Com as transformações advindas do cenário socioeconômico, político e cultural, mulheres têm ampliado, cada vez mais, a sua participação no mercado de trabalho. Embora essa inserção ainda se dê de forma precarizada, atualmente correspondem à metade da mão de obra remunerada no Brasil. Também se estima que 40% das famílias brasileiras sejam chefiadas por mulheres. Entretanto, o aumento da participação de mulheres no mercado de trabalho não vem sendo acompanhado de uma mudança das relações de gênero no ambiente doméstico, o que faz com que assumam múltiplos papéis simultaneamente, configurando a dupla jornada de trabalho (Barros & Mourão, 2018).

Dados publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2020, demonstram que, em geral, mulheres dedicam 10,4 horas a mais por semana que homens nos afazeres domésticos (IBGE, 2020). Pesquisas recentes indicam que essa disparidade tem sido acentuada nos últimos três anos, em razão da pandemia do Covid-19. Devido à transposição do universo profissional para o espaço doméstico, o cuidado com familiares doentes, idosos e crianças, além do isolamento e ausência de rede de apoio, as famílias tiveram que reorganizar suas rotinas, sendo mulheres as mais afetadas pela sobrecarga do trabalho (Alon et al., 2020). Tais fatores conduzem a um processo de esgotamento físico e psicológico, com consequências significativas para a saúde mental (Zanello et al., 2022).

Historicamente, o papel do cuidado com familiares doentes, idosos e deficientes também tem sido delegado a mulheres sob a justificativa dos “atributos femininos” serem mais adequados para o exercício dessa tarefa (Zanello, 2018). Um estudo realizado com o objetivo de analisar a vivências de mulheres cuidadoras em relação às suas práticas de cuidado, com a participação de vinte entrevistadas na Espanha, evidenciou que essa função tem um impacto emocional significativo, sendo as mulheres afetadas por processos de ansiedade, depressão e

menor bem-estar subjetivo. Esse impacto se dá, sobretudo, em função da disponibilidade para o outro e abnegação da própria qualidade de vida. A imposição da rotina de cuidado acaba por levar ao cansaço físico e mental, ao isolamento social, ausência de apoio, reconhecimento e remuneração (Tavero et al., 2018).

Outro debate que se insere no âmbito das discussões acerca das desigualdades de gênero diz respeito à imposição da maternidade enquanto uma condição baseada nos processos biológicos, e que não pressupõe a capacidade de decisão da mulher. Esse discurso traz consigo não apenas uma sobrecarga objetiva, que se materializa através das cobranças, legislações, como, por exemplo, a criminalização do aborto e as regras para a esterilização voluntária, como também uma pressão subjetiva relacionada à obrigatoriedade da maternidade, um destino natural de mulheres (Moreira & Oliveira, 2022).

As relações amorosas também se apresentam como influências marcantes na saúde mental de mulheres. Um estudo baseado na análise de prontuários de usuárias atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II) de uma capital brasileira evidenciou que, dentre as temáticas mais recorrentes em suas queixas, destacam-se as questões relacionadas à conjugalidade, como separações, agressões, traições e conflitos no casamento (Campos & Zanello, 2016).

Outro mecanismo que opera na construção da subjetividade de mulheres é o dispositivo amoroso. Ser subjetivada pelo dispositivo amoroso significa dizer que o amor ocupa uma posição central na vida de mulheres e que a construção de suas subjetividades é perpassada pelo olhar de um homem que as “escolha”. Portanto, quanto mais próximas estiverem do ideal estético - ser branca, loura, jovem e magra - maiores as perspectivas de serem “escolhidas” (Zanello, 2018). A busca por esse ideal leva mulheres a desenvolverem comportamentos de autoexigência e a sujeitarem seus corpos a procedimentos estéticos na tentativa de adequação aos padrões de beleza socialmente impostos (Kantorski et al., 2020).

O fato de o relacionamento amoroso ocupar um caráter central na vida de mulheres faz com que, muitas vezes, sustentem relacionamentos violentos e potencialmente adoecedores (Zanello, 2018). De acordo com a pesquisa “Visível e Invisível: a vitimização das mulheres no Brasil”, realizada pelo Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), junto ao Instituto Datafolha, no ano de 2021, aproximadamente 17 milhões de mulheres, ou seja, uma em cada quatro mulheres com mais de dezesseis anos, foi vítima de algum tipo de violência ou agressão (FBSP, 2021). Essas violências ocorrem, em sua grande maioria, no próprio lar e são perpetradas por familiares e/ou parceiros íntimos (violência doméstica). Por outro lado, dados do Atlas da Violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelam que esse

cenário é ainda mais problemático para mulheres negras, visto que, em 2019, a taxa de mortalidade de mulheres negras foi duas vezes maior que a de mulheres não negras (Cerqueira et al., 2021).

Se por um lado o dispositivo amoroso opera na construção das subjetividades de mulheres promovendo o ideal do amor romântico (Zanello, 2018), por outro o sistema racista e heteropatriarcal opera na imposição de ideias conservadoras, racistas e sexistas. Nesse contexto, a violência surge como um mecanismo de coerção, subordinação e controle, na tentativa de assegurar a manutenção da soberania masculina mediante o uso da força (Bigliardi et al., 2016).

Uma pesquisa conduzida em um Centro de Referência da Mulher de uma cidade do nordeste do Brasil com o propósito de investigar a ocorrência de TMC em mulheres em situação de violência doméstica identificou que 76,7% das participantes demonstraram sintomas sugestivos de TMC. A maioria das participantes apresentou sintomas depressivos, ansiosos, ideação suicida e queixas somáticas como resultado das violências sofridas (Brito et al., 2020).

Reconhecida como uma epidemia mundial, a violência contra mulheres é também um grave problema de saúde pública. Pesquisa realizada com 406 mulheres no município de João Pessoa/PB, com o objetivo de investigar os agravos à saúde mental resultantes da violência doméstica demonstrou que, dentre os impactos psicológicos, foram relatados insegurança, dificuldade em estabelecer novos relacionamentos afetivos, estresse, sono prejudicado e depressão (Silva et al., 2015). Esse dado vai ao encontro de um estudo realizado no município de Natal/RN com mulheres em situação de violência. Seus resultados evidenciaram que muitas delas apresentaram transtornos de ansiedade, depressão e síndrome do pânico em razão das violências suportadas (Barbosa, 2013).

A partir do exposto, observa-se que as demandas direcionadas às mulheres por um sistema dominante heteropatriarcal, capitalista e colonial representam um importante fator de risco ao adoecimento psíquico, seja através do cumprimento dos papéis de gênero socialmente impostos ou do combate a eles. As vivências de adoecimento psíquico apresentam-se de forma gendrada, isto é, revelam as condições de gênero e a violência estrutural numa dada sociedade (Franco et al., 2021). Dar visibilidade a tais questões implica reconhecê-las como determinantes para a saúde mental de mulheres em detrimento da racionalidade biomédica que compreende os fenômenos psíquicos a partir do plano biológico, levando, muitas vezes, a processos de patologização e medicalização.

1.3.3 Para Além da Medicalização: repensando a abordagem da saúde mental de mulheres

O tradicional modelo de cuidado em saúde mental não dispõe de referencial teórico e ferramentas clínicas para abordar a saúde mental de mulheres sem medicalizá-las (Bacigalupe et al., 2022). Essa abordagem tem sido alvo de críticas por negligenciar a influência de determinantes sociais como gênero, raça e classe no processo de adoecimento. Ignorar tais aspectos pode levar a uma compreensão simplista dos problemas de saúde mental, bem como ao uso indiscriminado de intervenções farmacológicas (Medeiros & Zanello, 2018).

A violência baseada no gênero, a discriminação e o sexismo são apenas alguns dos fatores sociais que contribuem para o adoecimento de mulheres (Leite et al., 2017; Santos & Diniz, 2018). Essas mazelas sociais são frequentemente ignoradas ou minimizadas no modelo médico dominante, que tende a tratar os problemas de saúde mental como meras disfunções biológicas. Ao não levar em consideração as dimensões sociais e estruturais do adoecimento, perde-se a oportunidade de abordar as causas subjacentes aos problemas de saúde mental e de implementar medidas preventivas e políticas de enfrentamento eficazes (Medeiros & Zanello, 2018).

A invisibilização das mazelas sociais também pode resultar em estigmatização adicional. Ao retratar o adoecimento psíquico como um problema biológico e estritamente individual, a responsabilidade recai sobre a própria mulher, desconsiderando as pressões sociais e as desigualdades estruturais que podem ter contribuído para o seu adoecimento (Medeiros & Zanello, 2018).

Nesse sentido, é fundamental adotar uma abordagem multifatorial para compreender o adoecimento psíquico de mulheres e reconhecer sua interseção com as questões de gênero, desigualdades sociais e estruturas de poder. Isso envolve considerar a influência de fatores como o patriarcado, o machismo, o racismo e as desigualdades econômicas na saúde mental de mulheres (Bacigalupe et al., 2022).

A relação simplista que se estabelece entre saúde mental de mulheres e sua biologia não somente leva à medicalização, como afasta o caráter político da questão. Introduzir a perspectiva de gênero na compreensão da saúde mental de mulheres torna evidente a complexidade desse fenômeno - que envolve muito mais que fatores biomédicos - de modo a desfamiliarizar uma suposta natureza feminina e indicar que as expectativas e papéis sociais atribuídos às mulheres tem sido fonte de adoecimento (Medeiros & Zanello, 2018).

Tornar a categoria gênero um eixo transversal para investigação nos estudos da saúde mental é uma aposta na possibilidade de que a produção de evidências sobre as desigualdades em saúde, consequentes das desigualdades de gênero, venham a promover políticas públicas voltadas para a redução dessas iniquidades. Para isso, é necessário desconstruir paradigmas

reducionistas e biologizantes e ampliar o diálogo entre o campo da saúde mental e os estudos de gênero, de modo a elaborar intervenções que estejam aptas a atender às demandas da saúde mental de mulheres (Costa et al., 2014).

Uma abordagem eficaz requer a promoção de políticas públicas que atuem na redução das desigualdades sociais, na valorização da diversidade e na garantia de acesso a serviços de saúde mental de qualidade, que considerem a multiplicidade de fatores envolvidos (Costa et al., 2014). Também é pertinente dar visibilidade a essa questão nos serviços de saúde, especialmente em serviços de saúde mental, a fim de construir uma escuta de gênero afinada e sensível que propicie o acolhimento de mulheres, para que não sejam silenciadas e apenas medicalizadas, o que produziria novas formas de violência (Medeiros & Zanello, 2018).

1.4 Considerações Finais

A análise realizada evidenciou que as construções sociais e culturais de gênero têm impactos significativos na saúde mental. A divisão sexual do trabalho, a sobrecarga imposta pela dupla jornada, as exigências da maternidade e o cuidado informal, a pressão para atender aos padrões de beleza e a violência doméstica são alguns dos fatores identificados neste estudo que afetam negativamente a saúde mental de mulheres. Ademais, as construções de gênero também influenciam o modo como os fenômenos psicológicos são percebidos, diagnosticados e tratados nos serviços de saúde. Esses achados reforçam a necessidade e urgência de capacitar profissionais com letramento de gênero para que possam oferecer uma escuta sensível, capaz de compreender as nuances das experiências de mulheres e abordar adequadamente tais questões.

Os resultados apontam ainda a necessidade de se considerar o marcador social de gênero enquanto uma categoria analítica na compreensão da saúde mental, indo além de abordagens reducionistas e medicalizantes. Assim, não se trata apenas de considerar os fatores biológicos. A adequada compreensão da saúde mental exige reconhecer que o lugar social historicamente atribuído a mulheres resulta em condições de vida precárias e subjetividades desvalorizadas, que por sua vez podem levar a quadros de adoecimento. Além disso, uma leitura atenta às interseccionalidades entre gênero, raça, classe e outros marcadores sociais permite uma melhor compreensão dos desafios enfrentados por mulheres em diferentes contextos.

Para promover a saúde mental de forma eficaz, políticas públicas e serviços de saúde devem levar em consideração a complexidade das dinâmicas de gênero e trabalhar para mitigar as desigualdades e os fatores de risco identificados neste estudo. A compreensão da saúde

mental de mulheres não pode ser dissociada das questões de gênero e das estruturas sociais que perpetuam as disparidades observadas.

ARTIGO 2: GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: ARTICULAÇÕES TEÓRICO-CLÍNICAS

GENDER, DEVICE AND PSYCHIC SUFFERING: THEORETICAL- CLINICAL ARTICULATIONS

Resumo: Este trabalho pretende discutir as possíveis relações entre o funcionamento do gênero enquanto um dispositivo de poder que opera na construção da subjetividade de mulheres, destacando o seu papel na configuração do sofrimento psíquico. Realizou-se uma pesquisa bibliográfica, explorando a interseção entre os conceitos de gênero, dispositivo e sofrimento psíquico, conforme propostos por Judith Butler, Michel Foucault e a perspectiva da psicanálise lacaniana, respectivamente. O gênero enquanto dispositivo de poder, que opera na construção subjetiva de mulheres, não apenas reproduz como recria normas de identidades, impondo a elas expectativas rígidas sobre seus comportamentos e valores. Em culturas sexistas, como o canário brasileiro, as mulheres são subjetivadas a partir dos dispositivos materno e amoroso. Assim, são observados concepções e discursos universalistas que interpelam mulheres a performarem de acordo com os papéis de mãe e esposa, bem como funções relacionadas ao cuidado. Desse modo, a sociedade reconhece o sujeito-mulher apenas dentro dessa perspectiva e limitada às funções sociais estabelecidas. A ausência de reconhecimento ou reconhecimento incompleto das vivências e identidades de mulheres dentro da estrutura normativa de gênero pode resultar em sofrimento psíquico. Faz-se necessária a desconstrução das normas de gênero que restrinjam as singularidades e que oprimam ou violem as identidades e comportamentos insurgentes, que não se encaixam ou se recusam a ser enquadrados nesses estereótipos que supostamente definem o que é ser mulher.

Palavras-chave: Gênero; Dispositivo; Sofrimento Psíquico.

Abstract: This work aims to discuss the possible relationships between the functioning of gender as a power device that operates in the construction of women's subjectivity, highlighting its role in the configuration of psychological suffering. A narrative review of the literature was carried out, exploring the intersection between the concepts of gender, device and psychological suffering, as proposed by Judith Butler, Michel Foucault and the perspective of Lacanian psychoanalysis, respectively. Gender as a power device, which operates in the subjective construction of women, not only reproduces but also recreates identity norms, imposing rigid expectations on them about their behaviors and values. In sexist cultures, such as the Brazilian canary, women are subjectivized based on maternal and loving devices. Thus, universalist conceptions and discourses are observed that challenge women to perform in accordance with the roles of mother and wife, as well as functions related to care. In this way, society recognizes the woman-subject only within this perspective and limited to established social functions. The lack of recognition or incomplete recognition of women's experiences and identities within the normative gender structure can result in psychological distress. It is necessary to deconstruct gender norms that restrict singularities and that oppress or violate insurgent identities and behaviors, which do not fit or refuse to be framed in these stereotypes that supposedly define what it means to be a woman.

Keywords: Gender; Device; Psychic Suffering.

2.1 Introdução

Este trabalho propõe uma discussão sobre o funcionamento do gênero enquanto dispositivo de poder que opera na construção da subjetividade de mulheres, destacando de maneira particular o seu papel na configuração do sofrimento psíquico. O estudo se caracteriza como uma pesquisa bibliográfica, e assume um caráter qualitativo-interpretativo. É explorada a intersecção entre o conceito de gênero, tomando como embasamento epistemológico a obra “Problemas de Gênero: feminismo e subversão das normas de identidade” de Judith Butler, a concepção de dispositivo com base em Michel Foucault, alinhada à perspectiva do sofrimento psíquico, sob a ótica da psicanálise lacaniana. A pergunta norteadora que guia esta investigação é: como as normas de gênero, enquanto dispositivos de poder, influenciam a formação da subjetividade de mulheres cisgênero e contribuem para o sofrimento psíquico?

Judith Butler, reconhecida como uma pensadora pós-estruturalista, cujo trabalho é central tanto para o feminismo quanto para a filosofia política contemporânea, estabelece um diálogo fecundo com as ideias de Michel Foucault. Em sua abordagem, a autora introduz uma genealogia feminista, influenciada pelas concepções foucaultianas, que visa repensar a formação da subjetividade. As contribuições de Foucault têm sido significativas para o feminismo, fornecendo uma abordagem estratégica na análise das relações de poder. Apesar das discordâncias dentro do feminismo, suas teorizações fornecem uma linguagem conceitual adequada para abordar temas relacionados à formação da subjetividade, oferecendo ferramentas para pensar politicamente temas complexos e para dar visibilidade a muitas das práticas e experiências do movimento feminista (Rago, 2019). Ao adentrar o campo da saúde mental, integra-se a abordagem psicanalítica, a fim de analisar o sofrimento psíquico resultante da não conformidade às normas de gênero. Assim, essas perspectivas contribuem para uma compreensão da dinâmica entre gênero, dispositivo e sofrimento psíquico.

Metodologicamente, o artigo está estruturado da seguinte forma: inicialmente, aborda-se o gênero em Judith Butler, destacando sua natureza performativa e a problemática do sujeito universal no feminismo; em seguida, são apresentadas as concepções de Michel Foucault sobre dispositivos de poder e seu papel na regulação das normas de gênero e na formação da subjetividade; posteriormente, é apresentada a perspectiva psicanalítica, com ênfase nas contribuições de Christian Dunker, para a compreensão do sofrimento psíquico; por último busca-se compor uma articulação entre tais conceitos a fim de compreender as possíveis relações entre o sofrimento psíquico de mulheres cisgênero e as normas regulatórias de gênero.

2.2 “Libertando as Mulheres da Mulher”: dilemas sobre a construção do sujeito no feminismo

Desde seu surgimento, o movimento feminista tem sido caracterizado pela diversidade de perspectivas teóricas, ora divergentes, ora convergentes, em um constante diálogo que desafia, desconstrói e reconstrói umas às outras. Entre as décadas de 1960 e 1970, pesquisadoras feministas introduziram o conceito de gênero como uma ferramenta analítica para pensar as desigualdades sociais relacionadas ao sexo e para questionar o determinismo biológico. Nesse contexto, Joan W. Scott destacou-se ao enfatizar o caráter cultural das construções de gênero e a natureza relacional nas definições normativas de feminilidade (Scott, 1995).

Entretanto, nas últimas décadas, feminismos de abordagem pós-estruturalista têm observado que a distinção entre sexo e gênero gera novas contradições que dificultam a realização dos objetivos inicialmente propostos pelo movimento. Nesse contexto, a abordagem de Judith Butler emerge, fortemente influenciada pelos escritos de Michel Foucault. Sua obra, “Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade”, publicada em 1990, marcou o início de um debate ainda em curso em diversos países. Por meio da abordagem genealógica de Michel Foucault, a autora questiona categorias consideradas essenciais nas análises feministas, evidenciando as contradições presentes nesse campo teórico e político.

Para Butler, a distinção sexo/gênero e natureza/cultura proposta pelas correntes anteriores introduz uma divisão no sujeito feminista. A autora destaca que, embora tenha sido criado para desafiar o determinismo biológico, a partir de uma construção cultural da identidade, o gênero acabou sendo incorporado ao binarismo que pretendia contestar. Nas palavras de Butler “a hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual o gênero reflete o sexo ou é por ele restrito” (Butler, 2022, p. 26).

Butler faz referência ao pensamento de Simone de Beauvoir para problematizar a noção de gênero como construção social e sexo como dado biológico. A célebre frase “ninguém nasce mulher: torna-se mulher” (Beauvoir, 1967, p. 09), segundo Butler, implica uma separação precisa entre os domínios da natureza e da cultura. O mérito de Beauvoir reside em evidenciar que “mulher” não é uma condição inata, uma essência fixa e imutável; ao contrário, é um contínuo processo de tornar-se. No entanto, Butler radicaliza esta proposta ao afirmar que gênero e sexo não se apresentam como dados naturais, manifestações espontâneas de uma natureza pré-discursiva. Sendo assim, não há uma essência intrínseca que assegure a transição

de um corpo biológico, caracterizado como fêmea, para a sua identificação como “mulher” (Rodrigues, 2019).

A partir dessas problematizações, Butler demonstra a arbitrariedade contida na distinção sexo/gênero, bem como desvincula o conceito de gênero da ideia de que ele é determinado pelo sexo biológico e introduz a noção de que não apenas o gênero é socialmente construído, mas de que o próprio sexo também é uma produção cultural. Desse modo, não há a possibilidade de acessar ou conceber um corpo que não tenha sido previamente interpretado por meio de significados culturais (Butler, 2022). A autora argumenta que:

Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto o gênero; a rigor, talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de tal forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nula. Se o sexo é, ele próprio, uma categoria tomada em seu gênero, não faz sentido definir o gênero como a interpretação cultural do sexo (Butler, 2022, p. 27).

Butler propõe que o gênero seja pensado enquanto uma construção discursiva ou, mais precisamente, performativa. Nessa perspectiva, o gênero é compreendido como uma repetição contínua de comportamentos e práticas dando uma ideia - equivocada - de substancialização. Dessa forma, destaca a instabilidade e fluidez do sujeito, sugerindo que a abordagem feminista baseada na ideia de um sujeito universal enfrenta desafios que parecem impossibilitar, talvez, a luta em nome de todas as mulheres (Butler, 2022).

Embora tenha sido fundamental para dar visibilidade às mulheres e suas lutas, a autora questiona a pertinência do uso da categoria “mulheres” enquanto um instrumento de representação política, pois pressupõe uma identidade estável e universal que não corresponde à diversidade de experiências vivenciadas por mulheres em diferentes contextos. Assim, o seu uso desempenha um papel normativo ao tentar unificá-las em categorias e homogeneizar sujeitos singulares (Butler, 2022).

Butler destaca que “a crítica feminista também deve compreender como a categoria das ‘mulheres’, o sujeito do feminismo, é produzida e reprimida pelas mesmas estruturas de poder por intermédio das quais se busca a emancipação” (Butler, 2003, p. 19). Se para alcançar a representação é preciso estabelecer um campo subjetivo com características aparentemente homogêneas, que possam ser politicamente representadas, por outro lado, todas as outras

singularidades que não se enquadram nessas características não serão representadas, mas sim assujeitadas e violentadas em sua singularidade pelas práticas e discursos normalizadores.

Butler afirma que “(...) o gênero estabelece interseções com modalidades raciais, classistas, étnicas, sexuais e regionais de identidades discursivamente constituídas” (Butler, 2022, p. 21), destacando a inexistência do sujeito que o feminismo busca representar (Rodrigues, 2005). Portanto, a luta política liderada pelo movimento feminista, inicialmente, negligenciou outras particularidades das vivências de mulheres, o que aponta para uma estrutura de representação política fortemente marcada por práticas de exclusão. Esse fato já foi destacado nas inúmeras denúncias de marginalização de mulheres negras no interior do próprio movimento feminista. A autora sugere a possibilidade de pensar o feminismo sem a necessidade de um sujeito unitário, universal e imutável (Butler, 2022).

O feminismo proposto por Butler advoga então pela desconstrução de qualquer forma de identidade de gênero que restrinja as singularidades autênticas e que oprima ou viole as identidades e comportamentos insurgentes, que não se encaixam ou se recusam a ser enquadrados nessa dicotomia que supostamente define as interações humanas. A aceitação e validação de concepções essencialistas de gênero resultam em limitações, como a expectativa de que mulheres sejam inerentemente delicadas, ingênuas e submissas e, conseqüentemente, promovem o aprisionamento de mulheres no interior dessas normas.

É necessário destacar que o feminismo ao qual a autora se refere é o movimento feminista predominante, de maioria branca, com foco nas experiências dos Estados Unidos e Europa. Situar essa perspectiva no campo do conhecimento se faz necessário, uma vez que existem outras formas de resistência lideradas por mulheres ao longo da história, em diferentes contextos de classe, raça e fora do âmbito europeu e norte-americano.

Nessa mesma linha de raciocínio, Butler considera que a problemática da opressão de mulheres é simplificada e tratada como uma única e predominante forma de dominação masculina, na qual a ideia de um patriarcado universal foi considerada adequada - concepção que tem sido alvo de críticas por parte de alguns estudos feministas. Nas palavras de Butler:

A presunção política de ter de haver uma base universal para o feminismo, a ser encontrada numa identidade supostamente existente em diferentes culturas, acompanha frequentemente a ideia de que a opressão das mulheres possui uma forma singular, discernível na estrutura universal ou hegemônica da dominação patriarcal ou masculina (Butler, 2022, p. 21).

Assim, a noção de performatividade de gênero tem implicações políticas e sociais importantes. Uma vez que o gênero é uma performance, é possível resistir e subverter as normas dominantes por meio de performances alternativas. Ou seja, a repetição de atos que desestabilizam as normas de gênero pode levar à subversão das hierarquias de poder associadas a essas normas. Uma estratégia política dedicada à desconstrução dessas hierarquias deve deslocar o foco das identidades, que resultam do exercício do poder, para os procedimentos que moldam essas identidades e sustentam as relações entre elas. Para tanto, Judith Butler utiliza a análise crítica genealógica desenvolvida por Michel Foucault como uma ferramenta fundamental para a investigação dos mecanismos de poder que configuram essas identidades.

2.3 Dispositivos e Processos de Subjetivação

Durante a fase genealógica de suas investigações sobre o sujeito, Michel Foucault, filósofo e teórico social francês, introduziu o conceito de dispositivo como uma ferramenta fundamental para compreender as relações de poder e estratégias de controle social. O termo dispositivo foi utilizado pelo autor para designar um conjunto de práticas de poder, ditas ou não ditas, a fim de manter controle sobre corpos e indivíduos, regulando comportamentos, subjetividades e sexualidade (Foucault, 2023). De acordo com Foucault, o dispositivo pode ser entendido como:

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo (Foucault, 2023, p. 364).

Assim, o dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos. Posteriormente, o filósofo Agamben amplia esse conceito afirmando que o dispositivo pode ser compreendido como “qualquer coisa que tenha de algum modo a capacidade de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar e assegurar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos dos seres vivos” (Agamben, 2005, p. 13).

Foucault compreende, também, o dispositivo como “[...] um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência”

(Foucault, 2023, p. 365). Desse modo, os dispositivos podem operar como táticas que desempenham um papel instrumental no funcionamento de uma estratégia, ou mesmo para compor ou implementá-la, agindo de forma a moldar e constituir indivíduos capazes de atender a uma necessidade histórica particular.

Essas configurações são viabilizadas através daquilo que Foucault denominou como relações de saber/poder. Quando se refere ao poder, Foucault está se referindo a “relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas” (Foucault, 2006, p. 231) que ocorrem em todas as esferas da sociedade. Essas lutas são concebidas como ações sobre ações, indicando que é por meio do exercício do poder que as subjetividades são moldadas. O saber, por sua vez, é compreendido como uma formação discursiva que consiste em um conjunto de regras anônimas, historicamente determinadas em um tempo e espaço específicos. Em um dado momento, um enunciado é proferido, e aquilo que foi dito ganha estatuto de verdade. Esse conhecimento, quando transmitido por meio de relações de poder, opera de maneira disciplinar, influenciando a conformação e a organização dos indivíduos na sociedade (Foucault, 2006).

A psicanalista e professora universitária Valeska Zanello se apropria das teorizações de Michel Foucault acerca do dispositivo para analisar o papel dessas estruturas nos processos de constituição subjetiva de homens e mulheres. Segundo ela, em relação ao atual momento histórico da sociedade ocidental, particularmente a brasileira, existem caminhos privilegiados de subjetivação para cada um. A autora destaca a existência de dois dispositivos fundamentais que operam na construção das subjetividades de mulheres. São eles: o dispositivo amoroso, mediado pelo ideal estético, e o dispositivo materno, os quais podem ser pensados enquanto categorias analíticas (Zanello, 2018).

A configuração histórica do dispositivo amoroso estabeleceu o casamento e a maternidade como os principais preceitos para mulheres. O amor romântico, como uma construção sociohistórica, é uma ideologia típica da consolidação do capitalismo e também representa a separação entre as esferas da produção e da reprodução. Esse sistema reforça o patriarcado ao impor às mulheres os sacrifícios necessários para sua perpetuação. Em última análise, ele fortalece a família burguesa, essencial para a continuidade da ordem do capital, mas que também contribui para a manutenção de desigualdades (Zanello, 2018).

Ser subjetivada com base no dispositivo amoroso significa dizer que o amor é um elemento fundamental na existência de mulheres e que a construção de suas subjetividades é mediada pelo olhar de um homem que as escolha. Dito de outro modo, o amor é um fator identitário para elas. Para ilustrar essa condição, a autora criou a metáfora denominada “prateleira do amor”. Para ela, as mulheres se subjetivam nessa prateleira, que é profundamente

desigual e marcada por um ideal estético - ser branca, loura, magra e jovem. Quanto mais próximas as mulheres estiverem desse ideal estético, mais possuem valor nessa prateleira simbólica e maiores são as chances de serem “escolhidas” e não “preteridas” por um homem. Outro aspecto importante desse dispositivo é que mulheres se subjetivam na relação umas com as outras por meio da rivalidade, já que se trata de ser “escolhida” em detrimento das demais (Zanello, 2018).

Assim, o dispositivo amoroso se constitui como um dos maiores fatores de desempoderamento e vulnerabilidade para mulheres, pois quanto mais distantes estiverem do ideal estético apregoadado culturalmente, maiores são as chances de ter sérios impactos sobre sua autoestima e saúde mental. Aqui o capitalismo e o individualismo mostram a sua face terrível porque, quanto maior a insatisfação de mulheres com seus corpos, maiores são as possibilidades de lucro do mercado da beleza. Não é por acaso que o Brasil tem se tornado um dos maiores líderes mundiais em cirurgias plásticas, beneficiando-se da insatisfação de mulheres. Por outro lado, trata-se de um fator de empoderamento e proteção à saúde mental de homens, pois outorga a eles o lugar privilegiado de serem aqueles que avaliam física e moralmente as mulheres (Zanello, 2018).

Outra categoria analítica proposta pela autora para pensar os caminhos privilegiados de subjetivação é o dispositivo materno. Este se fundamenta a partir da naturalização da capacidade de cuidar nas mulheres, sobretudo a partir do século XVIII, quando a função social da maternagem passou a ser compreendida como um desdobramento da capacidade de procriar (Zanello, 2018). Nas palavras da autora, o dispositivo materno incorporou a “mescla entre a capacidade de procriação e a maternagem bem como seus desdobramentos, como as tarefas dos trabalhos domésticos e a responsabilização pelo bom funcionamento da casa” (Zanello, 2018, p. 149).

O dispositivo materno é fortemente marcado pelo processo de heterocentrismo que atua na constituição das subjetividades de mulheres. Ou seja, no tornar-se mulher existe uma pedagogia afetiva que as ensina a priorizarem as demandas do outro em detrimento das próprias, estando sempre disponíveis para o cuidado. O sentimento de culpa, bastante comum em mulheres que já procriaram, seria o signo de que o dispositivo foi bem-sucedido. Vale destacar que o dispositivo materno não se realiza apenas na relação entre mãe e filha/o. Mesmo não sendo mãe, mulheres são sempre interpeladas a exercerem o cuidado de outrem, o que caracteriza uma distribuição desigual da tarefa do cuidado (Zanello, 2018).

Em culturas sexistas, como a brasileira, desde muito cedo mulheres são ensinadas a cuidar, o que lhes confere um lugar de importância e reconhecimento social. Portanto, há um

ganho narcísico para essas mulheres, embora seja um “empoderamento colonizado”, pois não é capaz de produzir mudanças nas condições estruturais de poder e opressão. Há aqui uma importante interseccionalidade que intensifica esse processo: a racial. Enquanto de mulheres, de modo geral, é esperado que haja uma constante disponibilidade para o outro, de mulheres negras é esperado que haja uma servidão voluntária (Zanello, 2018).

Tais dispositivos revelam como as normas e construções de gênero atravessam a formação subjetiva de mulheres. Essas construções impactam a forma como são influenciadas a aderir a comportamentos considerados apropriados de acordo com as normas de gênero. As expectativas sociais muitas vezes limitam o papel de mulheres, direcionando-as principalmente para o cuidado das/os filhas/os e tarefas domésticas, ao mesmo tempo em que podem exigir que abdicuem dos seus próprios desejos, liberdade e autonomia, com impactos significativos sobre a sua saúde mental (Zanello, 2014). Assim, as normas de gênero parecem contribuir significativamente para a vivência do sofrimento, mesmo que as próprias pessoas não estejam plenamente conscientes do substrato ideológico que sustenta essas normas e as relações de poder subjacentes.

2.4 Sofrimento Psíquico e Dinâmicas de Reconhecimento

A noção de sofrimento psíquico adotada neste artigo sustenta-se em uma leitura psicanalítica do social, em especial nas discussões propostas por Christian Dunker, professor e psicanalista brasileiro. Suas contribuições, situadas no entrelaçamento entre psicanálise e teoria social, discutem o sofrimento a partir de uma teoria do reconhecimento, diferenciando-se da abordagem funcionalista e meramente descritiva das patologias mentais.

Para compreender a abordagem proposta por Dunker, é fundamental estabelecer os conceitos de mal-estar, sofrimento e sintoma. O estudo do mal-estar tem como ponto de partida a obra clássica de Sigmund Freud, "Unbehagen in der Kultur", que foi traduzida para o português como “Mal-estar na Civilização” ou “Mal-estar na Cultura”. Segundo Dunker (2015), a análise arqueológica do termo alemão *Unbehagen* revela que a dificuldade em apreender a natureza do mal-estar é um indicativo de sua característica principal: a demanda por nomeação. O mal-estar é um sofrimento que ainda não foi nomeado. Já o sintoma, para a psicanálise, não é compreendido apenas com base no comportamento observável, mas em relação à sua conexão com o sujeito e sua história. Ele é percebido como uma espécie de criação do sujeito na tentativa de dar sentido ou expressar algo que não pode ser comunicado de outro modo. Assim, o conceito

difere substancialmente da forma como é tradicionalmente concebido nas ciências clínicas, particularmente na medicina (Dunker, 2015).

Há ainda uma terceira perspectiva, situada entre as concepções de mal-estar e sintoma: a noção de sofrimento. O sofrimento, segundo Dunker, tem como base três elementos fundamentais: a narrativa na qual está inserido, a sua dependência das relações de reconhecimento e a natureza transitiva que o transforma, ao mesmo tempo, em uma experiência coletiva e indeterminada (Dunker, 2015).

Tomando como base a teoria social do reconhecimento de Axel Honneth, Dunker afirma que o sofrimento traz em si uma demanda por reconhecimento (Dunker, 2015). Vladimir Safatle, ainda que em perspectiva distinta àquela de Honneth, destaca que “o sofrimento psíquico é a expressão de um social ainda não reconhecido, ou não mais reconhecido, que continua a insistir como carta não entregue, promessa não cumprida” (Safatle, 2015, p. 11). Deste modo, o sofrimento psíquico não é apenas o resultado de uma experiência individual, mas apresenta uma estreita relação com as dinâmicas sociais de reconhecimento.

Essa perspectiva teórica parece apropriada para pensar o sofrimento psíquico de mulheres no contexto das relações de gênero, visto que estas são sistematicamente confrontadas com padrões de comportamento, papéis sociais e valores predeterminados pela estrutura normativa de gênero que estabelece expectativas rígidas sobre o “ser mulher”. Tais expectativas restringem as possibilidades de expressão de suas identidades, limitam sua autonomia e impedem a participação em diferentes âmbitos sociais, negando o reconhecimento de sua singularidade, cidadania e igualdade de direitos.

O sofrimento, visto como uma narrativa, passa por transformações à medida que é expresso. Nas palavras de Dunker, “cada experiência de sofrimento é uma história que se transforma na medida em que é contada” (Dunker, 2017, p. 13). Nesse sentido, o ato de compartilhar o sofrimento possibilita a sua modificação por meio de atos de reconhecimento. As escolhas que surgem diante do sofrimento, relacionadas à estratégia adotada para enfrentá-lo, podem envolver a transformação do ambiente circundante ou a transformação do próprio indivíduo.

A busca por reconhecimento não ocorre sem luta, o que se evidencia com as reivindicações efetivas de mulheres através do movimento feminista, com início no século XX. Surge, assim, um campo de luta por reconhecimento, no qual as narrativas de sofrimento e as reivindicações por direitos entrelaçam-se na busca pela transformação das relações de poder que reproduzem desigualdades no campo das relações de gênero.

Conforme apontado por Dunker, o sofrimento assume ainda uma estrutura transitiva na qual tanto o sujeito que sofre quanto aquele que reconhece esse sofrimento se tornam indeterminados (Dunker, 2015). Portanto, a questão do reconhecimento revela que o sofrimento é uma experiência compartilhada, sendo seu tratamento e nomeação não apenas uma questão ética, mas também política. O grau de reconhecimento ou sua ausência confere ao sofrimento uma dimensão social, pois influencia quais formas de sofrimento são consideradas legítimas em diferentes épocas. Além disso, determina quais manifestações e representações o sofrimento deve assumir para ser reconhecido e validado, e quais formas de sofrimento devem permanecer ocultas, silenciadas e ignoradas pela retórica dominante (Dunker, 2015).

Judith Butler afirma que existem vidas que não são passíveis de luto, vidas precárias, pelas quais não se chora ou não é preciso lamentar (Butler, 2019). Assim, se existem vidas categorizadas como “menores”, ou subvidas, é possível inferir que também existam sofrimentos considerados de menor importância. Isso se manifesta de maneira particular nas vivências de minorias sociais, como mulheres de baixa renda, pretas, indígenas, imigrantes e integrantes da comunidade LGBTQIAPN². A depender da categoria a que pertencem ou da classe social, existem normas que determinam a validação ou a negação do sofrimento.

A ideia central subjacente a essa análise é a de que o sofrimento, embora experienciado de maneira individual, não ocorre de forma isolada; ele é influenciado e moldado por relações de poder. Essas relações são estabelecidas por aqueles que têm a capacidade de reconhecer e validar o sofrimento, sejam autoridades como o Estado, profissionais da saúde, líderes religiosos, ou pessoas próximas. O modo como o psiquismo lida com o sofrimento não reconhecido é através do processo de adoecimento, talvez como uma tentativa de garantir que, ao menos no contexto médico, ele venha a ser validado (Dunker, 2017).

Safatle faz um contraponto interessante ao afirmar que “o sofrimento psíquico guarda uma dimensão de expressão de recusa e de revolta contra o sistema social de normas” (Safatle, 2021, p. 33). Em outras palavras, o sofrimento pode indicar, ao mesmo tempo, uma negação e uma postura de resistência do indivíduo em relação às normas estabelecidas. Essa perspectiva aplicada à análise do sofrimento psíquico de mulheres permite compreender as vivências de

² A sigla LGBTQIAPN+ é inclusiva de uma diversidade de identidades de gênero e orientações sexuais dentro da comunidade. Cada letra representa um grupo específico: lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, queer, intersexo, assexuais, pansexuais e não-binários. O símbolo "+" na sigla refere-se a outras orientações sexuais e identidades que não se identificam com nenhuma das categorias mencionadas, realçando a diversidade de pessoas e modos de vivenciar o gênero e a sexualidade.

mulheres, suas lutas individuais e coletivas por liberdade e igualdade em um contexto social marcado por profunda assimetria entre os gêneros.

Ao mesmo tempo, Safatle destaca que a experiência do sofrimento pode se apresentar como uma reafirmação das normas de gênero. O sofrimento é “o resultado direto do bom funcionamento das normas sociais. Não há norma sem o *pathos* produzido por aquilo que ele é incapaz de normatizar” (Safatle, 2015, p. 11). Assim, o sofrimento psíquico parece emergir tanto das expectativas sociais que aprisionam mulheres no interior dessas normas, como da tentativa fracassada de adequação às normas socialmente prescritas.

A desconstrução do binarismo de gênero proposta por Judith Butler revela não apenas a arbitrariedade das normas que definem as identidades de gênero, mas também como tais normas operam como dispositivos que atuam como instrumentos de subjetivação. Tais normativas exercem influência sobre os modos pelos quais as mulheres são interpeladas a aderir a determinados padrões de comportamento. As normas de gênero, como aquelas relacionadas ao dispositivo amoroso e ao dispositivo materno, limitam a autonomia e liberdade de mulheres, colocam expectativas sobre como devem se relacionar afetivamente e desempenhar papéis familiares, sobre suas aparências e papéis sociais, levando ao sofrimento psíquico.

2.5 Considerações Finais

O presente artigo se propôs a discutir as possíveis articulações entre o funcionamento do gênero enquanto dispositivo de poder que opera na construção das subjetividades, enfatizando de maneira particular o seu papel na configuração do sofrimento psíquico de mulheres cisgênero.

O gênero enquanto performance ativamente realizada e reiterada ao longo do tempo, não apenas reproduz, como também recria as normas de identidades, não como meras descrições neutras da realidade, mas como dispositivos de poder que adquirem estatuto de verdade e impõem às mulheres expectativas rígidas sobre seus comportamentos, emoções e papéis sociais, restringindo sua participação no espaço público e limitando seu acesso à cidadania. Ainda hoje, são observados concepções e discursos universalistas que aprisionam mulheres aos papéis de mãe e esposa, bem como funções associadas ao cuidado. Esses papéis estabelecem um sujeito universal que, de forma ideológica, sustenta a discriminação do sujeito-mulher e da condição de mulher. Pode-se dizer que a sociedade reconhece o sujeito-mulher apenas dentro dessa perspectiva, estando limitada às funções sociais estabelecidas.

Portanto, o sofrimento psíquico não é meramente uma questão individual, mas a expressão do não reconhecimento das experiências e identidades de mulheres dentro das estruturas normativas de gênero. O ideal historicamente propagado da mulher como mãe abnegada e esposa submissa tem reproduzido um único modelo válido de feminilidade, negligenciando as experiências e aspirações individuais de mulheres. Isso evidencia a tensão entre as expectativas impostas pelos dispositivos de gênero, como aquelas relacionadas ao amor e à maternidade, e as aspirações de diferentes mulheres. Logo, o sofrimento psíquico não pode ser dissociado do contexto sociopolítico, sendo, portanto, um reflexo do mal-estar de sua época.

A ausência desse reconhecimento pode se manifestar como um sentimento de injustiça, que por sua vez motiva a busca por formas normativas que validem e reconheçam suas identidades. Nesse contexto, as lutas e reivindicações do movimento feminista emergem como uma narrativa coletiva que busca por reconhecimento. Acredita-se que transformar o sofrimento em resistência política exige uma elaboração psíquica que demanda um entorno político e cultural favorável. O movimento feminista, ao mobilizar os indivíduos para a ação coletiva, estabelece esse ambiente favorável, permitindo a criação de narrativas e a transformação do sofrimento psíquico em luta.

A busca pelo reconhecimento simbólico dentro de uma causa identitária pode desempenhar um papel fundamental tanto como uma estratégia política, oferecendo formas de resistência, quanto como um processo terapêutico, ajudando a reconstruir conexões sociais fragmentadas. Nesse sentido, é essencial reconhecer a natureza coletiva do sofrimento psíquico, que abre espaço para o compartilhamento e o reconhecimento mútuo de vivências semelhantes, possibilitando a formação de redes de apoio e resistência.

Atualmente, é cada vez mais desafiador reconhecer o sofrimento psíquico sem automaticamente interpretá-lo como patológico, o que muitas vezes resulta na sua transformação em sintoma. Nesse contexto, os sintomas precisam ser minuciosamente classificados para serem tratados de maneira "objetiva", o que frequentemente os desconecta de outros aspectos da vida daquele sujeito. É importante reconhecer as armadilhas da tendência atual à patologização do sofrimento, evidenciada especialmente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), conforme assevera Dunker (2015). A padronização das formas de sofrimento e a homogeneização dos sintomas sob a gramática normativa ocidental contemporânea negligenciam seu caráter político e neutralizam seu potencial crítico, dificultando a compreensão das dinâmicas sociais subjacentes.

Faz-se necessária a desconstrução das formas de identidade de gênero que restringem as singularidades e que oprimem ou violem as identidades e comportamentos insurgentes, que

não se encaixam ou se recusam a ser enquadrados nesses estereótipos que supostamente definem o que é ser mulher. São necessárias pesquisas que se dediquem a compreender o sofrimento psíquico de mulheres, a partir de uma leitura de gênero, pois o conhecimento científico pode ser um dispositivo a serviço da desconstrução de discursos que reforçam e regulam comportamentos e subjetividades.

ARTIGO 3: GÊNERO E SOFRIMENTO PSÍQUICO: VIVÊNCIAS DE MULHERES ATENDIDAS EM UMA POLICLÍNICA REGIONAL DE SAÚDE DO SUDOESTE BAIANO³

PSYCHIC SUFFERING AND GENDER: EXPERIENCES OF WOMEN SERVED IN A REGIONAL HEALTH POLYCLINIC IN SOUTHWEST BAIANO

Resumo: Este estudo aborda o sofrimento psíquico de mulheres cisgênero, usuárias de uma Policlínica Regional de Saúde do Sudoeste baiano, sob a perspectiva de gênero. Buscando analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico, a pesquisa adotou uma abordagem qualitativa e exploratória, com delineamento de estudo de caso múltiplo. Onze mulheres cisgênero, com idades entre 19 e 59 anos, participaram da pesquisa. Os dados foram produzidos por meio de entrevista semiestruturada e questionários sociodemográficos. Os resultados apontaram para a influência dos valores de gênero na conformação do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres, interseccionando-se com raça/cor e classe. Aponta ainda para a presença do dispositivo materno e dispositivo amoroso na construção das subjetividades das mulheres, configurando pontos de maior vulnerabilidade psíquica. Por sua natureza qualitativa e limitação espacial, a pesquisa apresenta limites em termos de alcance e generalização de seus resultados. Diante disso, faz-se necessário empreender novos estudos sobre o tema, principalmente considerando as variações culturais em diferentes regiões do Brasil.

Palavras-chave: Sofrimento Psíquico; Mulheres; Gênero.

Abstract: This study addresses the psychological suffering of cisgender women, users of a Regional Health Polyclinic in Southwest Bahia, from a gender perspective. Seeking to analyze the implications of gender discourses in the production of psychological suffering, the research adopted a qualitative and exploratory approach, with a multiple case study design. Eleven cisgender women, aged between 19 and 59, participated in the research. Data were produced through semi-structured interviews and sociodemographic questionnaires. The results pointed to the influence of gender values in shaping the psychological suffering experienced by this group of women, intersecting with race/color and class. It also points to the presence of the maternal device and the loving device in the construction of women's subjectivities, configuring points of greater psychic vulnerability. Due to its qualitative nature and spatial limitation, the research presents limits in terms of the scope and generalization of its results. Given this, it is necessary to undertake new studies on the topic, especially considering cultural variations in different regions of Brazil.

Keywords: Psychic Suffering; Women; Gender.

³ Uma versão deste artigo foi submetida à revista “Psicologia e Saúde”, conforme comprovado no Anexo B.

3.1 Introdução

Este estudo aborda o sofrimento psíquico de mulheres cisgênero, usuárias de uma Policlínica Regional de Saúde do Sudoeste baiano, sob a perspectiva de gênero. A compreensão acerca do sofrimento psíquico adotada sustenta-se em uma leitura psicanalítica, em especial nas discussões propostas por Christian Dunker, professor e psicanalista brasileiro. Diferencia-se, portanto, da abordagem funcionalista e meramente descritiva das patologias mentais. Segundo Dunker (2015), o sofrimento psíquico está intrinsecamente relacionado a uma demanda por reconhecimento. Para aprofundar a discussão foi adotado o referencial proposto por Valeska Zanello (2018), que aborda a saúde mental sob a ótica de gênero. Este enfoque destaca a influência dos valores de gênero na formação do sofrimento psíquico, o qual se configura sobretudo através do dispositivo materno e do dispositivo amoroso.

Os estudos sobre gênero surgiram na década de 1960/70 com o objetivo de desafiar o determinismo biológico subjacente aos conceitos de “sexo” e “diferença sexual”, bem como de evidenciar o caráter social das relações entre os sexos (Scott, 1995). Contudo, a persistência em considerar a diferença sexual como um “fato” sobre o qual o gênero é construído revelou-se problemática, especialmente após as contribuições de Judith Butler. A autora contesta a ideia de que o sexo está para a natureza assim como o gênero está para a cultura e historiciza não apenas o gênero, mas também o corpo e o sexo, a fim de superar essa dicotomia. Nessa perspectiva, o gênero é compreendido como uma identidade fluida e expressa através de performances repetidas e estilizadas, que acaba por produzir uma ideia equivocada de substancialização (Butler, 2022).

No contexto da saúde mental, a perspectiva de gênero ganha relevância. A literatura baseada na análise comparativa de dados empíricos revela que, em diferentes contextos sociais, mulheres apresentam maior incidência e prevalência de problemas relacionados à saúde mental (Who, 2018; Toribio-Caballero et al., 2022). No Brasil, essa realidade não é diferente. Estudos indicam que mulheres apresentam uma maior propensão a desenvolverem os denominados Transtornos Mentais Comuns (Carpena et al., 2020).

Historicamente, o sofrimento psíquico de mulheres foi atribuído a uma suposta determinação biológica, limitando essa associação à sua natureza sexual e reprodutiva, em especial às variações hormonais. Essa vertente tem sido duramente criticada por negligenciar as disparidades nas condições de vida entre homens e mulheres, bem como a posição de subordinação relegada às mulheres na sociedade, isto é, por não incorporar a perspectiva de gênero nesse debate (Yu, 2018).

Estudos, como o de Zanello e Bukowitz (2012), demonstram que os valores e expectativas sociais desempenham um papel significativo na formação do sofrimento psíquico associado aos papéis de gênero. No estudo em questão, observou-se nas falas das participantes uma predominância de 77% de queixas relacionadas a aspectos como relacionamentos amorosos e familiares, incapacidade de exercer as tarefas do cuidado, além da não adequação aos padrões de beleza vigentes.

Corroborando essa perspectiva, a pesquisa conduzida por Zanello et al. (2015) destaca aspectos relacionados ao gênero no contexto do sofrimento psíquico de mulheres. O estudo identificou, nas narrativas das participantes, temáticas como a vivência da maternidade, o sofrimento decorrente de diversas formas de violência (psicológica, física e sexual), o trabalho doméstico, a invisibilidade do próprio sofrimento (por parte delas mesmas ou de outras pessoas), além do sofrimento por não se adequar aos padrões estéticos apregoados culturalmente.

Desse modo, a desigualdade de gênero transcende as relações individuais, abrangendo aspectos sociais e estruturais. Ela se manifesta em situações como violência doméstica, abuso sexual, cuidado não remunerado e jornadas de trabalho extenuantes. Também a falta de acesso aos direitos sexuais, reprodutivos e à educação emergem como elementos cruciais dessa desigualdade (Yu, 2018). A exposição das mulheres à violência e à exclusão social, juntamente com as barreiras enfrentadas para ascender a posições de liderança e a menor representação nas esferas política e social, contribui para elevadas taxas de problemas de saúde mental. Esses fatores, interligados à estrutura patriarcal, colonial e capitalista formam uma complexa rede de desafios que afetam a saúde mental de mulheres (Cabezas-Rodríguez et al., 2021).

O Brasil, dada a sua extensão territorial e diversidade cultural e socioeconômica, apresenta desigualdades de gênero que afetam as mulheres de maneiras distintas. Algumas enfrentam maior vulnerabilidade, especialmente mulheres pretas, mulheres que vivem em situações de extrema pobreza, que estão fora do mercado formal de trabalho ou trabalham em condições precárias e mulheres com identidades de gênero que se afastam da cisnormatividade compulsória (Dantas et al., 2023). Ao reconhecer que mulheres não compõem uma categoria monolítica, a discussão sobre o campo interseccional se faz necessária. Akotirene (2019) destaca que a interseccionalidade busca fornecer uma base teórico-metodológica para a inseparabilidade estrutural do racismo, capitalismo, cisnormatividade e patriarcado. Nesse contexto, as estruturas patriarcais, machistas e sexistas oprimem e vulnerabilizam mulheres de diferentes classes, raças, etnias, orientações sexuais e identidades de gênero dissidentes de maneiras específicas.

A abordagem de gênero no campo da saúde mental ainda está em estágio inicial no Brasil, conforme observado por Zanello et al. (2015). Alguns estudos buscam preencher essa lacuna, examinando como homens e mulheres constroem suas identidades (Santos, 2009; Andrade, 2010; Zanello & Bukowitz, 2012; Zanello, et al., 2011; Zanello & Silva, 2012) e como as relações sociais influenciam na formação das subjetividades e, por conseguinte, nas interpretações do sofrimento (Santos, 2009). No entanto, há a necessidade de um maior número de pesquisas que explorem a interseção entre gênero e saúde mental, especialmente em contextos locais. O presente trabalho enquadra-se nessa perspectiva e teve como escopo analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico de mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde do Sudoeste baiano.

3.2 Percurso Metodológico

3.2.1 Delineamento

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória. A pesquisa qualitativa “trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis” (Minayo, 2002, p. 22). Sendo assim, a sua utilização se justifica em virtude da natureza e complexidade do fenômeno examinado, isto é, a vivência⁴ do sofrimento psíquico de mulheres, na perspectiva das relações de gênero. Revela caráter exploratório uma vez que se pretende chegar a uma maior aproximação e familiaridade com o fenômeno investigado (Gil, 2002). Como delineamento de pesquisa, foi definido o estudo de caso múltiplo, caracterizado por sua abordagem investigativa de fenômenos contemporâneos inseridos em contextos de vida real, “especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (Yin, 2001, p. 32).

3.2.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no contexto da Policlínica Regional de Saúde em Brumado, uma Unidade Especializada de Apoio Diagnóstico e Terapêutico para atendimento assistencial

⁴ O termo vivência é utilizado a partir da compreensão de Maria Cecília Minayo (2012) e refere-se ao produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Cada pessoa interpreta e atribui significado às experiências de acordo com a subjetividade. Sendo assim, é influenciada não apenas por fatores individuais, mas também pelas condições históricas e culturais mais amplas. Portanto, a vivência é a manifestação subjetiva e singular das experiências vividas por um indivíduo e carrega consigo um sentido que é, ao mesmo tempo, pessoal e coletivo.

de média e alta complexidade da atenção secundária em saúde, inaugurada no ano de 2021. Implantada por meio do Consórcio Interfederativo de Saúde da Região de Brumado (CISB) em parceria com o governo do estado, a Policlínica visa contribuir para preencher o vazio assistencial da atenção secundária, realizando, atualmente, a cobertura de vinte municípios que compõem esta região de saúde (Bahia, 2017).

3.2.3 Participantes

Participaram da pesquisa onze mulheres cisgênero, selecionadas segundo os seguintes critérios de inclusão: (i) ser atendida na Policlínica Regional de Saúde em Brumado; (ii) possuir mais de dezoito anos de idade; (iii) ter buscado tratamento psicológico e/ou psiquiátrico em algum momento da vida; (iv) aceitar participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). O processo de seleção das participantes ocorreu através de uma pré-seleção conduzida no setor de acolhimento da Policlínica. A técnica responsável pelo setor, ao tomar conhecimento dos critérios de inclusão e exclusão, auxiliou na identificação de mulheres com o perfil para a pesquisa. A segunda etapa consistiu no contato da pesquisadora com as mulheres para realização do convite. Aquelas que manifestaram interesse foram incluídas como participantes. O tamanho amostral foi definido com base na ferramenta conceitual da amostragem por saturação teórica. Considera-se haver saturação teórica quando os dados obtidos apresentam, na perspectiva do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante prosseguir na coleta dos dados (Fontanella; Ricas & Turato, 2008).

3.2.4 Instrumentos

Para a produção dos dados foram empregados questionário sociodemográfico (Apêndice B) e entrevista semiestruturada (Apêndice C). A entrevista semiestruturada, além de proporcionar flexibilidade e a uma maior riqueza informativa, favorece a relação intersubjetiva e permite uma melhor compreensão dos significados que os sujeitos atribuem a situações e vivências pessoais (Fraser & Gondim, 2004). Também foi utilizado um questionário com informações pertinentes ao perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas (idade, raça/etnia, nível de escolaridade, ocupação, renda, estado civil, orientação sexual e número de filhos), a fim de observar a intersecção do gênero com outros marcadores sociais da diferença.

3.2.5 Procedimentos para a Produção dos Dados

As entrevistas foram realizadas entre agosto e dezembro de 2023 e tiveram duração média de 30 minutos. Foram realizadas no mesmo dia do convite, levando em consideração que as mulheres atendidas na Policlínica são, em sua maioria, de outros municípios, o que dificultaria o seu agendamento para outro momento. Foi proporcionado um local apropriado para a condução das entrevistas, com o objetivo de assegurar a privacidade e evitar a exposição das falas das participantes, tendo sido estabelecido o *rapport*; seguido de leitura e assinatura do TCLE. Na sequência, foram realizadas as entrevistas – gravadas mediante o consentimento das participantes, as quais foram conduzidas em formato de conversa para conferir maior naturalidade ao processo – e aplicados os questionários sociodemográficos.

3.2.6 Procedimento para Análise dos Dados

Os dados alcançados foram submetidos ao método da Análise de Conteúdo, por categorias temáticas. Esta ferramenta baseia-se em “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens” que se estrutura a partir de três fases (Bardin, 2016, p. 44). Inicialmente, procedeu-se a pré-análise com leitura flutuante do material transcrito e a formação do *corpus* textual. A segunda etapa consistiu na exploração do material para identificar categorias significativas (visto que não se trabalhou com hipóteses *a priori*). Na fase final, realizou-se a análise e inferência dos dados, interpretando-os com base no quadro teórico estabelecido inicialmente (Bardin, 2016).

3.2.7 Cuidados Éticos

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética - 64669122.4.0000.5556) do Instituto Multidisciplinar em Saúde, Campus Anísio Teixeira, da Universidade Federal da Bahia (IMS/CAT/UFBA), através do parecer consubstanciado nº 5.823.798, por estar em conformidade com as exigências do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todas as participantes assinaram o TCLE e Termo de Autorização para Uso de Imagem e Depoimento. Vale ressaltar que o estudo também contou com a anuência da direção da Policlínica. Com o intuito de preservar a identidade das participantes, os nomes mencionados são fictícios e foram escolhidos, dentre tantos outros, em tributo a feministas brasileiras, como forma de reconhecimento pela luta e resistência contra a opressão de mulheres em diversos contextos sociais e históricos. Dentre as mulheres mencionadas, Maria da Penha é a única que ainda está

presente fisicamente, enquanto as demais permanecem como inspirações em nossos esforços pela igualdade de gênero.

3.3 Resultados e Discussão

Participaram das entrevistas onze mulheres cisgênero, residentes em distintos municípios que compõem a região de saúde de Brumado, cujas idades variaram entre dezenove e cinquenta e nove anos. Todas se identificaram como heterossexuais. No que diz respeito à cor ou raça/etnia, cinco se autodeclararam pardas, três brancas, duas pretas e uma amarela. Com relação à situação conjugal, cinco eram solteiras, cinco casadas e uma separada; cinco não tinham filhos, enquanto seis tinham entre um e quatro filhos. Em relação à formação educacional, apenas uma possuía nível superior, as demais possuíam nível médio ou fundamental. Constatou-se que mais da metade das participantes vivem em condições de vulnerabilidade social, pois das onze entrevistadas, apenas quatro possuíam vínculo formal, três estavam desempregadas, sendo que duas delas dependiam exclusivamente do Programa Bolsa Família para sua renda e uma não possuía renda alguma. As demais executavam atividades informais para sobreviver, como trabalho na lavoura e trabalho de manicure, tendo renda flutuante que pode chegar a, no máximo, um salário mínimo. Apenas uma das participantes possuía renda de até quatro salários mínimos. Todas pertenciam às classes trabalhadoras. As ocupações variaram entre lavradora, empregada doméstica, cozinheira, professora e manicure. Quanto à religiosidade, oito se declararam católicas e três protestantes. Nas tabelas a seguir, são apresentadas detalhadamente as informações sociodemográficas das participantes.

Tabela 1

Perfil sociodemográfico das participantes: idade; orientação sexual; raça/cor.

Nome	Idade	Orientação Sexual	Raça/Cor
Maria Quitéria de Jesus	19	Heterossexual	Parda
Bertha Lutz	22	Heterossexual	Branca
Lélia Gonzalez	25	Heterossexual	Preta
Patrícia Galvão (Pagu)	29	Heterossexual	Branca
Maria da Penha	34	Heterossexual	Parda
Nísia Floresta	35	Heterossexual	Amarela
Tereza de Benguela	40	Heterossexual	Parda

Maria Bonita	43	Heterossexual	Branca
Marielle Franco	45	Heterossexual	Parda
Maria Lacerca de Moura	45	Heterossexual	Parda
Dandara dos Palmares	59	Heterossexual	Preta

Tabela 2

Perfil sociodemográfico das participantes: situação conjugal; número de filhos; ocupação.

Nome	Situação Conjugal	Núm. de Filhos	Ocupação
Maria Quitéria de Jesus	Solteira	Não Possui	Embaladora
Bertha Lutz	Solteira	Não Possui	Desempregada
Lélia Gonzalez	Solteira	Não Possui	Empregada Doméstica
Patrícia Galvão (Pagu)	Casada	Um	Lavadora
Maria da Penha	Casada	Três	Manicure
Nísia Floresta	Solteira	Não Possui	Professora
Tereza de Benguela	Casada	Três	Lavadora
Maria Bonita	Casada	Um	Desempregada
Marielle Franco	Solteira	Não Possui	Desempregada
Maria Lacerca de Moura	Casada	Três	Lavadora
Dandara dos Palmares	Separada	Quatro	Cozinheira

Tabela 3

Perfil sociodemográfico das participantes: escolaridade; renda individual.

Nome	Religião	Escolaridade	Renda Individual
Maria Quitéria de Jesus	Protestante	Ensino Médio Completo	Até R\$ 1.320
Bertha Lutz	Católica	Ensino Médio Completo	Sem Renda
Lélia Gonzalez	Protestante	Ensino Médio Incompleto	Até R\$ 1.320
Patrícia Galvão (Pagu)	Católica	Ensino Médio Completo	Até R\$ 1.320
Maria da Penha	Protestante	Ensino Médio Completo	Até R\$ 1.320
Nísia Floresta	Católica	Ensino Superior Completo	Até R\$ 5.280
Tereza de Benguela	Católica	Ensino Fundamental Incompleto	Até R\$ 1.320
Maria Bonita	Católica	Ensino Médio Completo	Até R\$ 1.320

Marielle Franco	Católica	Ensino Médio Completo	Até R\$ 1.320
Maria Lacerca de Moura	Católica	Ensino Fundamental Completo	Até R\$ 1.320
Dandara dos Palmares	Católica	Ensino Fundamental Incompleto	Até R\$ 1.320

O estudo partiu da seguinte indagação: quais são as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico de mulheres que receberam atendimento em uma Policlínica Regional de Saúde? A partir das entrevistas, observamos que todas as entrevistadas atribuíram uma ou mais “causas” ao seu sofrimento. Essas concepções etiológicas abrangeram eventos e interações do cotidiano das mulheres, revelando a influência de relações hierarquizadas de gênero, interseccionando-se com classe e raça/cor. Para fins didáticos, os temas extraídos das entrevistas e destacados na análise dos casos foram categorizados em tópicos, os quais serão abordados em seguida. Esses tópicos incluem: Relações Familiares e Violências Cotidianas; Maternidade, Cuidado e Sobrecarga Psíquica; Relações de (Des)Amores; e Violência Sexual.

3.3.1 Relações Familiares e Violências Cotidianas

Nesta categoria, foram elencados os discursos acerca das vivências cotidianas de controle exercido sobre as mulheres no contexto das relações familiares. As vivências relatadas variaram entre as participantes, no entanto, verificam-se aspectos comuns relacionados à desigualdade de gênero no processo de socialização e na configuração do sofrimento psíquico. É importante evocar que a proposição da categoria “sofrimento psíquico” adotada parte da compreensão de Dunker (2015), segundo a qual o sofrimento é uma resposta às configurações de uma época e exprime um “bloqueio, interrupção ou contradição não reconhecida nos laços sociais” (Dunker, 2015, p. 35).

Ao analisar as vivências das participantes, verificamos que o sofrimento psíquico frequentemente decorre de uma construção cultural-patriarcal, resultado de um processo histórico e social de minorização e subordinação de mulheres. Nesse sentido, as desigualdades enfrentadas configuram-se como um déficit de reconhecimento, que se manifesta tanto no âmbito material - evidenciado pela feminização da pobreza e pelas barreiras ao acesso a direitos fundamentais, como saúde e proteção social - quanto no plano simbólico, em que as normas culturais restringem a autonomia e reproduzem papéis tradicionais de gênero.

Uma das participantes, Maria Lacerda, de quarenta e cinco anos, compartilha a frustração de ter o seu desejo de estudar impedido, devido à objeção dos pais à sua saída do ambiente familiar. A observação de que os irmãos, por serem homens, puderam usufruir de maior autonomia na busca por oportunidades, enquanto as mulheres foram limitadas ao ambiente doméstico, é destacada por diversas vezes em sua fala. Maria Lacerda só pode concluir o ensino médio tardiamente, na fase adulta, quando o ensino chegou à sua região. Sob o ônus das expectativas familiares, ela experimentou uma vida marcada pelas escolhas restritas e com isso veio o sofrimento psíquico:

Os meus irmãos, como era homem, saiu tudo para a cidade de São Paulo e eu, pelo fato de ser mulher, não. (...) Estudar era o meu sonho. Quando eu encerrei a oitava série lá na minha região e depois para mim sair até a cidade para fazer o ensino médio, que lá não tinha, eles não queriam. Achava que a gente não podia sair de dentro de casa. A gente chegou a ir, mas como era tão rigorosa a criação deles, tanto eu como a minha irmã, não ficou. A gente refletia sobre o que eles não queriam, e aí aquilo era uma porrada para a gente. Aí a gente acabou voltando.

Em sua entrevista, Maria Lacerda relata ainda os efeitos nefastos que a educação familiar repressora teve sobre a formação de sua personalidade, destacando a timidez e a insegurança para estabelecer contatos sociais e tomar decisões importantes da vida:

Eu acho que da forma que mãe me criou mais pai, me prejudicou bastante. Porque eu sou uma pessoa insegura pra tomar decisões na vida. Eu acredito que, se eles tivesse dado uma criação que não fosse tão rigorosa, eu teria decisões melhores. Eu sou uma pessoa que não sei tomar atitude. Aí eu fico parada ali em cima do problema. Hoje, eu me abri mais, eu sento aqui e estou falando com você, né? Mas antes eu não tinha coragem de falar nem dentro do consultório médico. Quando eu entrava no consultório parece que o coração ia sair pela boca.

A fala de Maria Lacerda trouxe com clareza o quanto a educação repressora e as pressões familiares para performar de acordo com os papéis sociais de gênero desempenharam um papel importante na configuração do sofrimento psíquico vivenciado:

(...) Até que eu tive depressão. Eu tomo remédio controlado. Até hoje eu estou com uma ansiedade enorme. A gente cresce, vira adulto, mas a gente leva aquilo para a vida toda. E não só eu, as minhas irmã mais velha também. (...) Porque isso leva ao sofrimento. Eu tiro por conta própria, que eu acho difícil. Eu creio que a ansiedade foi por causa disso. Se eu ficar sem a medicação eu acho que eu não sou nada.

Essa perspectiva é corroborada por estudos, a exemplo das pesquisas de Santos (2009) e Zanello et al., (2015), que apontam as pressões vinculadas a normas de gênero como um elemento que contribui para o sofrimento psíquico entre mulheres. Essas pesquisas enfatizam a relação entre a imposição de expectativas inflexíveis baseadas no gênero e os efeitos adversos na saúde mental, seja na tentativa de resistir a essas normas ou de conformar-se a elas. Importante destacar que Maria Lacerda é desempregada e reside em um contexto rural marcado pela escassez de recursos e oportunidades de inserção profissional, dependendo exclusivamente do benefício do programa Bolsa Família para sua subsistência. A sobreposição desses fatores a coloca em uma situação de maior vulnerabilidade ao sofrimento.

Nísia, uma mulher branca, de trinta e cinco anos, já teve um destino diferente. Embora também tenha vindo de um contexto rural, a possibilidade de cursar o ensino superior lhe permitiu o trabalho como professora e novas perspectivas de vida. No entanto, Nísia também não escapou das limitações impostas pela diferença de gênero:

Minha mãe nunca apoiou que eu saísse para estudar. Para ela, eu tinha que casar. Ela me criou para ser uma dona de casa. Até hoje, minha mãe fala: - 'Eu tenho medo porque você não casou, de você chegar no final da sua vida, você está sozinha'. (...) Tanto é que minha avó ia comprando as coisinhas de casa para mim. Com um ano de namoro, minha mãe comprou um jogo de toalha que marcava ele e ela. Então elas iam me preparando para o casamento. Era meio que cultural isso.

A resistência da mãe de Nísia em apoiar seus estudos e a ênfase na preparação para o casamento e a vida doméstica refletem a persistência de normas que atribuem a mulheres um papel restrito ao espaço doméstico. Butler (2018) argumenta que o gênero é uma construção social sustentada por normas e expectativas culturais, que restringem as possibilidades de atuação e expressão dos sujeitos. No contexto das relações familiares, essas normas reforçam papéis fixos que prescrevem às mulheres comportamentos de cuidado, passividade e dedicação ao lar. Estudos, como os de Zanello e Gomes (2010) e Zanello e Romero (2012), destacam que

entre os traços valorizados nas mulheres estão as habilidades relacionais e o exercício de cuidados expressos nos papéis tradicionais de esposa, mãe e dona de casa.

Nísia relata como foi condicionada a performar de acordo com as normas regulatórias do que seria uma “verdadeira mulher”. O condicionamento rígido que recebeu desde a infância delineou uma busca constante pela conformidade com as expectativas sociais que definem o estereótipo de “mulher certinha” e “de família”:

Eu sempre fui uma pessoa criada por uma família rígida, sempre fui orientada, e não é nem orientada, sempre fui condicionada a ser uma pessoa muito certinha. Então era muito preocupada em agradar, em zelar pelo meu nome, em ter uma boa reputação, sabe? Ser uma mulher de caráter impecável. Eu acho que significava tudo para mim, eu vivia para ser essa mulher. Você tem que ser uma mulher certinha, a mulher direita, de família. Em algum momento da minha vida, isso se tornou muito sério para mim, isso se tornou algo que eu queria ser essa pessoa. Na verdade, eu era essa pessoa, não queria ser, eu era. Eu vivia para isso. Eu vivia para zelar do meu nome. Não podia beber, não podia fumar, não podia ir às festas sozinha. Não podia dormir na casa de alguém. Eu não tinha esse negócio de ficar, sabe? Tinha que namorar sério e tal.

O anseio por ser uma mulher de caráter impecável reflete a internalização de normas que associam a feminilidade a características como a contenção, a discrição, a passividade e o recato sexual. Sua fala evidencia como a sexualidade está intrinsecamente ligada ao valor moral de mulheres. De acordo com pesquisa realizada por Santos (2009), a repressão sexual, representada por normas que estabelecem uma moral sexual, contribui para o sofrimento psíquico. Os resultados de sua pesquisa apontam a ausência de um espaço democrático que permita às mulheres exercer livremente suas sexualidades na sociedade brasileira contemporânea.

Da mesma forma, Lélia, de vinte e cinco anos, destaca as consequências de uma educação repressora ao narrar a pedagogia concreta de sua mãe:

Minha mãe sempre foi de me prender. Minha mãe sempre me ameaçou. Ela disse que eu só ia ter um namorado depois dos dezoito anos. Ela nunca me deixou ter celular. Não sei mexer em computador, porque ela nunca deixou. Não conheço nada de internet, essas coisas, porque ela nunca deixou. E também foi por isso que eu desisti de estudar.

Eu falei: - como é que eu vou estudar sem saber usar internet? Sem saber mexer em um computador? Por isso que eu só trabalho no serviço doméstico.

Foram observados também aspectos negativos associados à condição de ser uma “mãe solteira”, que, de certa forma, desafia os padrões designados às mulheres no contexto sociocultural das entrevistadas. Dandara, de cinquenta e nove anos, relata: *“Quando engravidei do meu primeiro filho, minha mãe disse: se engravidou, tem que casar!”* Nesse cenário, a experiência sexual fora do casamento é percebida como algo desonroso, capaz de manchar a reputação de uma mulher.

Dessa forma, as normas de gênero, parecem dar suporte para uma experiência de sofrimento que, frequentemente, permanece invisível ao próprio sujeito, dificultando a percepção das bases ideológicas (relações de gênero) que o mantêm preso a um determinado regime discursivo de poder. Nas narrativas analisadas, torna-se evidente o sofrimento psíquico das mulheres, marcado pela não validação de suas identidades, desejos e aspirações pessoais. Esse processo reflete, segundo Dunker (2015), um déficit, bloqueio ou suspensão da experiência de reconhecimento social. Privadas do direito à autodeterminação e de igualdade em relação aos homens da família, elas foram conduzidas a um processo de alienação, em que seus desejos e aspirações foram suprimidos em função de expectativas familiares e normas socialmente impostas.

Foram igualmente mencionadas dinâmicas familiares hierárquicas que colocam as mulheres em posições subalternas: na dinâmica “filha-pai” ou “irmã-irmãos” do sexo masculino, como exemplificado por Maria da Penha, de trinta e quatro anos, que fugiu de casa aos quinze para escapar das agressões físicas perpetradas por seu irmão mais velho.

Na infância eu sofri muito. Um dos meus irmãos batia muito em mim, sabe? E eu sofri muito, muito mesmo. Pra mim ser curada disso eu demorei muito. Não era só comigo, fazia com outras irmãs minha também. (...) Eu pensava muito em suicídio. Se eu não tivesse fugido eu tinha me suicidado.

São as mulheres que estão sob vigilância em relação à sexualidade por parte dos homens da família, como exemplificado no discurso de Bertha, de vinte e dois anos: *“Meu pai ia me cortar todinha de facão por causa dele, porque eu fui levar uma carta para ele”*. A violência física era aplicada com o propósito de disciplinar as atitudes das mulheres (ocorrendo quando as entrevistadas desafiavam, de alguma maneira, a autoridade masculina).

Butler (2018) argumenta que as normas de gênero são impostas através de práticas regulatórias e disciplinares. Nesse sentido, a autora se alinha à crítica foucaultiana, que concebe as relações de poder não apenas como repressivas, mas também constitutivas, no sentido de criar corpos dóceis e identidades subordinadas. A violência, física e simbólica, e o controle sobre a sexualidade feminina são práticas que funcionam como dispositivos de poder, tal como descrito por Foucault (2023), ao instaurarem uma "matriz de inteligibilidade" que garante a coerção normativa sobre a mulher. Para Butler, essa matriz fundamenta uma ficção normativa que dá ao gênero o estatuto de verdade naturalizada, reiterada pela repetição performativa das normas de gênero.

3.3.2 Maternidade, Cuidado e Sobrecarga Psíquica

Outra temática que se destacou nas falas das entrevistadas foi o exercício da maternidade e seus desdobramentos. Identificou-se o funcionamento do dispositivo materno na configuração do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres. O dispositivo materno é uma categoria analítica apresentada por Zanello (2018) para pensar os caminhos privilegiados de subjetivação de mulheres em nossa cultura.

O dispositivo materno foi construído a partir do século XVIII, momento em que a capacidade de maternar passou a ser entendida como um desdobramento da capacidade de procriar. Num processo cultural de fusão ideológica entre as habilidades de cuidar e de procriar, o ato de cuidar foi naturalizado como uma característica inerente a mulheres, como um suposto "instinto materno", mesmo sendo esta uma capacidade humana. Assim, num contexto cultural binário em que o tornar-se pessoa significa tornar-se homem ou mulher, o tornar-se mãe assume um papel central na afirmação identitária de mulheres (Zanello, 2018). A fala de uma das entrevistadas, Maria da Penha, de trinta e quatro anos, evidencia a centralidade que o maternar adquire em sua existência, levando-a a pensar em desistir da vida após a morte do primeiro filho. Ao mesmo tempo, a chegada do segundo filho emerge como um ponto de virada restituindo a ela o sentido de viver:

Quando o meu primeiro filho faleceu, eu procurei tratamento psicológico e psiquiátrico. Eu pensava de tirar minha vida. Só que quando eu descobri a gravidez do meu segundo filho, já foi diferente. Depois que tive ele veio o trauma, sabe? Por ter perdido o outro, eu tinha medo de perder aquele. Eu já não dormia de noite. Às vezes eu acordava a

noite, eu passava água no rosto dele pra ele acordar, pra mim vê se ele tava vivo. Às vezes eu acordava gritando, pedindo socorro, falando que ele tava morto, e não tava.

Até o final do século XVII, era comum que mulheres de diversas classes sociais entregassem seus filhos para serem amamentados por amas de leite (Badinter, 1985). A elevada taxa de mortalidade infantil tinha impactos significativos no crescimento e tamanho da população. Visando o excedente populacional, e conseqüentemente a concretização do projeto político do capitalismo, Igreja e Estado uniram esforços para persuadir mulheres a darem à luz e amamentarem seus filhos. Dado que isso implicaria em perda de liberdade pessoal, investimento de tempo e renúncia a interesses individuais, a estratégia adotada foi a de construção de um discurso que enaltecia as habilidades maternas e o ideal da maternidade em si (Zanello et al., 2022).

Assim, a concepção de dispositivo materno implica a transição de um poder repressivo para um poder produtivo, como teorizado por Foucault (2015). Em outras palavras, a construção social do ideal de maternidade é influenciada por diversos mecanismos de reprodução, manutenção e reforço desse valor, os quais são internalizados por mulheres. O surgimento do sentimento de culpa, uma presença frequente em muitas mulheres, pode ser interpretado como um sinal de que essa “transição” foi bem-sucedida (Zanello, 2018).

Sobre o dispositivo materno, Zanello (2018) aponta que se trata de um processo afetivo marcado pelo heterocentrismo, o que significa dizer que existe uma pedagogia afetiva que ensina meninas e mulheres a priorizarem as demandas dos outros em detrimento das próprias e de si mesmas. A narrativa de Maria da Penha ilustra essa abnegação, onde o papel de mãe é percebido como uma renúncia às próprias necessidades:

Porque a mãe já preocupa desde o ventre, como que vai ser... já tem aquele cuidado ali. Esses dias mesmo eu tava assistindo uma palestra de uma pastora e ela falando que nós que somos mulheres pensa sempre nos filhos e esquece da gente, né? Não temos tempo pra gente, só pensa neles. A gente tá doente, mas a gente não preocupa com a gente. Eu acho que já é da mulher, é o instinto da mulher.

Zanello (2018) atribui esses comportamentos ao modo como as mulheres foram subjetivadas através do dispositivo materno. A fala de Dandara, também ilustra essa dinâmica: “*Meus filho, para mim, é acima de tudo. Primeiramente Deus, e eles acima de tudo. Que minha vida eu dediquei só a eles*”. Importante destacar que este processo não se limita à relação entre

mãe e filho. Mesmo não sendo mães, mulheres são constantemente interpeladas a exercerem o papel de cuidadoras, estando sempre solícitas e disponíveis a abdicar de suas necessidades em prol das demandas dos outros, o que pode ser observado novamente na fala de Maria da Penha ao se referir ao papel desempenhado por sua irmã, quando sua mãe já não podia mais exercê-lo devido a problemas de saúde:

Porque o pai ele não cuida igual a mãe, entendeu? Ele não tem aquele cuidado que a mãe tem. Você vê que meu pai ele me dava o que eu precisava, mas quem cuidava mesmo de mim era minha irmã. Eu mesma tenho essa irmã minha como se fosse minha mãe. Porque ela quem cuidou de mim. Ela não teve adolescência, porque ela tinha que cuidar e mim.

A desresponsabilização dos homens na encomia do cuidado é outro aspecto evidenciado nas histórias compartilhadas. A fala da entrevistada nos convoca a pensar a respeito das disparidades nas práticas sociais relacionadas ao cuidado, seja com os filhos ou no cuidado de familiares doentes e idosos, que responsabiliza desproporcionalmente homens e mulheres. Essa disparidade é evidenciada nas declarações de Maria Lacerda ao abordar o cuidado com a mãe idosa:

Quem cuida dela é só eu. Qualquer coisa que precisar resolver, eu que resolvo. Eu tenho irmãos que, de quando foi pra São Paulo, nunca veio aqui. Nem para visitar. Que quem vai visitar a minha mãe sou eu e as minhas duas irmãs que está por perto. Mas os homens não estão nem aí.

A observação de Maria Lacerda ressalta a desresponsabilização dos homens em relação ao cuidado, indicando que eles são poupados nesse âmbito. Ao mesmo tempo em que há uma invisibilidade do trabalho de mulheres, observa-se a ausência da participação de homens no exercício desse papel. Essa disparidade de gênero na distribuição das responsabilidades de cuidado reflete não apenas a dinâmica familiar, mas também as expectativas sociais em torno dos papéis de gênero.

Zanello (2018) destaca que os homens não são excluídos do dispositivo materno, ao contrário, são os que mais lucram com ele, pois são os maiores beneficiados por meio do trabalho de cuidado recebido “por amor”. Esse suporte possibilita sua ascensão profissional, ao mesmo tempo em que podem desfrutar do privilégio de ocuparem uma posição no discurso de

“ajudar” no cuidado dos filhos. Além disso, têm o direito de não desejar os filhos, como exemplificado na vivência de Maria Quitéria, de dezenove anos, que relata o sofrimento vivido pelo abandono afetivo de seu pai durante o processo de separação entre ele e sua mãe: *“Vários fatores contribuíram (para o sofrimento psíquico), mas o principal foi a ausência do meu pai. Mesmo antes de ele sair de casa, ele já não estava mais presente e não me tratava da mesma forma”*.

Nos estudos de Zanello (2018) e Badinter (1985), fica evidente que, desde sua concepção, o ideal de maternidade também reforça a divisão sexual do trabalho, especialmente porque sua origem está ligada ao surgimento do capitalismo. Conforme expresso por Zanello (2018), a emergência desse padrão resultou na naturalização do papel de “dona de casa” como uma extensão inerente à maternidade, cabendo a elas, também, até hoje, os serviços da casa, considerando-os uma função “essencialmente” de mulheres. “Uma mulher que não priorize o cuidado com os outros (filhos, marido, família), geralmente é julgada como egoísta, fálca e outros termos que, no uso, adquirem um caráter pejorativo” (Zanello, 2016, p.114), como vivenciou Tereza, de quarenta anos:

Eu tinha que ir trabalhar com meu marido pra ajudar a criar os filhos da gente. Aí chegava e não dava tempo fazer as coisas e ela (a sogra) chamava eu de porca. Tinha que ir pra roça ajudar meu marido, no caso, e chegar e deixar a casa um “brinco”. Não tinha como! Alguma coisa passava. Desse tempo pra cá eu não fiquei muito boa não. Quando eu via ela, eu tremia, tremia o corpo por dentro. Ficava tremendo.

A fala de Tereza ilustra a pressão das expectativas sociais associadas aos papéis de gênero e a dificuldade de atender às demandas tradicionalmente atribuídas a mulheres, como a responsabilidade pela criação dos filhos, a manutenção da casa e a colaboração nas atividades do marido. A pressão para “deixar a casa um brinco” e simultaneamente contribuir para o sustento financeiro evidencia a sobrecarga de trabalho imposta às mulheres, configurando uma dupla ou tripla jornada de trabalho. O sofrimento de Tereza ao ser chamada de “porca” por não conseguir atender a essas expectativas ressalta a sobrecarga psíquica associada à falha na performance desses papéis tradicionais. Sua fala, assim como das demais entrevistadas, demonstra como as expectativas sociais em relação aos papéis de gênero, principalmente relacionadas ao dispositivo materno, podem afetar a saúde mental de mulheres.

Nesse sentido, Safalte (2015) afirma que o sofrimento psíquico parece operar como um mecanismo de reafirmação das normas. De acordo o autor, “o sofrimento é o resultado direto

do bom funcionamento das normas sociais. Não há norma sem o *pathos* produzido por aquilo que ela é incapaz de normatizar” (Safatle, 2015, p. 11). Essa perspectiva implica que as normas de gênero, ao estabelecer expectativas, não apenas regulam comportamentos e subjetividades, como também produz sofrimento ao oprimir aqueles que, como Tereza, não conseguem ou não desejam conformar-se a elas.

Outro aspecto chamou a atenção nas falas das participantes: embora a maioria delas desempenhasse o papel de dona de casa, nenhuma percebeu essa responsabilidade como um trabalho, mesmo aquelas que se dedicavam única e exclusivamente a essa função, tamanha é a naturalização e invisibilização desse papel pelas próprias participantes. Segundo Santos e Diniz (2018), a falta de reconhecimento social dessa atividade como trabalho pode trazer sérias implicações subjetivas, uma vez que afeta a maneira como as mulheres percebem suas próprias contribuições nesse âmbito (Santos & Diniz, 2018).

Assim, pode-se dizer que o dispositivo materno (Zanello, 2018) opera dentro desse contexto influenciando a forma como as mulheres vivenciam e percebem as tarefas do cuidado. Ao transformar o ato de cuidar em uma prática “naturalizada”, internalizada por meio da reprodução e da culpa, esse trabalho perde o seu reconhecimento social, fazendo-as interiorizar que a mulher não possui um valor em si mesma, como pessoa humana individualizada, mas apenas em função dos papéis que desempenha para os outros, como mãe e esposa.

O sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres aponta para a dimensão estrutural desse mal-estar, evidenciando as normas de gênero que reforçam a opressão e alienação subjetiva. É interessante pensarmos a partir de Dunker (2015), que tem compreendido o sofrimento psíquico a partir de uma leitura do social. A presença de dispositivos reguladores da vida afetiva e relacional, atua como mediadora do sofrimento, revelando um sofrimento que é, ao mesmo tempo, íntimo e social. Portanto, reflete as formas de violência material e simbólica que atravessam e configuram as subjetividades de mulheres.

3.3.3 Relações de (Des)Amor

Nessa categoria, o sofrimento decorrente das relações amorosas heterossexuais emerge como o elemento central das vivências das mulheres. Constatou-se a presença do dispositivo amoroso na configuração do sofrimento psíquico, demonstrando, por essa ênfase, a importância atribuída ao amor em suas vidas. Segundo Zanello (2018), o amor, para as mulheres, tem sido compreendido e experimentado como uma questão identitária, revelando dilemas narcísicos nos processos de formação subjetiva e de escolhas afetivas. Assim, a autora propõe que “o amor

narcísico das mulheres seja compreendido a partir da categoria analítica do dispositivo amoroso” (Palma et al., 2020).

Ser subjetivada pelo dispositivo amoroso significa dizer que a construção da identidade de mulheres, em nossa cultura, é mediada pelo olhar de um homem que as “escolhe”. Em outras palavras, o amor torna-se um elemento central em sua identidade, e ser escolhida por um homem é interpretado como validação de seu valor (Zanello, 2018). Assim, o amor assume, ao lado da maternidade, o papel de investimento central para mulheres, sendo a razão para viver que possibilita a expressão de sua identidade e validação social, como pode ser observado nas falas das participantes:

Pra mim era mais fácil eu morrer do que ele morrer, porque eu amava ele. Porque esse amor hoje em dia não existe mais. Amava, gostava dele! Vou te falar uma coisa: ele cabava de me bater, daqui uma hora eu tinha relação com ele de boa, nem parecia que tinha nada. (Dandara)

Nós chegou até quatro anos de namoro. Aí eu fiquei doente por causa dele. Não comia, não bebia. A gente brigava muito. Eu era uma menina muito apaixonada por ele. (Bertha)

Aí perdi ele. Virou mais um transtorno, porque eu amei esse cara de verdade, de verdade mesmo! E aí, quando ele morreu, eu não consegui aceitar aquilo e aí eu sonhava com ele me chamando, eu via ele nos canto, eu acordava de madrugada transtornada, alucinada. Falava com a minha mãe que ele estava me chamando. (...) Porque ele me assumiu, né, na rua. (Lélia)

As falas das entrevistadas apontam para a centralidade do dispositivo amoroso na construção identitária de mulheres. Dandara expressa a intensidade do vínculo emocional com o parceiro, chegando a declarar sua preferência pela morte em face da possível perda do afeto, destacando a centralidade que o relacionamento teve em sua vida. A observação de que “esse amor hoje em dia não existe mais” também parece apontar para uma possível idealização da experiência amorosa. Essa dinâmica também se manifesta na narrativa de Lélia ao abordar a desorganização emocional vivenciada após a perda do companheiro. Sua fala: “Porque ele me assumiu, né, na rua” indica que ser escolhida/assumida publicamente pelo companheiro é

experimentado como uma interpelação narcísica e uma possibilidade de ser legitimada em sua identidade como mulher (Zanello, 2018).

Outro aspecto que chama a atenção nas falas das entrevistadas diz respeito ao impacto negativo das relações afetivas sobre a saúde mental de mulheres. Bertha, ao relatar uma de suas vivências amorosas, afirma: *“Ele me prejudicou muito, porque se não fosse por causa dele, eu não tava doente hoje, não. Ele fez eu ficar com depressão, ansiedade”*. Nesse sentido, Zanello (2018) afirma que as relações heterossexuais tendem a ser mais ou menos assimétricas, caracterizando-se pela escassez de reciprocidade no investimento afetivo por parte do parceiro, o que representa um fator de risco para a saúde mental. Esse processo pode ser exemplificado na fala de Lélia sobre um de seus relacionamentos afetivos *“Por mais que ele era uma pessoa assim, mas eu gostava dele, eu fazia tudo para agradar a ele”*. Por outro lado, o relacionamento é visto como um fator de proteção à saúde mental dos homens, independentemente da qualidade da relação, sendo seu impacto mais positivo em contextos mais igualitários.

Um estudo realizado por Zanello e Bukowitz (2012), que explorou os temas mais frequentes nas falas de pacientes psiquiatrizadas em um ambiente hospitalar, evidenciou que o principal sofrimento manifestado pelas mulheres (constituindo 77% de suas queixas) estava vinculado às relações amorosas.

Maria Bonita, de trinta e cinco anos, por sua vez, não teve o seu sofrimento psíquico diretamente relacionado à vivência amorosa, mas sim ao relacionamento conjugal de seus pais, profundamente marcado por uma assimetria de investimento afetivo: *“Ele traía a minha mãe com uma mulher na mesma rua. Quase todos os dias, meio-dia, ele vinha da casa da mulher do lado. E aí isso mexeu muito comigo. Ela sabia, só que ela gostava muito dele. Ela aceitava”*. O pensamento constante sobre o comportamento do pai e a aparente submissão da mãe a este modelo de relação tornou-se razão de sofrimento para Maria Bonita, levando-a a buscar ajuda profissional e a recorrer ao uso de medicamento para lidar com a situação.

Zanello (2018) representou o processo de subjetivação de mulheres através do dispositivo amoroso por meio da metáfora “prateleira do amor”. Nessa metáfora, a prateleira é influenciada pelo ideal estético, atualmente caracterizado por ser branca, jovem, loura e magra, impondo padrões rigorosos aos corpos e aparência de mulheres. Quanto mais próximas desse ideal, maiores as chances de serem “escolhidas”. Uma implicação importante é que mulheres se subjetivam na relação umas com as outras por meio da rivalidade e competição, já que se trata de ser escolhida em detrimento das demais (Zanello, 2018), como observado no discurso de Bertha:

A ex do meu namorado me copiava para seduzir ele. As roupas que eu usava, ela comprava as mesmas. O cabelo, ela cacheava do mesmo jeito. Se eu usasse uma maquiagem, ela usava do mesmo jeito. Depois ela se maquiava todinha para parecer comigo. O jeito que eu demonstrava o meu amor por ele, ela fazia do mesmo jeito. Então, ela me copiava em tudo, e ainda tinha raiva de mim e falou que ia me bater. Ela ia me pegar e me dar uma surra, sabendo que ela estava errada, porque ela tava me copiando.

A “prateleira do amor”, modo privilegiado de subjetivação em nossa cultura, emerge como um fator de vulnerabilidade para mulheres, mesmo aquelas que aparentemente ocupam posições consideradas favoráveis, dada a efemeridade dessas posições diante do envelhecimento e das mudanças nos diversos ciclos da vida (Zanello, 2018). Embora não seja benéfica para nenhuma mulher, revela-se ainda mais perversa e prejudicial para mulheres pretas, indígenas, com alguma deficiência, ou aquelas que se encontram distantes do ideal estético. Maria Lacerda, uma mulher de quarenta e três anos, parda e solteira, revela como as pressões sociais para atender a padrões estéticos afetaram a sua autoestima: “*Até na rua alguém já falou assim do meu cabelo: - Se eu tivesse um cabelo desse, eu colocava fogo! As pessoas estão muito racistas. E aí deixa a gente muito pra baixo*”. A interseccionalidade entre marcadores geram formas diversas de fragilização subjetiva, abalos narcísicos e identitários, além de impactos negativos sobre a autoestima de mulheres (Zanello, 2018).

Assim, a probabilidade de ser escolhida na “prateleira do amor” diminui à medida que a mulher se afasta do padrão estético predominante, aumentando, por conseguinte, as chances de ser percebida através da lente da objetificação sexual. Zanello (2018) destaca que “o racismo vigente na prateleira do amor faz com que as mulheres pretas acabem sendo vistas pelos homens, muitas vezes, como objetos sexuais, a serem descartados” (Zanello, 2018, p. 104). É o caso de Lélia, uma mulher preta, solteira, que apresenta em seu relato o sofrimento psíquico por ter sido preterida em algumas de suas relações afetivas:

Eu, no passado, já tive muitos companheiros e só fui usada. É só pra servir de descarte, ficou lá e no outro dia não serve mais pra nada, não lhe conhece mais, já tá com outra e aquilo ali também mexe muito com a mente da gente. (...) Eu fui uma dessas, acreditei também, né? Falsas promessas, presentes... e você vai acreditando, porque uma adolescente de dezessete anos ela não sabe de nada, de nada! E essa fui eu. Fiquei com

ele um ano e quatro meses e quando ele não me quis mais, foi aí que minha cabeça começou a ficar mais perturbada.

Essa dinâmica é influenciada pelas relações de gênero, incluindo formas de sexismo racializado ou racismo gendrado. No contexto brasileiro, Zanello (2018) destaca que as mulheres pretas, muitas vezes, ocupam posições menos favoráveis na “prateleira do amor”, enquanto o afeto tende a ser preservado para aquelas em posições mais privilegiadas. Essa análise sublinha como as interseções entre raça, gênero e padrões estéticos contribuem para a configuração de hierarquias que impactam as vivências afetivas e a subjetividade de mulheres.

Judith Butler (2018) enriquece essa análise ao afirmar que o gênero se constitui nas interseções com outras modalidades identitárias - racializadas, de classe, sexuais e regionais - que são produzidas discursivamente. Essa pluralidade impede a concepção de uma categoria unificada de “mulher”, já que cada sujeito é constituído singularmente pelas normas sociais que o interpelam. Assim, o dispositivo amoroso se articula às normas de gênero, acentuando vulnerabilidades específicas e reiterando uma posição social onde o valor amoroso e afetivo de mulheres é distribuído de forma desigual, sendo preservado para aquelas que ocupam posições de maior privilégio.

Outro desdobramento importante do dispositivo amoroso reside no fato de que, por ser o amor o elemento fulcral na existência de mulheres, muitas vezes elas suportam relacionamentos extremamente violentos e adoecedores (Zanello, 2018). As violências física, psicológica e sexual (esta última comporá uma categoria à parte, dada a frequência com que apareceu nas falas das entrevistadas) foram temas recorrentes nas vivências das participantes, conforme evidenciado na expressão de Dandara:

Ele me batia porque eu amava ele, entendeu? Eu me casei, com quinze anos. Depois que eu casei e tive meus filhos, sofri muito com meu marido. Ele bebia e me maltratava. Depois que eu não tava aguentando mais de porrada, que ele me batia muito, batia bastante, peguei e separei. Até facão ele já rumou no meu pescoço pra cortar, não cortou que ele bateu as costas do facão e eu botei a mão, entendeu? Foi sofrimento demais! (...) Sofrimento, maus tratos, passava necessidade... A minha mãe não sabia que eu passava por isso, porque eu tinha medo dela saber e fazer eu largar dele. Eu não queria largar. Porque o amor era demais! Eu gostava muito dele. Eu acho que isso aí (o sofrimento psíquico) foi esse começo com ele, o sofrimento do casamento.

Esse mecanismo expresso por Dandara, em que os riscos e sofrimentos da relação são reconhecidos, mas superados pelo amor, transcende uma dimensão estritamente individual, encontrando fundamentos em uma estrutura sociocultural que idealiza o amor romântico. Esse tipo de amor, que justifica tudo, que suporta todas as adversidades, é uma construção que se desenvolve em meio às transformações nas configurações familiares, impulsionadas pelo avanço do capitalismo. Dito de outro modo, essa forma de amar é resultado do aprendizado do amor como elemento central da identidade de mulheres (Zanello, 2018).

Nesse sentido, Zanello (2018) destaca que, na sociedade brasileira, fortemente marcada por valores sexistas, a forma de amar que é atribuída a mulheres é um fator de desempoderamento e vulnerabilidade nas relações heterossexuais, pois terminar uma relação, mesmo que esta seja abusiva e violenta, poderia ser interpretado como um indício de fracasso como mulher.

A violência física também foi destacada nos relatos de outras duas participantes: Tereza, que permanece casada, mas não enfrenta mais agressões do marido, embora ainda sofra os impactos psicológicos dessa violência; e Bertha, que encerrou um relacionamento marcado por violência, embora ressalte as dificuldades em estabelecer novos relacionamentos devido à vivência traumática.

A participante Nísia, uma mulher branca, relata sua vivência em um relacionamento abusivo que perdurou por aproximadamente quatro anos. Ao longo desse período, seu parceiro submeteu-a a uma série de humilhações e violências psicológicas. Nísia compartilha a dificuldade para se desvencilhar desse relacionamento:

Toda vez que a gente terminava, ele falava para mim que eu era o ponto de equilíbrio dele, que ele precisava de mim para ele ficar bem, sabe? A dependência de ajudar, a minha dependência emocional era o sentimento de ajudar, sabe? De sentir que eu poderia ajudar e que eu poderia realmente fazer com que ele melhorasse.

A fala de Nísia destaca outra nuance da captura do dispositivo amoroso, como delineado por Zanello (2018): o ganho narcísico ao sentir-se única e especial. A dependência emocional estabelecida pelo dispositivo amoroso não se limita apenas a estar com um homem ou ao amor dirigido a ele, mas está relacionada também ao efeito narcísico e identitário gerado pelo sentimento de ser escolhida de maneira insubstituível por um homem. Isso revela como a dinâmica desse dispositivo pode influenciar o narcisismo de mulheres, conferindo uma sensação de singularidade e importância. A percepção de ser a única capaz de lidar com as dores

do parceiro contribui para a construção de uma identidade vinculada à capacidade de cuidar e auxiliar, criando uma dinâmica na qual Nísia se sente compelida a reagir com afetos associados ao dispositivo materno.

No âmbito do dispositivo amoroso, o amor converte-se em um meio através do qual as mulheres buscam validação e reconhecimento de seu valor e identidade enquanto mulher, especialmente nas relações heterossexuais. Quando essa busca encontra falta de reciprocidade ou se dá em relações assimétricas e abusivas, o impacto na saúde mental e na autoimagem é profundamente devastador. Assim, tanto o amor quanto o reconhecimento são essenciais para a construção de uma autoimagem positiva. A ausência de reconhecimento é frequentemente experimentada como sofrimento psíquico (Dunker, 2015), uma vez que as mulheres, ao serem privadas de validação e reduzidas a papéis de submissão ou objetificação, veem sua identidade fragmentada.

3.3.4 Violência Sexual

Nesta categoria foram elencados os relatos acerca das experiências de violência sexual, vivenciadas pelas participantes. A violência sexual é caracterizada por qualquer ato sexual ou tentativa de obtê-lo por meio de coação ou força física. A coação abrange diferentes níveis de intensidade, desde o uso da força até ameaças psicológicas e chantagens, incluindo a indução da mulher à perda da capacidade de consentir, seja pelo uso de substâncias ou por estar mentalmente incapaz de compreender a situação. Essa forma de violência é considerada a mais extrema no contexto das violências de gênero (Schraiber et al., 2023).

As violências sexuais de que foram vítimas as participantes do estudo foram cometidas por homens, em sua maioria companheiros, namorados e familiares próximos. Estudos como o de Zanello (2018) destacam a violência como um elemento fundamental no processo de socialização de homens. Dentre as performances esperadas para um “homem de verdade”, em nossa cultura, estão a agressividade, a impulsividade e a individualização, além da constante demonstração desses afetos como uma forma de validação da identidade masculina.

Ao mesmo tempo, existe uma pedagogia afetiva que os instrui a associarem a masculinidade à rejeição de traços socialmente percebidos como femininos. Nesse sentido, ser homem significa não ser “uma mulherzinha”. Em contextos culturalmente sexistas, como no Brasil, a misoginia emerge como o pilar organizador das masculinidades, manifestando-se por meio do repúdio às mulheres e às características a elas associadas (Zanello, 2020).

Conforme Zanello (2018), os homens são subjetivados por meio do dispositivo da eficácia, o qual se manifesta através da virilidade laborativa, elevando o trabalho e o sucesso profissional e financeiro como critérios na avaliação dos homens, e a virilidade sexual. Esta estabelece a expectativa de que não apenas devem apresentar alto desempenho sexual, mas também demonstrá-lo, a fim de afirmar a masculinidade perante outros homens. Lauretis (1994) argumenta que essas performances e emocionalidades são influenciadas pelas tecnologias de gênero, entendidas como produtos culturais que não apenas refletem as representações, valores e ideais de gênero, mas também desempenham um papel performativo ao reafirmar e recriar esses mesmos valores.

Um desdobramento significativo desse dispositivo é a concepção do desejo sexual masculino como algo irrefreável, ao qual se presume que não se deva ou não se possa renunciar. Além disso, manifesta-se uma perspectiva específica em relação a mulheres – a objetificação sexual – que as reduz a “corpos ou pedaços de corpos”, sendo sua função primordial a gratificação dos desejos sexuais masculinos. Essa objetificação é destacada como a principal emocionalidade nos processos de subjetivação associados à construção da identidade masculina em nossa cultura (Zanello, 2020).

Uma das entrevistadas, Lélia, mulher preta, apresenta uma trajetória de vida marcada por uma sucessão de abusos sexuais, motivo pelo qual tem dificuldades para estabelecer novos relacionamentos afetivos. A entrevistada relata: *“Perdi minha virgindade com dezoito anos, a pulso também, porque eu não queria. Praticamente foi um estupro, porque eu gostava dele, mas eu não queria aquilo, entendeu? E ele me levava para os lugares e ficava só querendo que eu ficasse com ele, e eu com medo”*. A vivência de Lélia, que inclui um episódio de coerção sexual, demonstra a imposição da virilidade sexual sobre a autonomia e vontade da mulher. Ao descrever a situação como “praticamente um estupro”, Lélia evidencia a complexidade emocional e a falta de clareza na identificação e rotulação da experiência como violência sexual. De acordo com Schraiber et al. (2023), a ideia de que a coação sexual é parte da interação sexual “natural” dentro das parcerias íntimas é comum entre homens e mulheres, o que invisibiliza o seu caráter de violência. A consequência desse processo é que, mesmo quando sujeitas a atos de coerção, as mulheres podem hesitar em rotular essas experiências como violência.

Situação semelhante também foi vivenciada por Bertha, uma mulher branca, de vinte e dois anos, que relata o seu primeiro relacionamento aos onze anos, com seu namorado, de vinte e três anos:

Eu sofri abuso. Foi quando era mais nova, então eu não sabia quase nada. Eu tinha uns onze para doze anos. Eu era uma criança, não sabia que ele ia me abusar assim. Eu não sabia de nada. Eu estudava, mas não sabia o que era isso totalmente. Eu pensava que abuso era normal. Na minha cabeça era normal, não sabia que dava tanto BO, cadeia, essas coisas... não sabia. Ser abusada não é fácil porque a mina toma trauma!

Lamentavelmente, o episódio de violência sofrido por Bertha representa um cenário ainda mais preocupante, como indicam os dados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2022. O cenário apresentado pelo Anuário revela o aumento significativo dos casos de estupro e estupro de vulnerável em relação aos anos anteriores, com 74.930 vítimas registradas, sendo que maioria (88,7%) das vítimas era do sexo feminino. O que chama ainda mais a atenção é que mais da metade, 61,4% das vítimas, eram menores de treze anos (Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP], 2023). Importante destacar que, de acordo com a legislação brasileira, o abuso sexual envolvendo menores de quatorze anos configura-se estupro de vulnerável. Essa medida legal busca proteger as menores, reconhecendo a incapacidade de consentimento pleno nessa faixa etária e enfatizando a responsabilidade do agressor, mesmo nos casos em que a vítima aparentemente consinta.

A fala de Bertha indica ainda a ausência de uma educação sexual, tanto no âmbito familiar quanto na escola, tornando meninas e mulheres mais suscetíveis a situações de abuso. Até recentemente, questões ligadas à sexualidade eram consideradas tabus e, em alguns casos, reprimidas no contexto familiar. A educação sexual, além de atuar como uma abordagem preventiva ao capacitar mulheres para identificar situações de risco, proporciona uma maior compreensão de seus próprios corpos e dos limites do consentimento (Batista et al., 2022).

Lélia compartilha também um episódio de violência sexual em que foi constrangida a realizar favores sexuais na tentativa de mitigar sua situação junto ao sistema de justiça:

Já tive que ficar com uma pessoa a pulso e não é fácil. É pessoa de autoridade. E aí eu tive que ficar e não... não foi fácil, não. Toda vez que eu ia dormir eu ficava lembrando aquela cena... Misericórdia! É horrível! Eu tive que ficar com essa pessoa pra mim poder ter uma chance de sair daquele mundo errado que eu estava, porque eu já estava, com os dias contados, né? Já tinha avisado a minha mãe que iriam me matar. Aí essa pessoa falou pra mim: - 'Ó, se você ficar comigo, eu consigo amenizar o seu problema!' E aí eu peguei, né, sem vontade nenhuma, a pulso mesmo, tive que ficar.

O relato de Lélia ilustra a exploração do corpo de mulheres como “forma de pagamento” ou moeda de troca para a gratificação do desejo sexual masculino. Sua fala torna evidente a dinâmica de poder inerente à situação de violência, destacando a violação de seu corpo por alguém que, em teoria, deveria garantir a sua proteção. Essa vivência aponta para uma violência sexual institucionalizada, mas também sublinha a urgência de enfrentar questões relacionadas à desigualdade de poder em situações de abuso, particularmente quando perpetradas por figuras de autoridade.

Aos dezessete anos, Bertha foi novamente vítima de abuso sexual. Desta vez tratou-se de um estupro coletivo. Ela relata:

Os povo colocou balinha na minha bebida. Eu só bebi essa bebida, eu não sei o que aconteceu. Eu tava num lugar movimentado, cheio de gente, estava todo mundo bebendo ali. Aí, os povo pegou e me deu bebida. Nessa bebida tinha unha e tal, essas coisa... e tinha a balinha, que é o mais perigoso. (...) meu tio estava entre essas pessoas. Meu primo também tava junto. Eu tomei trauma desses homens tudinho, trauma. Sabe o que é trauma? Eu tomei trauma mesmo!

No contexto dessa problemática, Daniel Welzer-Lang (2011, apud Zanello, 2018) apresenta a metáfora da “casa dos homens” como uma ferramenta conceitual para analisar como as expectativas sociais acerca das masculinidades podem contribuir para a manutenção desse tipo de violência e para o silêncio cúmplice que a acompanha. Essa casa simbólica delinea uma estrutura composta por diversos compartimentos, nos quais os homens progridem conforme desempenham papéis congruentes com as expectativas sociais acerca da identidade masculina. Esse deslocamento hierárquico é viabilizado mediante a avaliação realizada por outros homens, sendo orientado pelo silêncio cúmplice entre os pares, caracterizando uma forma de “broderagem” que visa à proteção do outro de maneira irrevogável. Essa cumplicidade se manifesta por meio de um silenciamento que busca resguardar os “brothers” acima de qualquer circunstância, como, por exemplo, em situações de estupro coletivo, como ocorrido com Bertha. Assim, a cultura do silêncio entre os homens emerge como uma cultura de cumplicidade.

Nas narrativas apresentadas, os homens que praticam atos de violência sexual, não apenas exercem controle sobre as vítimas, como também reafirmam suas identidades masculinas de acordo com as normas de gênero. Para Butler (2018), o corpo é o lugar onde essas normas são encenadas e vívidas, de modo que a violência sexual se configura tanto como uma violação física quanto uma imposição simbólica, reforçando o controle sobre os corpos

femininos. Esse tipo de violência evidencia de forma literal e simbólica o modo pelo qual as normas de gênero se inscrevem nos corpos das mulheres, transformando-os em espaços de sujeição e controle, sempre alinhados aos valores de uma masculinidade dominante e imposta.

A fala de Bertha demonstra ainda a dimensão que o sentimento de culpa tomou em sua vida, um fenômeno frequentemente observado em vítimas de abuso sexual:

Isso pra mim é uma coisa que eu vou levar pra minha cabeça o resto da vida. Eu não consigo saber se foi verdade ou se é mentira. Eu só peço a Deus que, se for verdade, ele me dá um castigo lá no céu. Porque eu não sou mulher disso. Eu não sou capaz de fazer isso. Então, tipo assim, eu me culpo por isso. Eu coloco na mão de Deus. Que ele faça a justiça dele. Foi muita coisa que aconteceu, sinceramente... Vai me perturbar o resto da vida, essas coisas que aconteceu comigo, vai me perturbar o resto da vida!

O fenômeno da culpabilização, conforme apontado por Lima et al. (2017), é uma resposta emocional comum entre as vítimas de violência sexual. O fato de Bertha se culpar e pedir intervenção divina para justiça revela como as normas morais internalizadas podem influenciar a percepção de si mesma, exacerbando o sofrimento psíquico. O estudo de Borelli e Dias (2016) amplia a compreensão desse fenômeno ao evidenciar padrões similares de culpabilização e silenciamento em relatos de outras vítimas. Essa dinâmica pode ser interpretada como uma resposta às normas sociais que perpetuam o estigma em torno da violência sexual, transferindo a responsabilidade e culpa para a vítima, em detrimento do agressor.

Ao ser questionada se havia compartilhado com alguém acerca das violências sexuais sofridas, Bertha relata: “*Muitas vezes eu falava para os povo e os povo não acreditava. Minha mãe falava: Ah, Bertha, tu está ficando é louca!*” (...) *Meu irmão e minha irmã começou a jogar na minha cara que eu era a culpada, que eu era errada. Aí eu fui colocando aquilo na cabeça*”. A desqualificação da fala de mulheres e a propensão a atribuir a culpa à vítima são fenômenos já documentados na literatura (Silva & Dornelas, 2022). A pesquisa intitulada “Tolerância social à violência contra as mulheres”, conduzida pelo Instituto de Pesquisa Aplicada (IPEA) e publicada em 2014, destacou essa problemática. Ao serem questionados, 58,5% dos participantes da pesquisa expressaram concordância com a afirmação de que “se as mulheres soubessem como se comportar, haveria menos estupros”. Essa cultura de culpabilização, conforme observado por Oliveira (2020), contribui para o silenciamento e o desencorajamento de mulheres a denunciarem os abusos sofridos.

Os depoimentos de Bertha e Lélia destacam as implicações das violências na configuração do seu sofrimento psíquico:

Hoje eu não consigo me abrir novamente para homem nenhum. Hoje eu peguei depressão, peguei ansiedade, não posso lembrar de nada do passado que eu choro e aí vou colocando tudo na cabeça. Minha cabeça fica tudo revirada. Não sei nem resolver meus problemas mais sozinha. (...) Hoje para me relacionar com um homem é muito difícil. Eu não me sinto segura. Eu tenho nojo, não consigo ficar com uma pessoa sabendo que eu já fui abusada e, tipo... a pessoa vai lá e querer fazer outras coisas a mais, aproveitar da situação. (Bertha)

E hoje eu não vou lhe mentir, eu tenho pavor, pavor, medo de homem. Eu sinto nojo, eu sinto repugno. Eu sinto desprezo. Conforme isso vai acontecendo na vida da gente, a gente tem um trauma. (Lélia)

Os efeitos dessas violências são visíveis nos depoimentos de ambas as entrevistadas, que associam os traumas vividos à dificuldade de estabelecer novos relacionamentos. Bertha destaca que não se sente mais segura com nenhum homem. Lélia relata a aversão que desenvolveu por homens. A sombra dos abusos passados se estende sobre qualquer possibilidade de relacionamento íntimo, reforçando a percepção de vulnerabilidade e falta de controle sobre sua própria segurança.

Os relatos de Bertha e Lélia ilustram os efeitos deixados pela violência e pelo silenciamento no psiquismo de mulheres, especialmente quando acompanhados pela desqualificação de suas vivências, como foi o caso de Bertha. Para Christian Dunker (2015), o sofrimento psíquico emerge como uma resposta a uma experiência de não reconhecimento, tanto no nível íntimo quanto social e adquire sentido e potencial de transformação na medida em que é compartilhado e reconhecido no campo das relações intersubjetivas.

Esse déficit de reconhecimento frequentemente se manifesta através do adoecimento psíquico, como estratégia para obter, ainda que tardiamente, uma forma de validação, seja no contexto médico, seja no contexto institucional. O caso de Bertha, ao narrar sua dificuldade de se relacionar e seu sentimento de "nojo" e insegurança diante de homens, reflete essa dinâmica: a dor que não é acolhida na esfera familiar ou social emerge sob a forma de sintoma, como a depressão e a ansiedade, expressando, no corpo, aquilo que foi silenciado. Contudo, essa validação frequentemente ocorre de forma despolitizada, reduzindo o sofrimento à dimensão

individual e desvinculando-o do contexto social que o engendra. No caso de Bertha, o diagnóstico de depressão e ansiedade é emblemático dessa dinâmica: ele reconhece a dor vivida, mas desconsidera as condições de violência material e simbólica que a produziram. Essa perspectiva aponta para o caráter político do sofrimento psíquico, que, ao ser reduzido a uma gramática normativa ocidental, é despojado de seu potencial crítico e transformador.

Essas experiências demonstram como a ausência de reconhecimento afeta não apenas o sofrimento imediato, mas também as possibilidades de reconstrução subjetiva de mulheres. O reconhecimento, como ato simbólico e ético, surge não apenas como uma reparação possível, mas como uma condição fundamental para que as mulheres possam ressignificar suas histórias e reestabelecer vínculos afetivos e sociais em bases mais seguras.

3.4 Considerações Finais

Neste estudo, propusemo-nos a investigar o sofrimento psíquico de mulheres cisgênero assistidas por uma Policlínica Regional de Saúde localizada na região sudoeste da Bahia, analisando-o à luz das relações de gênero. Os resultados da pesquisa apontaram para a influência dos valores de gênero na conformação do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres, interseccionando-se com raça/cor e classe. A análise das falas das participantes aponta para a persistência de estereótipos de gênero que restringem as oportunidades das mulheres, perpetuando desigualdades e violências sobre elas. Aponta ainda para a presença do dispositivo materno e do dispositivo amoroso (Zanello, 2018) na construção das subjetividades das mulheres, configurando pontos de maior vulnerabilidade ao sofrimento psíquico.

Nesse contexto, o sofrimento psíquico é pensado, não como uma vivência individual, mas como a manifestação de uma experiência coletiva, a expressão de mal-estar ainda não reconhecido (Dunker, 2015). A ausência desse reconhecimento dificulta a mobilização de recursos sociais e políticos necessários para transformar as dinâmicas sociais de gênero. Entretanto, o sofrimento conforma uma dimensão política, constituindo força motriz capaz de fomentar a pauta reivindicatória em prol do reconhecimento social. Esta força, acreditamos, abre caminho para avanços nas políticas públicas, nas práticas de saúde e abordagens profissionais sensíveis às especificidades de gênero.

Compreender o sofrimento psíquico de mulheres exige uma análise das relações de poder, acompanhada de um chamado à ação para dismantelar as estruturas que perpetuam a invisibilidade das questões de gênero. Inserida nesse âmbito, esta pesquisa visa contribuir para

a superação de paradigmas biologicistas e individualizantes, no campo da saúde, que apaga as particularidades das vivências de mulheres enquanto ser social, bem como contribui para desmistificar a suposta vulnerabilidade biológica e/ou psicológica como processos “naturais”. Por sua limitação geográfica inerente, esta pesquisa apresenta limites em termos de alcance e generalização de seus resultados. Diante disso, faz-se necessário empreender mais estudos sobre o tema, principalmente considerando as diferentes regiões do Brasil, a fim de impulsionar mudanças nos paradigmas científicos e sociais vigentes.

4. PRODUTO TÉCNICO E TECNOLÓGICO (PTT):

Cartilha informativa para o cuidado à saúde mental de mulheres no âmbito das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia.

Cuidado em Saúde Mental de Mulheres

Cartilha informativa para profissionais atuantes nas
Policlínicas Regionais de Saúde da Bahia



Esta cartilha informativa para o cuidado de mulheres nas Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia é fruto da Dissertação de Mestrado intitulada “**Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero**”, desenvolvida no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde do Instituto Multidisciplinar em Saúde/ Campus Anísio Teixeira/ Universidade Federal da Bahia (IMS/CAT/UFBA). A referida pesquisa teve como objetivo analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico de mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde do Sudoeste da Bahia.

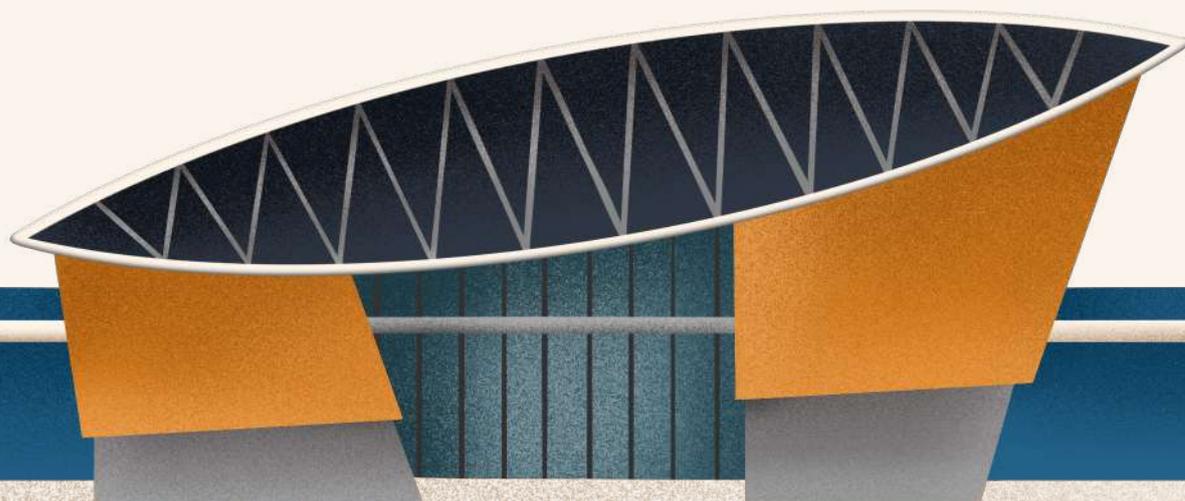
Autoria:

Edilene Magalhães Nunes
Psicóloga na Policlínica Regional de Saúde em Brumado
Mestranda em Psicologia da Saúde - (IMS/CAT/UFBA).

Suely Aires
Psicóloga. Docente de Psicologia na Universidade Federal da Bahia

Projeto gráfico e ilustração:

Psiano



Biblioteca Universitária Campus Anísio Teixeira – SIBI/UFBA

Nunes, Edilene Magalhães.

Cuidado em saúde mental de mulheres: cartilha informativa para profissionais atuantes nas Policlínicas Regionais de Saúde da Bahia. / Edilene Magalhães Nunes, Suely Aires Pontes, Psiano (Projeto Gráfico e Ilustração). -- Vitória da Conquista, BA: UFBA, 2024.

29 p.: il.

ISBN: 978-65-01-13983-8

1. Psicologia da Saúde. 2. Mulheres; 3. Pessoas Cisgênero. I. Universidade Federal da Bahia, Instituto Multidisciplinar em Saúde. II. Pontes, Suely Aires. III. Título.

CDU: 159.91-055.2(813.8)

1. Apresentação

A elaboração desta cartilha informativa tem como objetivo qualificar a assistência e o cuidado ofertado a mulheres em sofrimento psíquico no âmbito das Policlínicas Regionais de Saúde. Para tanto, busca-se: i) Fomentar a reflexão de profissionais sobre as questões de gênero que afetam a saúde mental de mulheres, considerando aspectos interseccionais presentes no desenvolvimento e manutenção das queixas clínicas apresentadas, o que inclui a consideração das estruturas socio-culturais que perpetuam padrões de gênero nocivos à saúde mental; ii) Sensibilizar profissionais de saúde com relação à importância de uma escuta e prática clínica sensível às questões de gênero e seus efeitos nas vidas de mulheres; iii) Apresentar o fluxograma de encaminhamento para a rede de atenção à saúde mental.

Trata-se de uma tecnologia educacional que se destina a todas/os/es profissionais de saúde das mais diversas especialidades que atuam no âmbito das Policlínicas Regionais de Saúde e que prestam atendimento a mulheres cisgênero. Esse recorte específico foi escolhido porque a pesquisa de mestrado que deu base para a presente cartilha se concentrou exclusivamente nesse grupo de mulheres, sem abranger outras identidades de gênero.

A motivação central para a realização desta cartilha diz respeito à longa história de opressão vivenciada por mulheres em uma cultura patriarcal-racista-capitalista, que resultou em uma série de desigualdades e violências. Também é necessário destacar o tratamento recebido por essas mulheres ao longo da história, em que suas manifestações de descontentamento foram frequentemente rotuladas como histeria ou loucura. Em consonância com isso, dados recentes apontam uma alta prevalência de transtornos mentais e uma excessiva medicalização dessas mazelas (Zanello, 2014; Santos & Diniz, 2018; Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020).

Esperamos que este material sirva como um guia preliminar para profissionais de saúde em suas avaliações e intervenções clínicas, auxiliando-as a identificar e responder adequadamente às necessidades de saúde de mulheres. No entanto, é importante destacar que as discussões aqui apresentadas têm como objetivo introduzir ideias gerais sobre gênero, permitindo que as profissionais se apropriem, ainda que resumidamente, das discussões nesse campo. A cartilha oferece uma base inicial para entender como as normas e expectativas de gênero afetam a saúde mental de mulheres cisgênero, destacando a necessidade de uma abordagem sensível e informada na prática clínica. Portanto, recomendamos buscar uma compreensão mais aprofundada acerca da temática consultando as referências mencionadas no corpo do texto e outras fontes que abordem questões de gênero relevantes para a saúde física e mental de mulheres.

Boa leitura!

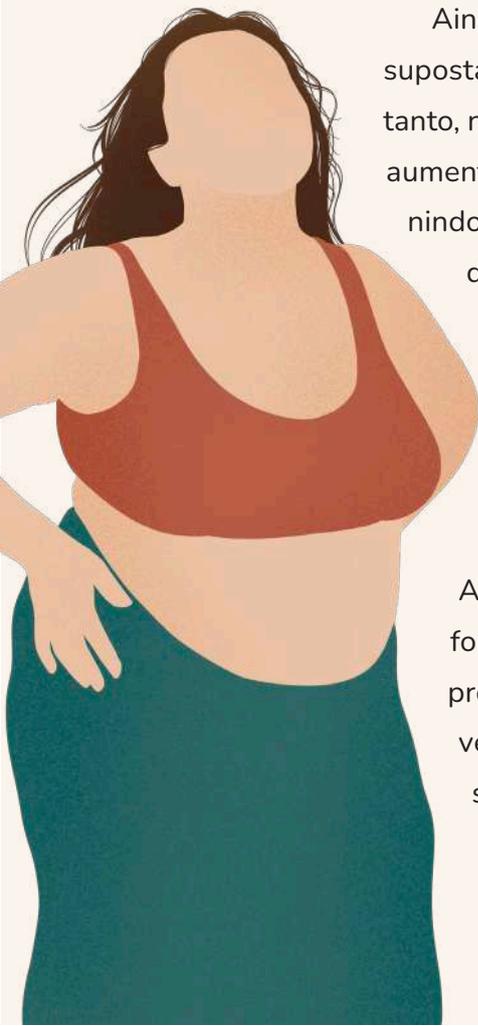
2. Notas Introdutórias

A definição do que é “ser mulher” ou “ser homem” é influenciada pela cultura, que estabelece modelos de feminilidade e masculinidade. Esses padrões criam normas que orientam as interações sociais e as relações de gênero numa dada sociedade. As relações de gênero referem-se à forma como as culturas hierarquizam as pessoas com base no sexo biológico, refletindo relações de poder em diferentes contextos sociais (Scott, 1995).

Para além da distinção entre os sexos, o gênero influencia as interações humanas nos âmbitos sociais e políticos, moldando a produção de conhecimento de modo a legitimar sistemas de exclusão e dominação (Laqueur, 2001). Ao longo da história da humanidade, a saúde mental de mulheres foi compreendida por um viés estritamente biológico e encoberto de teor misógino. Desde o Egito Antigo até a Idade Média, a histeria e outras perturbações mentais foram atribuídas a fenômenos como o deslocamento do útero ou os “vapores advindos do sangue menstrual”. Durante a Inquisição, mulheres foram acusadas de bruxaria e violentamente perseguidas e executadas. Os comportamentos antes considerados “demoníacos” correspondem a quadros hoje conhecidos como melancolia, ansiedade e depressão. No século XIX, a solução para os problemas de saúde mental passou a ser o casamento e a maternidade, acentuando as pressões sobre as mulheres. Instituições asilares surgiram como locais de controle e de punição para aquelas que não se adequavam às normas e tratamentos desumanos eram aplicados sob o pretexto de cura (Pegoraro & Caldana, 2008).

Ainda hoje, discursos científicos frequentemente associam mulheres a uma suposta vulnerabilidade física e psicológica (Costa-Júnior et al., 2016). No entanto, no século XX, o debate feminista impulsionou avanços no campo científico, aumentando a participação de mulheres na produção de conhecimento e redefinindo as agendas, demandas e análises acadêmicas relacionadas às posições de mulheres na sociedade (Keller, 2006).

Costa-Júnior et al. (2016) elucidam como o gênero influencia a qualidade dos cuidados em saúde. O estereótipo predominante retrata a mulher como frágil, passiva e dependente (Rohden, 2003). Essa concepção pode resultar em uma medicalização excessiva, refletindo o modo como mulheres são percebidas e tratadas nos serviços de saúde. Apesar de mulheres terem sido o foco das ciências da saúde, nem sempre foram consideradas as diferentes expressões de feminilidade, e nem sempre foram garantidos fatores de proteção para essa população, que muitas vezes é medicalizada e tem pouca autonomia em relação aos cuidados de saúde (Aquino, 2005; Martins, 2004; Rohden, 2003).



Valeska Zanello (2014), pesquisadora da área de saúde mental e gênero, argumenta que o sofrimento psíquico é um fenômeno influenciado pelas normas e expectativas sociais associadas aos papéis de gênero. A autora destaca que, embora o sofrimento psíquico seja, muitas vezes, considerado uma experiência individual, sua manifestação e compreensão são influenciadas por contextos sociais, refletindo as dinâmicas de poder e a violência estrutural numa determinada comunidade (Zanello et al., 2015). Contrapondo-se à visão reducionista que busca explicar os problemas de saúde mental por meio de mecanismos biológicos, a autora ressalta a importância de considerar fatores como violência doméstica, pressão por padrões de beleza, sobrecarga gerada pela maternidade e dupla jornada de trabalho, entre outros, para compreender o sofrimento psíquico.

As necessidades de saúde das mulheres estão intrinsecamente ligadas aos processos de produção de saúde, adoecimento e cuidado, sendo moldadas pelo contexto histórico que define seu lugar na sociedade, pelos modelos de atenção em saúde disponíveis, suas condições de vida diária e pelos mecanismos de resistência que empregam para enfrentar condições adversas (Franco et al., 2021). Essa compreensão das interseções entre gênero e saúde lança luz sobre a importância de abordagens sensíveis ao gênero na prestação de serviços de saúde.

Conforme o modo como os sistemas de saúde organizam suas práticas para atender às demandas de saúde, alguns sistemas exacerbam as disparidades existentes na estrutura social enquanto outros buscam mitigar, ao menos parcialmente, os efeitos prejudiciais da estrutura social sobre os grupos mais vulneráveis (Barata, 2009). Um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS) é o da equidade, que propõe a provisão de cuidados de saúde a cada indivíduo ou comunidade de acordo com suas necessidades específicas. De acordo com Barata (2009, p. 94), “a equidade de gênero não implica em igualdade entre homens e mulheres, nem em termos de saúde nem no acesso aos serviços de saúde, mas sim na provisão equitativa dos cuidados necessários para homens e mulheres”.

Para evitar que o SUS amplifique a desigualdade de gênero presente na estrutura social e possa trabalhar para mitigar seus efeitos prejudiciais, é necessário fazer escolhas que vão desde o nível macro da gestão governamental até o micro, incluindo aspectos mais sutis do atendimento em uma unidade de saúde. Fomentar este debate possibilita promover o reconhecimento das desigualdades de gênero e viabilizar estratégias de formação continuada para os profissionais e gestores de saúde que visem garantir a equidade e a integralidade nos diferentes níveis de assistência.

3. Afinal, o que é gênero?

Judith Butler (2022), uma voz influente nos estudos de gênero, propõe uma abordagem inovadora ao conceituar gênero como uma performance. Em outras palavras, para Butler, gênero consiste em um conjunto de papéis, linguagens, comportamentos e práticas sociais que são repetidos e, por meio dessa repetição, constroem a ilusão de uma identidade de gênero estável. Ao desafiar a concepção tradicional de gênero como algo fixo e naturalmente ligado ao sexo biológico, Butler destaca que essa performance de gênero é moldada pelas normas sociais, que definem e limitam as formas aceitáveis de expressão de gênero. Isso implica que as identidades de gênero não são inatas, mas sim construídas e mantidas por meio de atos que se conformam às expectativas sociais específicas.

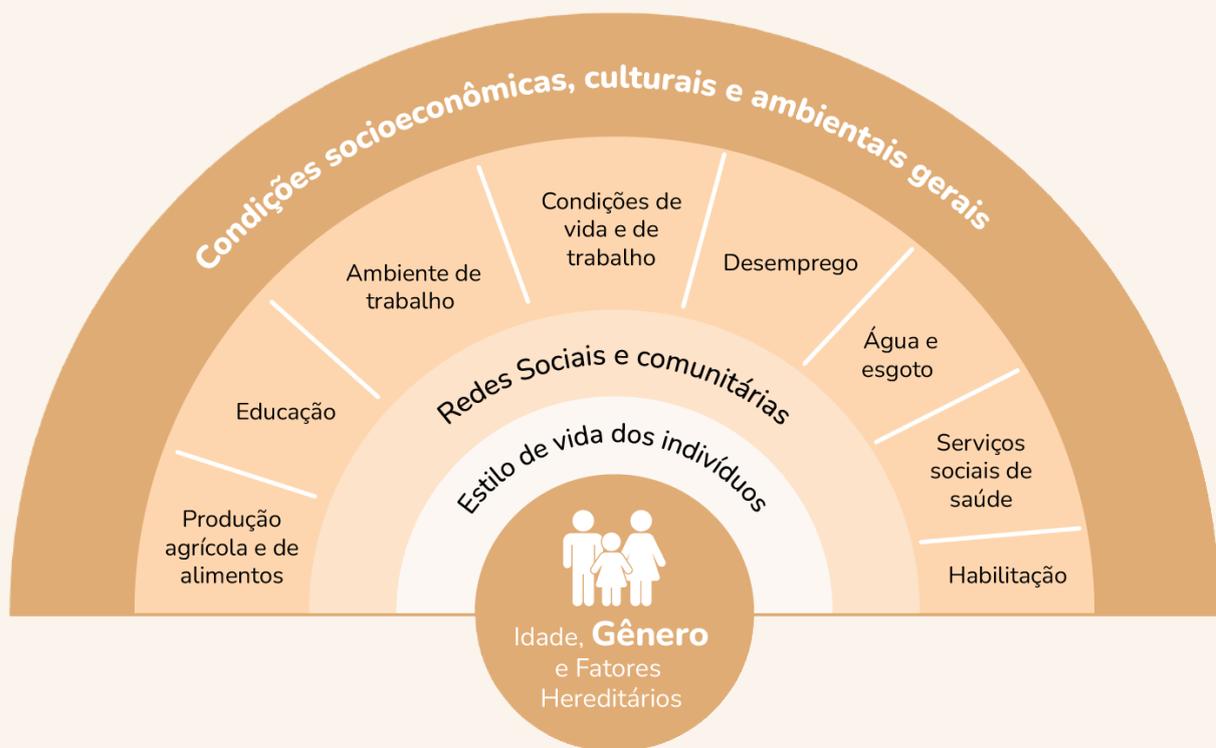
Um exemplo prático desse conceito pode ser observado na história de uma mulher que, desde cedo, é ensinada a se comportar de maneira que seja considerada “feminina” pelas expectativas sociais. Isso pode incluir a forma como ela se veste, a maneira como se porta, os interesses que desenvolve e até mesmo a sua profissão. Essa mulher, ao seguir essas normas, está performando seu gênero de acordo com as expectativas sociais, reforçando a percepção de que há um vínculo direto e natural entre seu sexo biológico e sua identidade de gênero. Contudo, Butler (2022) nos lembra de que essas performances são construções sociais e que existe uma ampla gama de possibilidades de expressão além das normas tradicionais de gênero.

Assim, a emergência desse conceito representa uma ruptura com a visão tradicional que vincula diretamente os papéis sociais ao sexo biológico. Ao afirmar que as distinções de gênero são construções sociais e culturais, questiona-se a ideia de que as características e os comportamentos são determinados pela sua biologia. Em vez disso, reconhece que tais características são significadas e valorizadas pela cultura de forma a sustentar diferenças que são ideologicamente afirmadas como naturais. A análise de gênero busca questionar e dismantelar esses pressupostos, revelando como tais divisões são artificialmente mantidas para sustentar estruturas de poder e opressão.



4. Gênero como Determinante Social da Saúde

As diferenças socialmente definidas entre homens e mulheres não representam um problema em si mesmas, exceto quando resultam em discriminação e desigualdades que podem ter efeitos negativos para a saúde, inclusive no que diz respeito à saúde mental. Outras categorias macrosociais como classe social, raça/etnia, entre outros, desempenham papéis igualmente importantes na determinação da saúde. Quando eles se cruzam com a desigualdade de gênero, podem intensificar a experiência de discriminação, os riscos à saúde, e consequentemente dificultar o acesso aos recursos necessários para ser e se manter saudável (Barata, 2009).



Fonte: Dahlgren & Whitehead, 1991.

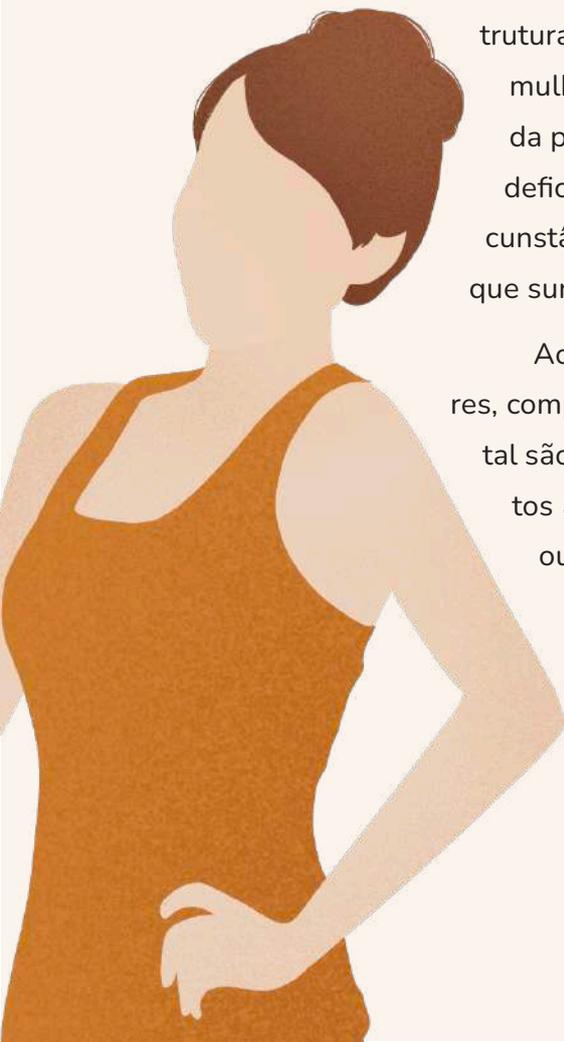
5. Interseccionalidade

A interseccionalidade, conceito cunhado por Kimberlé Crenshaw em 1989, aborda o cruzamento entre diversas modalidades de discriminação e opressão, incluindo aspectos como gênero, raça/etnia, classe, entre outros. A discussão sobre esse conceito ganhou destaque com o surgimento do feminismo negro no fim da década de 1970, destacando que a interseção de diferentes eixos de marginalização potencializa os efeitos de uma pessoa ocupar diferentes espaços sociais de desigualdade (Vieira & Torrenté, 2022). Crenshaw (2002) associa o termo à metáfora do cruzamento de avenidas. Assim, a interseccionalidade representa o ponto onde diferentes formas de discriminação se sobrepõem.

É importante destacar que “não existe hierarquia de opressões” (Lorde, 2009, p. 220). Nenhuma modalidade de opressão deve ser prioritária em relação a outras na concentração dos esforços de combate. Abordar de forma isolada esses recortes de discriminação leva à negligência dos pontos de intersecção (pontos de contato), enquanto também falha em reconhecer as distinções que existem entre eles. Por exemplo, a discriminação racial frequentemente se entrelaça com a discriminação de classe, visto que uma grande parcela das mulheres pretas, no Brasil, integra as camadas menos favorecidas economicamente. No entanto, o racismo não se restringe apenas a esses estratos sociais (Lorde, 2009).

Na busca por compreender a posição de um indivíduo dentro da estrutura social, em vez de fazer uma leitura a partir de somatórios – como: mulher e preta e pobre e com deficiência –, a análise pode ser enriquecida por perceber esses aspectos em conjunto: mulher, preta, pobre, com deficiência, pois as condições e adversidades vivenciadas sob essas circunstâncias acontecem de maneira concomitante, e é dessa intersecção que surge uma identidade específica (Vieira, 2019).

Ao utilizar essa perspectiva para a análise da saúde mental de mulheres, compreende-se que as vivências e desafios relacionados à saúde mental são influenciadas não somente pelo gênero, mas também por elementos adicionais como raça/etnia, classe social, orientação sexual, dentre outros. Assim, mulheres provenientes de distintas realidades étnicas ou classes sociais podem vivenciar obstáculos específicos que surgem da intersecção de sua identidade de gênero com sua etnia ou status socioeconômico. Desse modo, não podemos analisar de forma isolada os problemas que afetam mulheres, muito menos universalizá-las. Considerar a interseccionalidade nas análises da



saúde mental é um exercício necessário para que se tenha uma maior compreensão dos determinantes sociais em saúde. Isso permite reconhecer diferentes formas de opressão e a adaptação das estratégias de cuidado de acordo com as necessidades específicas de cada grupo.

6. Saúde Mental de Mulheres e Gênero: que relação é essa?

É cada vez mais evidente a necessidade de incorporar a categoria “gênero” nos estudos sobre saúde mental, particularmente no que diz respeito à saúde mental de mulheres. Pesquisas apontam que as condições de gênero exercem influência na saúde mental, interseccionando com outros marcadores como classe social, raça/etnia e outros, levando a diferentes níveis de vulnerabilidade ao sofrimento psíquico (Zanello et al., 2015; Kantorski et al., 2019; Franco et al., 2021). Incorporar esse conceito como uma categoria de análise no campo da saúde mental pode contribuir para a compreensão de, pelo menos, dois aspectos fundamentais: a epidemiologia e a etiologia dos transtornos mentais.

No que diz respeito à epidemiologia, a literatura científica, ao analisar dados de diferentes contextos sociais, destaca que mulheres apresentam uma maior incidência de problemas de saúde mental em relação a homens (Who, 2018; Alabdulla et al., 2022; Toribio-Caballero et al., 2022) No Brasil, as pesquisas corroboram essa informação, evidenciando que mulheres são mais suscetíveis a desenvolver os denominados Transtornos Mentais Comuns (TMC) (Carpena et al., 2020).

Historicamente, o sofrimento psíquico de mulheres tem sido justificado por uma suposta etiologia biológica, limitando essa associação à sua natureza sexual e reprodutiva, em especial às variações hormonais. Assim, seus corpos e sexualidades tornaram-se alvos de intervenções médicas e aspectos como menstruação, gravidez, parto e vivência da maternidade eram decisivos para definir e diagnosticar problemas de saúde mental (Vianna & Diniz, 2014).

Atualmente, a saúde mental tem sido analisada a partir de duas principais vertentes. Por um lado, o viés biomédico sugere que a maior propensão a problemas psicológicos está ligada à biologia feminina, incluindo processos fisiológicos, hormonais e reprodutivos. Por outro, tem-se a perspectiva sócio-histórica que faz uma crítica ao modelo anterior por negligenciar os padrões de socialização e papéis de gênero na etiologia do sofrimento psíquico. De acordo com essa vertente, a saúde mental é influenciada, dentre outros fatores, pelas desigualdades de gênero que mulheres enfrentam ao longo de suas vidas. Vale destacar que esta tem sido a perspectiva adotada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (Cabezas-Rodríguez et al., 2021).

Essa perspectiva enfatiza que a divisão sexual do trabalho e a sobrecarga resultante das múltiplas responsabilidades - como o trabalho remunerado, o trabalho doméstico e a maternidade - contribuem significativamente para o sofrimento psíquico. Tarefas como cuidar da casa, limpeza, cozinha, e cuidado de crianças e idosos, culturalmente atribuídas às mulheres, destacam-se como fa-



tores-chave (Sousa & Araújo, 2024). Também as características intrínsecas ao trabalho doméstico, como solidão, isolamento, jornadas repetitivas e inacabadas, falta de tempo para lazer e descanso, dependência econômica e, às vezes, submissão ao controle do parceiro, são fatores que contribuem para o sofrimento psíquico (Santos & Diniz, 2018).

No contexto do trabalho produtivo, mulheres encontram condições laborais desfavoráveis, que se manifestam em ocupações menos valorizadas, acompanhada de uma disparidade remuneratória em relação a homens. Adicionalmente, enfrentam encargos financeiros mais elevados, devido à maior utilização dos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, têm uma maior probabilidade de serem pobres, trabalharem no setor informal ou estarem desempregadas, o que são fatores de risco para a saúde mental. Outros elementos também são considerados, como a falta de participação e representação em instâncias de poder, além da maior exposição à violência doméstica. Em situações extremas, a discriminação de gênero pode resultar em feminicídio (Leitão, 2015).

Nos últimos anos, em decorrência da pandemia do Covid-19, considerada sem precedentes na história contemporânea, mulheres foram o grupo mais afetado, não apenas pelo aumento da violência doméstica, evidenciada pelo maior tempo de convívio com os principais agressores, mas também pelo acúmulo de papéis de gênero, que se sobrepujaram aos anteriormente estabelecidos. Geralmente, é sobre elas que recaem as responsabilidades das tarefas domésticas, o cuidado com os filhos e a atenção aos parentes doentes. Além disso, durante o período pandêmico, as mulheres foram presença significativa em profissões que demandam cuidado com pessoas doentes, como enfermagem, psicologia, fisioterapia, entre outras (Alon et al., 2020).

Nesse cenário, é impossível não relacionar o sofrimento psíquico à superexploração do trabalho de mulheres, assim como às expectativas pelo desempenho dos papéis socialmente atribuídos a elas – ser boa mãe, dedicada aos outros, a que cuida de todos – que intensificam os sentimentos de infelicidade, de inadequação e frustração. Nessa análise, o sofrimento psíquico assume um importante significado simbólico e político na evolução histórica de gênero: comunica o que as circunstâncias sociais e políticas tornam difícil expressar em palavras. Em resumo, o sofrimento psíquico pode evidenciar uma recusa e uma não conformidade com os padrões de feminilidade do seu contexto e da sua época.

Embora a biologia possa contribuir para as diferenças de saúde entre homens e mulheres, a maior carga do sofrimento está ligada às desigualdades sociais de gênero (Borrell et al., 2014). Estudos que abordem a intersecção entre saúde mental e gênero ainda estão em estágio inicial no Brasil (Zanello, 2018), o que pode resultar em um conjunto de práticas que reificam lugares e reproduzem desigualdades e assimetrias no contexto da atenção à saúde mental. Mesmo que haja um conjunto de evidências sobre os impactos das dinâmicas de gênero na saúde mental de mulheres, a identificação de intervenções eficazes capazes de mitigar essas vulnerabilidades permanece uma lacuna na literatura (Chilet-Rosell & Hernández-Aguado, 2021).

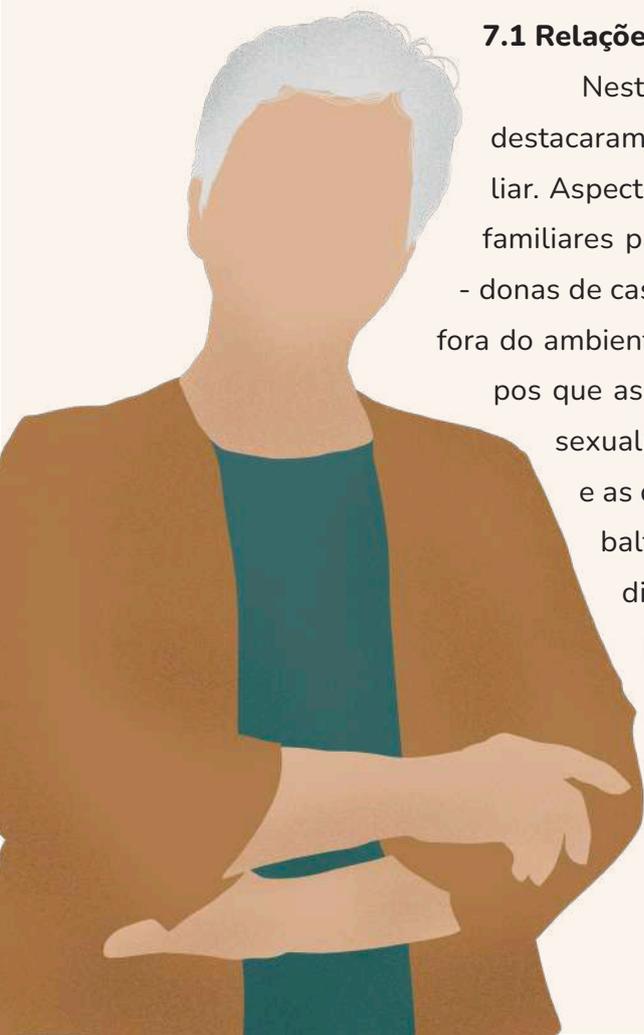
7. Uma breve apresentação sobre a Pesquisa “Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero”

A pesquisa intitulada “Gênero e Sofrimento Psíquico na Vivência de Mulheres Cisgênero”, de natureza qualitativa, buscou analisar as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico de mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde do Sudoeste baiano. A amostra incluiu onze mulheres cisgênero, maiores de dezoito anos, atendidas na referida Policlínica, e que já buscaram tratamento psicológico e/ou psiquiátrico em algum momento de suas vidas. Os dados foram produzidos a partir de um questionário sociodemográfico e de entrevista semiestruturada, sendo analisados a partir do método da Análise de Conteúdo de Laurence Bardin (2016). A pesquisa foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia (UFBA) e aprovada através do parecer consubstanciado nº 5.823.798.

O estudo partiu do seguinte questionamento: quais as implicações dos discursos de gênero na configuração do sofrimento psíquico em mulheres? Após analisar os dados, observou-se que todas as participantes identificaram uma ou mais “causas” para seu sofrimento. Essas “causas” incluíam vivências do cotidiano dessas mulheres, destacando a influência de relações de gênero hierárquicas, que se interseccionam com classe social e raça/cor. Para facilitar a compreensão, os temas extraídos das entrevistas e destacados na análise dos casos foram agrupados em categorias temáticas, que serão apresentadas a seguir.

7.1 Relações Familiares e Violências Cotidianas

Nesta categoria, as vivências compartilhadas pelas participantes destacaram o controle exercido sobre as mulheres no ambiente familiar. Aspectos como desigualdade de gênero na socialização e pressões familiares para performar de acordo com papéis tradicionais de gênero - donas de casa, esposa e mãe, em vez de buscarem carreiras profissionais fora do ambiente doméstico - foram evidentes. A persistência de estereótipos que associam a feminilidade à submissão, passividade e recato da sexualidade também foi observada. A educação familiar repressora e as dinâmicas hierárquicas colocam as mulheres em posições subalternas, seja na relação pai-filha ou entre irmãs-irmãos. Além disso, a violência física foi utilizada como meio de disciplina para controlar o comportamento das mulheres. Essas violências físicas e simbólicas resultaram em sofrimento psíquico para as participantes do estudo.



7.2 Maternidade, Cuidado e Sobrecarga Psíquica

Também constatamos que a maternidade emerge como elemento central na vida dessas mulheres, levando-as a renunciarem a suas próprias necessidades para priorizar as demandas dos filhos. Importante destacar que essa dinâmica não diz respeito somente à relação mãe-filho; a maternidade se estende à domesticidade, como aponta Zanello (2018), e o cuidado com as tarefas domésticas, familiares idosos e pessoas doentes também ficaram ao encargo dessas mulheres. A sobrecarga de cuidados recai sobre elas, enquanto os homens são desresponsabilizados nesse aspecto, contribuindo para reforçar a divisão sexual do trabalho e os papéis tradicionais de gênero, produzindo sofrimento psíquico.

7.3 Relações de (Des)Amor

Nesta categoria, as participantes destacaram as relações amorosas como o principal fator para o sofrimento psíquico vivenciado. O amor aparece como elemento central na construção da identidade dessas mulheres, frequentemente idealizado e associado ao ideal de amor romântico. Ser escolhida pelo parceiro é percebido como uma validação narcísica e uma forma de legitimar a sua identidade como mulher. Entretanto, as relações amorosas também acarretaram impactos negativos na saúde mental, sobretudo devido à falta de reciprocidade no investimento afetivo por parte do parceiro. Isso resulta em abalos narcísicos e identitários, além de afetar a autoestima dessas mulheres. A interseção entre raça, gênero e padrões estéticos afetou as experiências afetivas e a subjetividade das mulheres, especialmente de mulheres pretas, que muitas vezes são vistas sob as lentes da objetificação sexual. Por ser o amor um fator identitário para as mulheres (Zanello, 2018), muitas delas suportaram relacionamentos extremamente violentos, em que a violência física, psicológica e sexual foram temas recorrentes em suas vivências.

7.4 Violência Sexual

Neste tópico, os relatos das participantes revelam experiências de violência sexual, predominantemente perpetradas por homens, em sua maioria companheiros, namorados e familiares próximos. A cultura de masculinidade vigente, que associa agressividade e dominação sexual à identidade masculina, contribui para a imposição da virilidade sobre a autonomia dessas mulheres. A falta de educação sexual e o tabu em torno da sexualidade ampliaram a vulnerabilidade dessas mulheres a abusos sexuais. Além disso, o silêncio cúmplice entre os homens e a imposição de culpa sobre a vítima, juntamente à tendência em desqualificar seu relato, destacaram a injusta responsabilização das mulheres em situações de violência sexual.



Os resultados da pesquisa evidenciaram que os valores de gênero desempenham um papel fundamental na configuração do sofrimento psíquico vivenciado por esse grupo de mulheres, entrelaçando-se com fatores como raça/cor e classe social. A análise das declarações das participantes sugere que estereótipos de gênero limitam suas oportunidades de acesso a educação, emprego e renda, contribuindo para a perpetuação de desigualdades e violências estruturais. Além disso, destaca-se a importância central da maternidade e das relações amorosas nas vivências dessas mulheres, de modo que a falha em cumprir qualquer um desses papéis é vivenciada como um fracasso pessoal. A presença da violência também emerge como um aspecto significativo em suas histórias, manifestando-se de diversas maneiras (física psicológica e sexual). Assim, o sofrimento psíquico vivenciado por essas mulheres não pode ser compreendido como uma experiência individual, dissociada das estruturas que reproduzem desigualdades e violências sobre elas.

Fazer ressoar a voz dessas mulheres e valorizar suas vivências representa um ponto de partida, pois a vivência do sofrimento não é totalmente alcançada através de números e representações gráficas. No entanto, é necessário mais que isso. Precisamos repensar nossas abordagens e redefinir nossas práticas, de modo a desenvolver políticas públicas e programas de intervenção que considerem não apenas a dimensão individual do sofrimento psíquico, mas também suas raízes estruturais. Para isso, precisamos superar paradigmas biologicistas e individualizantes que apagam as particularidades das vivências de mulheres enquanto seres sociais, bem como desmitificar a ideia de uma suposta vulnerabilidade biológica ou psicológica inerente a elas.

8. Abordagem de Gênero na Avaliação e Diagnóstico em Saúde Mental

A leitura da saúde mental sob o viés de gênero também permite problematizar o modo como profissionais avaliam e interpretam os sintomas apresentados pelas pacientes. A visão de mundo da profissional que avalia não está isenta dos valores de gênero apreendidos por meio da cultura e socialização, tornando-se um fator determinante na análise dos sintomas e comportamentos. Desse modo, suas práticas diagnósticas e abordagens terapêuticas podem inadvertidamente reforçar papéis sociais associados ao gênero, dependendo das bases em que fundamentam sua atuação clínica (Zanello & Silva, 2012).

Tomando como exemplo o choro em mulheres e a agressividade em homens, Zanello & Silva (2012) demonstram como as expectativas de gênero influenciam a percepção e a tolerância a esses comportamentos. Os estereótipos de gênero sugerem que o choro é um comportamento comum em mulheres, enquanto a agressividade é mais associada a homens, o que pode levar ao hiperdiagnóstico de certos transtornos em um grupo ou ao subdiagnóstico em outro.

Além disso, é preciso considerar que as formas de manifestação dos sintomas são gendradas. Se o indivíduo se desenvolve dentro do contexto das relações de gênero, é fundamental reconhecer o papel que esses valores e estereótipos desempenham na configuração dos sintomas. Partindo do exemplo anterior, na cultura brasileira, é mais comum que mulheres expressem suas emoções através do choro em comparação com homens. Enquanto esse comportamento é aceito entre elas, é fortemente desencorajado e reprimido entre eles desde a infância. No entanto, a falta da expressão de tristeza através do choro por parte dos homens não significa que eles não sintam, e muito menos que não sofram com ela. Eleger este signo como critério diagnóstico pode resultar em um hiperdiagnóstico de certos transtornos em um grupo, ao passo que, em outro, esses mesmos transtornos podem ser invisibilizados. Este parece ser o caso dos diagnósticos de depressão maior, apontado pela epidemiologia como predominante em mulheres (Zanello & Silva, 2012; Zanello, 2014).

Essas questões têm levado a importantes reflexões teóricas e clínicas, especialmente sobre a validade e alcance do uso dos manuais diagnósticos em saúde mental, sendo necessária uma escuta atenta e que considere os determinantes sociais nas queixas formuladas pelas pessoas que chegam aos serviços de saúde.



9. Medicalizar Não é Solução

Outra problemática que demanda atenção no campo da saúde mental de mulheres diz respeito à medicalização. Entende-se por medicalização o “processo que transforma questões de ordem social, política, cultural em ‘distúrbios’, ‘transtornos’, atribuindo ao indivíduo uma série de dificuldades que o inserem no campo das patologias, dos rótulos, das classificações psiquiátricas” (CFP, 2011, p. 05).

Estudos conduzidos em diferentes países apontam que mulheres recebem maior prescrição de psicofármacos, em particular antidepressivos e ansiolíticos, evidenciando uma tendência à feminização do seu uso (Bru, 2022; Bernieri et al., 2023). No Brasil, entre 2014 e 2018, houve um aumento de 23% no uso de antidepressivos (Mazon et al., 2023), sendo mulheres pretas, pardas e pobres suas maiores consumidoras (Pereira, 2019).

A literatura sugere que psicotrópicos podem estar sendo prescritos desnecessariamente, enquanto pacientes podem estar consumindo-os de modo excessivo e por períodos prolongados. Bru (2022) aponta que, com sintomas similares, mulheres têm maior probabilidade de receber diagnóstico e prescrição de psicofármacos em relação a homens. Também se observa uma crença entre profissionais na existência de uma subjetividade feminina patológica. Além disso, presume-se que as mulheres, por expressarem melhor suas emoções, tenham seu sofrimento mais prontamente reconhecido e, portanto, mais frequentemente medicalizado. Em contrapartida, mulheres também demonstram agência sobre prescrições psicofarmacológicas, utilizando a internet como fonte de conhecimento e assumindo um papel ativo em suas experiências de saúde, contrastando com a visão de uma medicalização repressiva (Maluf & Tornquist, 2010).

Críticas feministas também têm observado que a concepção do que é doença mental é atravessada por questões de gênero que, por vezes, aparecem de forma sobreposta. Algumas características como falta de autonomia, expressão emocional prolixa, histrionismo, sentimentos de desvalorização, aceitação de reconhecimento abaixo do merecido, e propensão ao auto-sacrifício são socialmente promovidas entre mulheres e, ao mesmo tempo, mostram-se como atributos negativos na definição do que é doença mental, integrando as definições dos manuais de diagnóstico em saúde mental. Por outro lado, o fato de



o sofrimento psíquico ser influenciado por causas como violência familiar, abuso do poder patriarcal, assédio sexual, laboral ou moral, tem pouco impacto na definição do diagnóstico e nos dados epidemiológicos apresentados. Os dados quantitativos tendem a contribuir para a naturalização da disparidade de gênero como um dado estatístico simples, objetivo e inquestionável (Caponi et al., 2023).

Explicações biológicas, por si só, não justificam a disparidade de gênero no campo da saúde mental. Essa diferença não se deve somente a fatores hormonais ou a conexões cerebrais específicas, mas sim às desigualdades sociais que colocam mulheres em uma posição subalterna. Portanto, o excesso de diagnósticos e a prescrição exagerada de psicotrópicos podem representar uma medicalização desnecessária dos corpos e dos sofrimentos de mulheres (Bacigalupe et al., 2020). Não se busca aqui de fazer uma crítica direta aos medicamentos em si, mas de questionar a tendência à medicalização. É possível tecer críticas sobre as suas limitações sem ignorar seus benefícios.

Algumas situações não são apenas problemas individuais, mas questões de justiça social e, portanto, políticas. É necessário reconhecer o sofrimento como real e legítimo e oferecer uma interpretação alternativa que possa atribuir significado político a esse sofrimento. Essa sensibilidade e capacidade de empatia, combinadas com uma habilidade bem desenvolvida para identificar os efeitos da injustiça social, frequentemente estão ausentes nos serviços de saúde mental (Caponi et al., 2023).

É fundamental compreender que o sofrimento pode ser uma reação a circunstâncias adversas na vida e que o problema não reside apenas na falta de serotonina ou no excesso de dopamina, tampouco no cérebro ou nos corpos que foram medicalizados. O sofrimento psíquico de mulheres não é meramente de natureza biológica ou individual, mas tem suas origens em estruturas políticas e sociais (Caponi et al., 2023). Na medida em que a medicalização do mal estar é especialmente habitual, alguns problemas que têm uma origem social acabam recebendo atenção de maneira que deixa de abordar a etiologia do problema. Portanto, o encontro entre profissional e paciente deve facilitar o retorno deste ao seu contexto com o objetivo de reorientar e reinterpretar as questões iniciais que motivaram a consulta.

Ademais, faz-se necessário que os profissionais tenham conhecimento dos recursos e serviços existentes no território. É importante mobilizar recursos como serviços sociais, espaços comunitários e de apoio (ONGs, igrejas, associações locais) e outros serviços de saúde mental. Além disso, tecnologias que promovam o acolhimento e a criação de laços sociais podem ser úteis, pois muitas vezes o simples apoio de um profissional de saúde pode melhorar o sofrimento psíquico das pessoas.

10. Dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)

Nível de Atenção	Pontos de Atenção	Descrição
Atenção Básica em Saúde	Unidade Básica de Saúde	Tem a responsabilidade de implementar iniciativas voltadas para a promoção da saúde mental, prevenção e tratamento de transtornos psiquiátricos, bem como ações de redução de danos e assistência às pessoas com demandas relacionadas ao uso de crack, álcool e outras drogas.
	Consultório na Rua	Equipe multiprofissional que atua diretamente nas ruas, praças e espaços públicos, oferecendo atendimento e acompanhamento de pessoas em situação de vulnerabilidade social, como moradores de rua, usuárias de drogas e outros grupos marginalizados, visando promover o acesso aos serviços de saúde e o cuidado integral.
	Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório	Equipe especializada que presta suporte e assistência às pessoas em situação de vulnerabilidade que necessitam de cuidados de saúde e acompanhamento durante o período de transição entre diferentes modalidades de moradia ou de reintegração à comunidade, como residências terapêuticas, hospitais de retaguarda ou outras formas de acolhimento.
	Centros de Convivência e Cultura	Espaços destinados à promoção da convivência social, atividades culturais, lazer e desenvolvimento pessoal de pessoas com sofrimento psíquico, visando a inclusão, o fortalecimento de vínculos comunitários e o estímulo ao protagonismo e autonomia das usuárias.

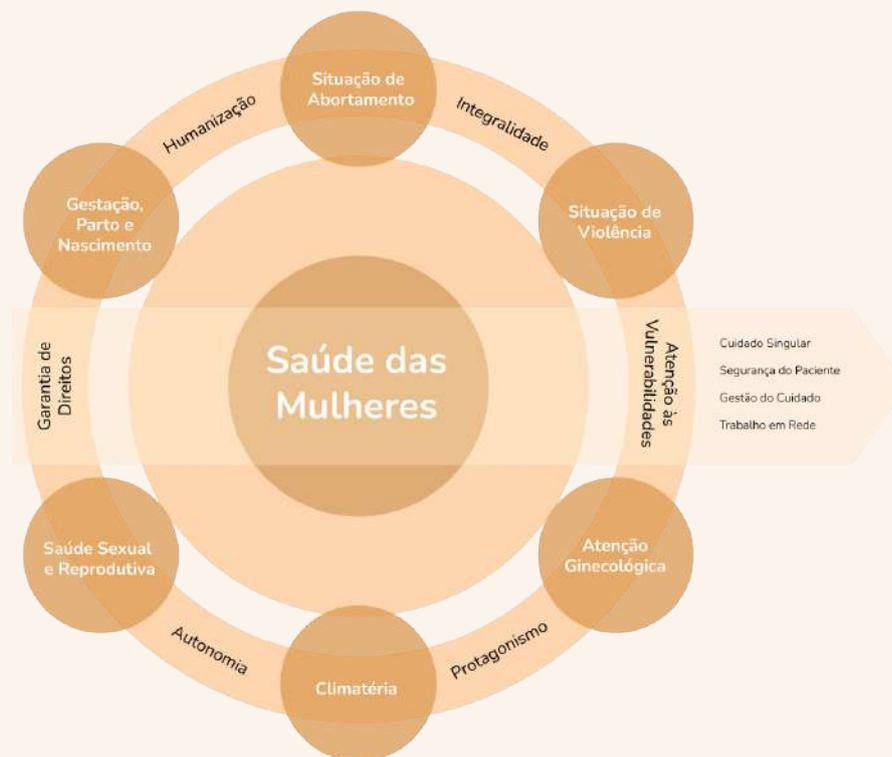
<p>Atenção de Urgência e Emergência</p>	<p>SAMU 192</p>	<p>Oferece atendimento médico pré-hospitalar em situações de emergência. Está disponível 24 horas por dia e pode ser acionado através do número 192.</p>
	<p>Sala de Estabilização</p>	<p>Ambiente dentro de unidades de saúde, como hospitais ou unidades de pronto-atendimento, destinado ao atendimento inicial e estabilização de pacientes em estado grave ou com condições de saúde agudas, antes da transferência para outras áreas do hospital ou para realização de procedimentos mais complexos.</p>
	<p>UPA 24 horas</p>	<p>Unidade de saúde de média complexidade que oferece atendimento de urgência e emergência durante 24 horas por dia, 7 dias por semana, para casos que não são graves o suficiente para necessitar de um hospital de alta complexidade, mas que demandam atendimento imediato.</p>
	<p>Portas Hospitalares de Atenção à Urgência/Pronto Socorro</p>	<p>Serviço hospitalar especializado que oferece tratamento para casos graves relacionados a problemas de saúde mental e às consequências adversas do uso prejudicial de álcool e outras substâncias. Sua principal finalidade é fornecer suporte clínico e psiquiátrico de retaguarda, especialmente durante crises, abstinências e intoxicações severas. Geralmente, as internações são de curta duração, focando na estabilização clínica da paciente, seguida pela coordenação e encaminhamento para cuidados contínuos em serviços extra-hospitalares.</p>
	<p>Unidades Básicas de Saúde</p>	<p>São locais onde são oferecidos serviços de saúde primária, porém, em situações de urgência e emergência, elas podem desempenhar um papel inicial de triagem e estabilização de pacientes antes de serem encaminhados para outros serviços de saúde mais especializados, como UPAs ou hospitais.</p>

<p>Atenção Psicosocial</p>	<p>Centros de Atenção Psicosocial (Caps I; Caps II; Caps III; Caps AD; Caps AD III).</p>	<p>Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), nas suas diferentes modalidades, são pontos de atenção estratégicos da RAPS. São serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituídos por equipe que atua sob a ótica transdisciplinar. Realizam prioritariamente atendimento às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e pessoas com sofrimento ou transtorno mental em geral, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em sua área territorial, sejam em situações de crise ou nos processos de reinserção psicossocial. São serviços substitutivos ao modelo asilar.</p>
<p>Atenção Residencial de Caráter Transitório</p>	<p>Unidade de Acolhimento</p>	<p>São espaços residenciais temporários destinados a pessoas que enfrentam desafios relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, e que recebem acompanhamento nos CAPS. Essas pessoas geralmente estão em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e necessitam de acolhimento terapêutico e protetivo. Oferecem cuidados de saúde contínuos, 24 horas por dia, em ambiente residencial integrado à comunidade.</p>
<p>Estratégias de Desinstitucionalização</p>	<p>Serviços Residenciais Terapêuticos</p>	<p>São moradias integradas à comunidade e que têm como objetivo acolher e cuidar de pessoas que sofrem de transtornos psíquicos graves e persistentes. Elas são destinadas principalmente para pessoas que saíram de internações prolongadas em hospitais psiquiátricos e que não têm apoio social nem vínculos familiares.</p>

<p>Estratégias de Reinserção Psicossocial</p>	<p>Iniciativas de Trabalho e Geração de Renda, Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.</p>	<p>São programas e projetos que buscam inserir pessoas com transtornos mentais no mercado de trabalho e na geração de renda, promovendo sua inclusão social e econômica. Essas iniciativas incluem a criação de oportunidades de emprego, o apoio ao empreendedorismo solidário e o desenvolvimento de cooperativas sociais, que podem oferecer atividades laborais para essas pessoas.</p>
------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Fonte: Adaptado de “Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: MS. Altera as Portarias de Consolidação n.º 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html”.

É importante destacar que Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF) são desenvolvidas ações específicas para grupos de mulheres. O trabalho em grupo nestas unidades cria uma rede de apoio que facilita a formação de vínculos, a troca de experiências e o compartilhamento de informações, promovendo benefícios tanto para a saúde física como para a saúde mental das participantes. Essas ações são estruturadas em diversos eixos de atenção, incluindo gestação, parto e nascimento, saúde sexual e reprodutiva, climatério, atenção ginecológica e abortamento, bem como situações de violência e sofrimento psíquico. É essencial que cada mulher seja orientada a buscar esses cuidados em seus respectivos territórios.



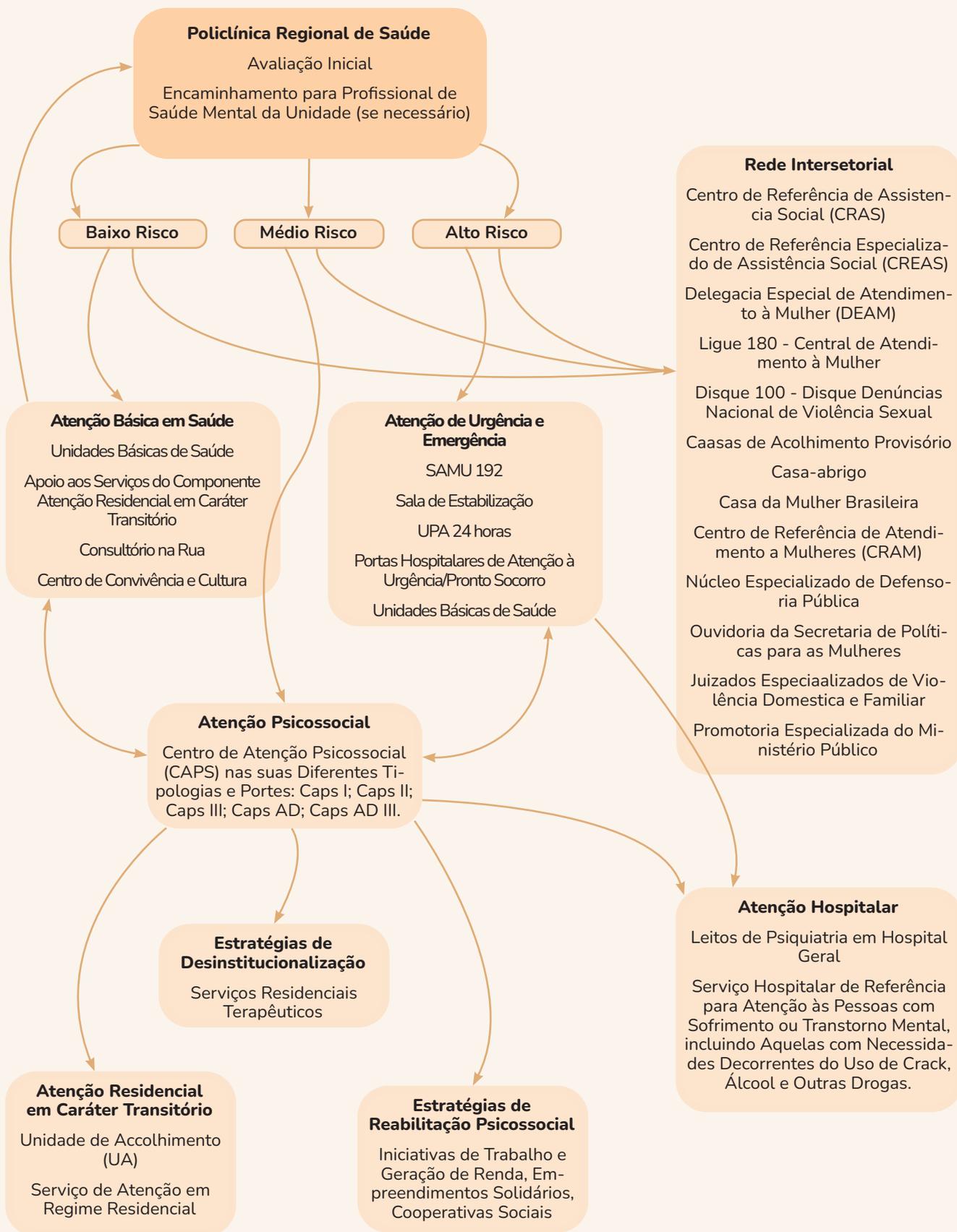
Fonte: Fiocruz, 2019

Exemplos de algumas ações que podem ser desenvolvidas nas UBS e USF:

- Grupos de apoio ao aleitamento materno;
- Acompanhamento de pré-natal e cuidados gestacionais;
- Programas de Educação para a Saúde Sexual e Reprodutiva;
- Planejamento familiar e contracepção;
- Grupos de prevenção e tratamento de doenças;
- Educação em saúde;
- Grupos de apoio psicológico.
- Terapias comunitárias integrativas.
- Ações de combate à violência doméstica.
- Atividades culturais e de integração social
- Rodas de conversa sobre empoderamento feminino e igualdade de gênero.

Além dos cuidados em saúde, a rede intersetorial desempenha um papel fundamental na garantia da integralidade do cuidado, através da identificação e a abordagem de fatores sociais, econômicos e culturais que impactam a saúde mental de mulheres.

11. Fluxograma de Encaminhamento para a RAPS



12. Considerações Finais

Essa tecnologia educativa visa sensibilizar profissionais das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia sobre a importância de uma escuta e prática clínica sensível às questões de gênero na abordagem ao sofrimento psíquico. Ao fazê-lo, busca-se qualificar a assistência em saúde prestada a essas mulheres, em diálogo com outras redes, reconhecendo as desigualdades e as violências que afetam sua saúde mental.

Para avançarmos na discussão sobre saúde mental de mulheres é preciso contestar a formulação “saúde mental da mulher” e no lugar propor “saúde mental e relações sociais de gênero”. Assim, se desarticula mulher enquanto ser biológico, presa a circuitos hormonais, presa a papéis tradicionais, e passam a ser considerados os sujeitos marcados por relações sociais de gênero e por experiências de sofrimento psíquico.

A adoção de um pressuposto epistemológico de gênero na saúde mental implica mudanças que vão desde a escuta e o acolhimento até o diagnóstico e estratégias de intervenção e tratamentos em saúde. Diante disso, enfatizamos a necessidade do uso da categoria gênero como uma dimensão organizadora da Política de Saúde Mental de mulheres no âmbito do SUS, reconhecendo e enfrentando as desigualdades vivenciadas por elas.

As políticas de saúde podem contribuir para a superação de obstáculos ao cuidado com a saúde, determinados pelas desigualdades de gênero, por meio de distintas estratégias. Talvez o primeiro passo seja reconhecer a impossibilidade das políticas serem “neutras” em relação a tais desigualdades: não responder a elas significaria contribuir para sua manutenção. Além disso, é necessário repensar a pressuposição de sujeitos universais nas práticas e políticas públicas de saúde. A especificidade das experiências individuais e coletivas não pode ser ignorada, e as dimensões interseccionais de gênero, raça e classe devem ser consideradas nas práticas de atenção à saúde. Ao fazê-lo, podemos evitar a reprodução de sexismo, racismo e classismo nos serviços de saúde.

Referências

- Alabdulla, M., Reagu, S. M., Kader, N., & Gad, E. (2022). Developing a gender sensitive women's mental health service in Qatar: A rewarding challenge. *Asian Journal of Psychiatry*, 68, 102969. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102969>. Acesso: 19 de abril de 2024.
- Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., & Tertilt, M. (2020). The impact of covid-19 on gender equality. *National Bureau of Economic Research*, 26947, 1-37. Disponível em: <https://www.nber.org/papers/w26947>. Acesso em: 13 de abril de 2024.
- Aquino, E. M. L. (2005). "Saúde do homem: uma nova etapa da medicalização da sexualidade?". *Ciência Saúde Coletiva*. Vol. 1, nº 10, p. 19-22.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS, 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>. Acesso em: 18 de abril de 2024.
- Barata, R. B. (2009). Relações de gênero e saúde: desigualdade ou discriminação?. In: A. A. P. Santana & C. E. S. Coimbra Jr. (Eds.), *Como e por que as desigualdades fazem mal para a saúde*. (p. 73-94). Disponível em: <https://books.scielo.org/id/48z26/pdf/barata-9788575413913-06.pdf>. Acesso em 16 de abril de 2024.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70.
- Bernieri, J., Korb, A., Hirdes, A., & Zanatta, L. (2023). Análise do consumo de psicofármacos por usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saud Pesq.*, 16(1), e-11363. E-ISSN 2176-9206. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2023/07/1438082/11363-publicacao-65505-2-10-20230526.pdf>. Acesso: 19 de abril de 2024.
- Borrell, C., Palència, L., Muntaner, C., Urquía, M., Malmusi, D., & O'Campo, P. (2014). Influence of Macrosocial Policies on Women's Health and Gender Inequalities in Health. *Epidemiologic Reviews*, 36(1), 31-48. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxt002>. Acesso: 19 de abril de 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2017). Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Brasília: MS. Altera as Portarias de Consolidação nº 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html.
- Bru, G. S. (2022). Medicalización, salud mental y género: perspectivas sobre el uso de psicofármacos por mujeres (Argentina). *Revista Katalysis*, Florianópolis, v.25, n. 3, p. 611-620. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2022.e85167>. Acesso em: 13 de abril de 2024.
- Butler, J. (2022). *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da de identidade*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cabezas-Rodríguez, A., Utzet, M., & Bacigalupe, A. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health? A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00207640211015708>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Caponi, S., Sevilla, J. M., & Amaral, L. H. (2023). O viés de gênero no discurso e nas intervenções psiquiátricas. *Revista Estudos Feministas*, 31(1). <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193055>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Carpena, M. X., Costa, F. D. S., Martins-Silva, T., Xavier, M. O., & Loret de Mola, C. (2020). Why Brazilian women suffer more from depression and suicidal ideation: a mediation analysis of the role of violence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(5), 469-474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0572>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Chilet-Rosell, E., & Hernández-Aguado, I. (2022). Resolver as disparidades de gênero na saúde, o que mais falta? *GacSanit*, 36(1), 45–47. Disponível: <https://www.gacetasanitaria.org/en-pdf-S0213911121001771>. Acesso em: 18 de abril de 2024.

Conselho Federal de Psicologia (CFP). (2012). Subsídios para a campanha “não à medicalização da vida: Medicalização da educação”. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia.

Costa-Júnior, F. M., Maia, A. C. B., & Couto, M. T. (2016). Gênero e cuidados em saúde: Concepções de profissionais que atuam no contexto ambulatorial e hospitalar. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, (23), 97-117. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2016.23.04.a>. Acesso em: 16 de abril de 2024.

Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos Feministas*, 10(1), 171-188. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em: 01 de abril de 2024.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Estocolmo: Institute for Future Studies.

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Ministério da Saúde. (2019). *Esquema Síntese da Atenção à Saúde das Mulheres*. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/saude_das_mulheres/. Acessado em: 18 de maio de 2024.

Franco, M. H. C., Fajardo, A. P., Cardoso, P. A. P., & Mello, E. D. (2021). Desigualdade de Gênero e Escuta Psi de Mulheres Atendidas na Atenção Básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 41(225110), 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225110>. Acesso em: 28 de dez. 2022.

Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Treichel, C. A. S., Andrade, A. P. M., Silva, M. S. S. J., Coimbra, V. C. C. (2019). Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 27(1), 60-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010071>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Keller, E. F. 2006. "Qual foi o impacto do feminismo na ciência". *Cadernos Pagu*. Vol. 27, nº 27, p. 13-34.

Laqueur, T. 2001. *Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.

Leitão, M. N. da C. (2015). Saúde, sexo e gênero: as (des)igualdades como desafios. *Rev Esc Enferm USP*, 49(1), 008-009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100001>. Acesso: 19 de abril de 2024.

Lorde, A. (2009). There is no hierarchy of oppressions. In: R. P. Byrd, J. B. Cole, & B. Guy-Sheftall (Eds.), *I am your sister: Collected and unpublished writings of Audre Lorde* (p. 219-220). Oxford University Press.

Maluf, S. W., & Tornquist, C. S. (Orgs.). (2010). *Gênero, saúde e aflição: Abordagens antropológicas*. Letras Contemporâneas.

Martins, A. P. V. 2004. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Fiocruz.

Mazon, M. da S., Amorim, B. M.; Brzozowski, F. S. (2023). Psicotrópico se declina no feminino: saúde mental e mundo digital em questão. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, 31(1): e93079. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2023v31n193079>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902008000200009>. Acesso em: 20 de abril de 2023.

Pereira, M. O. (2019). Psicofármacos e mulheres brasileiras: Sobre o que nos fala essa relação? *Portal Mad in Brasil: Ciência, psiquiatria e justiça social*. Recuperado de: <https://madinbrasil.org/2019/11/psicofarmacos-e-mulheres-brasileiras-sobre-o-que-nos-fala-essa-relacao/>.

Rohden, F. 2003. A construção da diferença sexual na medicina. *Cadernos de Saúde Pública*. Vol. 19, nº 2, p. 201-212.

Santos, L. S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicologia Clínica*, 30(1), 37-59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0103-56652018000100003. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20, (2), 71-99.

Sousa, C. C., & Araújo, T. M. (2024). Efeitos combinados de gênero, raça e estressores ocupacionais na saúde mental. *Rev Bras Saude Ocup*, 49, edepi12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/15222pt2024v49edepi12>. Acesso: 19 de abril de 2024.

Toribio-Caballero, S., Cardenal, V., Ávila, A., & Ovejero, M. (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, 38(1), 7-16. Epub 13 de junio de 2022. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v38n1/1695-2294-ap-38-01-7.pdf>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Vianna, C., & Diniz, G. R. S. (2014). Gênero, feminismos e saúde mental: implicações para a prática e pesquisa em psicologia clínica. In Zanello, V., & Andrade, A. P. M. (Orgs) (p. 81-106). Curitiba: Editora Appris.

Vieira, V. M. S. A. (2019). Reflexões sobre Saúde Mental, Vulnerabilidade e Interseccionalidade entre Estudantes em uma Universidade Pública Brasileira. [Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia]. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva. 95p.

Vieira, V. M. S. A., Torrenté, M. O. N. (2022). Saúde mental e interseccionalidade entre estudantes em uma universidade pública brasileira. *Interface (Botucatu)*, 26: e210674. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.210674>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

World Health Organization [WHO]. (2018). Salud de la mujer. Datos y cifras. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776. Acesso em: 13 de abril de 2024.

Zanello, V. (2014). Saúde Mental Sob o Viés de Gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. (pp. 41-58). Appris.

Zanello, V., Fiuza, G., Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>. Acesso em: 18 de jan. de 2024.

Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivo. Cultura e Processos de Subjetivação*. Curitiba: Appris.

À GUIA DE CONCLUSÃO

Este estudo teve como foco temático o sofrimento psíquico de mulheres cisgênero a partir de uma perspectiva de gênero. Mais especificamente, buscou-se analisar os atravessamentos dos discursos de gênero na configuração do sofrimento psíquico de mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde, localizada na região sudoeste da Bahia. A pesquisa foi desenvolvida com o intuito de responder à seguinte questão norteadora: quais as implicações dos discursos de gênero na produção do sofrimento psíquico de mulheres atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde do Estado da Bahia?

A análise da literatura científica dos últimos dez anos, que aborda a temática da saúde mental sob o viés de gênero, aponta que as normas e valores sociais de gênero, especialmente aqueles relacionados aos dispositivos amoroso e materno (Zanello, 2018), participam da formação das subjetividades de mulheres, criando pontos de vulnerabilidade psíquica. Os papéis socialmente impostos pela divisão sexual do trabalho, a sobrecarga gerada pelo trabalho reprodutivo, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, os relacionamentos afetivos, a violência doméstica, assim como as pressões para se adequar aos padrões de beleza socialmente prescritos estão entre os principais fatores relacionados ao sofrimento psíquico.

Os resultados alcançados nesta pesquisa corroboram a literatura ao demonstrar como as normas de gênero participaram do engendramento do sofrimento psíquico vivenciado pelas mulheres entrevistadas, destacando a interação interseccional com raça/cor e classe social. A análise das falas das participantes revela a persistência das normas de gênero que limitam suas oportunidades de acesso à educação, trabalho e renda, perpetuando desigualdades e violências estruturais. O entendimento do peso que os discursos de gênero exercem na configuração das dores e sofreres destas mulheres também se encontra explícito nas referências feitas às violências - físicas e simbólicas - no contexto das relações familiares, para que elas se adequassem aos papéis socialmente designados para mulheres.

Também se destacou a influência do dispositivo materno na configuração do sofrimento psíquico experienciado, em que a função do materno está associada à sua natureza reprodutiva, além da sobrecarga psíquica relacionada ao trabalho reprodutivo como um desdobramento da maternidade. Esse fenômeno reflete a divisão tradicional do trabalho, que direciona os homens à esfera produtiva, mais valorizada e remunerada. Na pesquisa, constatou-se que a maioria das participantes estava envolvida com o trabalho doméstico, sem, contudo, perceber a divisão de gênero subjacente, tal é a naturalização do cuidado como atribuição de mulheres.

De igual modo, os depoimentos apontaram para a centralidade do dispositivo amoroso heterossexual na construção identitária dessas mulheres, o que acarreta um significativo desempoderamento, produção de vulnerabilidade subjetiva e sofrimento, visto que dependem do reconhecimento e amor de um homem. As relações amorosas são descritas pelas participantes como relações assimétricas e marcadas pela escassez de reciprocidade no investimento afetivo por parte do parceiro, o que representa uma fonte de sofrimento psíquico para elas.

A presença da violência também foi um aspecto significativo nas vivências dessas mulheres, manifestando-se de diferentes formas. Por exemplo, a violência doméstica, que pode envolver ou não agressão física, mas que traz consigo tensões constantes no dia a dia para muitas delas, desempenhou um papel central em suas histórias e na análise fornecida. Além disso, a violência sexual foi destacada por várias participantes como um momento crucial em suas histórias pessoais, marcando o início do sofrimento psíquico.

À medida que essas mulheres expressaram suas vivências, atribuindo-lhes significado, seus relatos coletivos apontam para uma narrativa comum, em que a vivência da identidade de gênero parece estar associada à manifestação do sofrimento psíquico. Com frequência, o sofrimento vivenciado por mulheres é naturalizado, simplificado e traduzido como mero sintoma, resultando na prescrição de medicamentos em vez de cuidados que considerem a complexidade dos fatores envolvidos dentro de uma sociedade marcada por valores sexistas, racistas e capitalistas. Este estudo opõe-se a perspectivas reducionistas e que compreendem os problemas de saúde mental como inerentes à natureza feminina, ligados a flutuações hormonais ou a uma suposta vulnerabilidade biológica ao sofrimento.

Não se busca aqui fazer uma crítica direta aos medicamentos em si, mas sim questionar a tendência à medicalização. É possível tecer críticas sobre as suas limitações sem ignorar seus benefícios. Nos casos identificados neste estudo, prevaleceu um modelo de assistência à saúde mental baseado em intervenções individualizantes, onde a medicalização aparece como a primeira e, por vezes, a única abordagem de tratamento a ser utilizada. Tais estratégias podem inadvertidamente reforçar a manutenção do *status quo*, sem que as práticas discursivas que as forjaram sejam questionadas.

É preciso repensar a abordagem no campo da saúde mental, para além de uma visão estritamente biológica, e adotar uma perspectiva que compreenda o sofrimento psíquico em sua relação com fatores sociais, culturais, políticos e econômicos. A ciência e a prática clínica devem ser pensadas enquanto instrumentos políticos, estéticos e éticos, capazes de gerar novas

formas de poder, promovendo uma subversão crítica e a agência de novos modos de subjetivação. É possível que essa questão envolva tanto a falta de interesse do poder público quanto a ausência de um posicionamento ético-político claro por parte da Psicologia. Os serviços clínicos de psicologia não estão acessíveis para a maioria das pessoas em situação de baixa renda e são ainda mais escassos para mulheres que residem em regiões distantes das metrópoles, como é o caso de algumas das participantes desta pesquisa.

É necessário pensar novas formas de resistência, desafiando gestos que, em algum momento histórico, podem ter sido subversivos, mas que, devido à repetição excessiva, agora são apenas padrões cristalizados. Somente ao desafiar, questionar e criar problemas é que é possível efetuar transformações.

Explorar a relação entre gênero e sofrimento psíquico é uma tarefa desafiadora, o que implica reconhecer as limitações deste estudo, dada a complexidade do fenômeno investigado. Ao destacar a condição de gênero como um fator que engendra significações de sofrimento psíquico, não se pretende privilegiá-lo em detrimento de outros aspectos igualmente importantes, mas sim ampliar a compreensão sobre como as normas e expectativas de gênero podem influenciar tanto a vivência individual quanto social do sofrimento psíquico.

Assim, este trabalho buscou contribuir para uma abordagem que considere o gênero enquanto uma categoria analítica que deve ser adotada na produção de novos conhecimentos científicos, nas práticas em saúde, bem como no planejamento de políticas públicas voltadas para a saúde mental. No entanto, é importante reconhecer que o estudo apresenta algumas limitações. O tamanho amostral, bem como o fato de ter sido realizado em um contexto regional, não permite que seus resultados sejam generalizados.

Por outro lado, é pertinente questionar por que a maior parte dos estudos sobre a interseção entre saúde mental e gênero se limita predominantemente a vivências de mulheres na região sudeste do país. Poucos estudos são realizados nas regiões norte e nordeste. Portanto, fazem-se necessárias mais investigações que capturem a diversidade de experiências vivenciadas por mulheres em diferentes contextos geográficos e culturais, permitindo conhecer os fatores que influenciam a saúde mental, a fim de implementar políticas públicas que promovam a equidade de gênero.

REFERÊNCIAS

- Agamben, G. (2005) *O que é um Dispositivo?* Revista Outra Travessia, n. 5. Ilha Santa Catarina. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/Outra/article/view/12576/11743>. Acesso em: 05 out. 2023.
- Akotirene, C. (2019). *Interseccionalidade*. São Paulo: Sueli Carneiro; Pólen.
- Alon, T., Doepke, M., Olmstead-Rumsey, J., & Tertilt, M. (2020). The impact of covid-19 on gender equality. *National Bureau of Economic Research*, 26947, 1-37. Disponível em: <https://www.nber.org/papers/w26947>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Alves, T. M. (2017). Gênero e saúde mental: algumas interfaces. *ComTextos*, 2(3), 1-22. Disponível em: <http://cics.uminho.pt/wp-content/uploads/2011/07/contextos-s%C3%A9rie-2-n%C2%BA-31.pdf>. Acesso em: 15 de jan. de 2024.
- Alves, T. M. (2018). Itinerários de adoecimento psíquico entre mulheres diagnosticadas com doença mental: uma abordagem de gênero. In: *X Congresso Português de Sociologia: Na era da “pós-verdade”? Esfera pública, cidadania e qualidade da democracia no Portugal contemporâneo*. Disponível em: https://aps.pt/wp-content/uploads/X_Congresso/Sa%C3%BadeXAPS-66256.pdf. Acesso em: 15 de jan. de 2024.
- Andrade, A. P. M. de. (2010). O gênero no movimento da reforma psiquiátrica. In S. W. Maluf & C. S. Tornquist (Eds.), *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (pp. 273-293). Santa Catarina: Letras Contemporâneas.
- Andrade, A. P. M. (2014). (Entre) Laçamentos Possíveis entre Gênero e Saúde Mental. In V. Zanello & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. (pp. 59-77). Appris.
- Araújo, T. M., Pinho, P. S., & Almeida, M. M. G. (2005). Prevalência de transtornos mentais comuns em mulheres e sua relação com as características sociodemográficas e o trabalho doméstico. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5(3), 337-348. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292005000300010>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS, 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34(1), 61-67. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Bacigalupe, A., González-Rábagoa, Y., & Jiménez-Carrillo, M. (2022). Desigualdad de género y medicalización de la salud mental: factores socioculturales determinantes desde el análisis de percepciones expertas. *Atención Primaria*, 54, 1-10. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.222.102378>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: O mito do amor materno* (8ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Bahia. (2017). Manual de acesso aos serviços de Apoio Diagnóstico e Tratamento das Policlínicas Regionais de Saúde do Estado da Bahia. Salvador, BA. Disponível em: <http://www.igapora.ba.gov.br/arquivos/fotos/184405201728111.pdf>. Acesso em: 23 de dez. de 2023.

- Barbosa, L. B. (2013). *Mulheres em situação de violência e atenção em saúde mental: um estudo no município de Natal (RN)*. [Dissertação de Mestrado em Psicologia, Sociedade e Qualidade de Vida, Universidade Federal do Rio Grande do Norte]. Repositório Institucional UFRN.
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo*. (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70.
- Barros, I. R. (2022). *As Interfaces entre sofrimento psíquico e gênero: uma revisão de escopo. Trabalho de conclusão de Curso*. [Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos]. Repositório Institucional da Universidade Federal de São Carlos. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/handle/ufscar/16074>. Acesso em: 15 de jan. de 2024.
- Barros, S. C. V., & Mourão, L. (2018). Panorama da Participação Feminina na Educação Superior no Mercado de Trabalho e na Sociedade. *Psicologia & Sociedade*, 30(174090), 1-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2018v30174090>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Batista, M. K. B., Gomes, W. S., & Villacorta, J. A. M. (2022). Abuso sexual contra crianças: construindo estratégias de enfrentamento na Atenção Primária à Saúde em um município da região metropolitana do Recife. *Saúde Debate*, 46(Especial 5), 208-220. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/sdeb/2022.v46nspe5/208-220/pt>. Acesso em: 11 de jan. de 2024.
- Bigliardi, A. M., Antunes, M. C., & Wanderbroocke, A. C. N. S. (2016). O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. *Boletim - Academia Paulista de Psicologia*, 36(91), 262-285. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1415-711X2016000200003. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Borelli, V., & Dias, M. S. M. (2016). Narrativas privadas em espaços públicos digitais: relatos de estupro na página Projeto Fênix no Facebook. *Razón Y Palabra*, 20(3-94), 1153–1169. Disponível em: <https://revistarazonypalabra.org/index.php/ryp/article/view/798>. Acesso em: 13 de jan. de 2024.
- Brito, J. C. S., Eulália, M. C. E., & Júnior, E. G. S. (2020). A Presença de Transtorno Mental Comum em Mulheres em Situação de Violência Doméstica. *Contextos Clínicos*, 13(1), 198-220. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1983-34822020000100011. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Butler, J. (2019). Violência, Luto, Política. In: Butler, J. (2019). *Vida precária: os poderes do luto e da violência*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica Editora, p. 26-50. [tradução Andreas Lieber; revisão técnica Carla Rodrigues].
- Butler, J. (2022). *Problemas de Gênero. Feminismo e subversão da de identidade*. 22ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Cabezas-Rodríguez, A., Utzet, M., & Bacigalupe, A. (2021). Which are the intermediate determinants of gender inequalities in mental health? A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(8), 1-21. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/00207640211015708>. Acesso em: 26 de dezembro de 2023.

- Campos, I. O., & Zanello, V. (2016). Saúde Mental e Gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. *Vivência: Revista de Antropologia*, 1(48), 105-118. Disponível em: <https://doi.org/10.21680/2238-6009.2016v1n48ID11505>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Campos, J. O., Ramalho, W. M., & Zanello, V. (2017). Saúde mental e gênero: O perfil sociodemográfico de pacientes em um centro de atenção psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 22(1), 68-77. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20170008>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Carpena, M. X., Costa, F. D. S., Martins-Silva, T., Xavier, M. O., & Loret de Mola, C. (2020). Why Brazilian women suffer more from depression and suicidal ideation: a mediation analysis of the role of violence. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 42(5), 469-474. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2019-0572>. Acesso em: 23 de dezembro de 2023.
- Cerqueira, D., Ferreira, H., Bueno, S., Alves, P. P., Lima, R. S., Marques, D., Silva, F. A. B., Lunelli, I. C., Rodrigues, R. I., Lins, G. de O. A., Armstrong, K. C., Lira, P., Coelho, D., Barros, B., Sobral, I., Pacheco, D., & Pimentel, A. (2021). Atlas da Violência 2021. *São Paulo: FBSP*. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Costa, M. G. S. G., Dimenstein, M. D. B., & Leite, J. F. (2014). Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas. *Estudos de Psicologia*, 19(2), 89-156. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2014000200007>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Dantas, E. S. O., Meira, K. C., Bredemeier, J., & Amorim, K. P. C. (2023). Suicídio de mulheres no Brasil: necessária discussão sob a perspectiva de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(5), 1469-1477. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232023285.16212022>. Acesso em: 03 de dez. de 2023.
- Dantas, G. C. S. (2016). *Depressão e gênero: análise da produção bibliográfica brasileira e das vivências de mulheres do Distrito Federal*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília]. Repositório Institucional da Universidade de Brasília. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/22258>. Acesso em: 28 de jan. de 2024.
- Davis, A. (2016). *Mulheres, Raça e Classe*. São Paulo: Boitempo.
- Diniz, C. V. G. (2014). Gênero, Feminismos e Saúde Mental: implicações para a prática e a pesquisa em Psicologia Clínica. In: V. Zanello & A. P. M. Andrade (Orgs.). *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.
- Dunker, C. (2015). *Mal-estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. 1ª ed. São Paulo: Boitempo.
- Dunker, C. (2017). *Reinvenção da intimidade: Políticas do sofrimento cotidiano*. 1ª ed. São Paulo: Ubu.
- Fontanella, B. J. J. B., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 17-27. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. Acesso em: 28 ago. 2023.

- Fórum Brasileiro de Segurança Pública [FBSP]. (2023). *17º Anuário Brasileiro de Segurança Pública*. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2023/07/anuario-2023.pdf>. Acesso em: 14 jan. de 2024.
- Fórum Brasileiro de Segurança Pública. (2021). *Visível e invisível: a vitimização de mulheres no Brasil* (3ª ed.). FBSP.
- Foucault, M. (2006). *Estratégia saber e poder*. Coleção: Ditos & Escritos IV. (Motta, M. B. da. Org. e Seleção, & Ribeiro, V. L. A. Trad.) 2ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2023). *Microfísica do Poder*. 15ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Franco, M. H. C., Fajardo, A. P., Cardoso, P. A. P., & Mello, E. D. (2021). Desigualdade de Gênero e Escuta Psi de Mulheres Atendidas na Atenção Básica. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 41(225110), 1-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003225110>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia* 14(28), 139-152. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2004000200004>. Acesso em: 15 de jan. de 2024.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Hirata, H. (2014). Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Dossiê - Trabalho e Gênero: Controvérsias, Tempo soc.* 26(1), p.61-73. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-20702014000100005>. Acesso em: 07 de fev. de 2024.
- Hosang, G., & Bhui, K. (2018). Gender discrimination, victimization and women's mental health. *The British Journal of Psychiatry*, 213(6), 682-684. Disponível em: <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.244>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2020). *Em média, mulheres dedicam 10,4 horas por semana a mais que os homens aos afazeres domésticos ou ao cuidado de pessoas*. Agência IBGE Notícias. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-denoticias/releases/27877-em-media-mulheres-dedicam-10-4-horas-por-semana-a-mais-que-os-homens-aos-afazeres-domesticos-ou-ao-cuidado-de-pessoas>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Kantorski, L. P., Jardim, V. M. R., Treichel, C. A. S., Andrade, A. P. M., Silva, M. S. S. J., Coimbra, V. C. C. (2019). Gênero como marcador das relações de cuidado informal em saúde mental. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 27(1), 60-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201900010071>. Acesso em: 21 de jan. de 2024.
- Kantorski, L. P., Machado, R. A., Santos, C. G., Couto, M. L. O., & Ramos, C. I. (2020). Análise de Gênero dos Conteúdos de Vozes que os Outros não Ouvem. *Psicologia em Estudo*, 25(e49973), 1-19. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.49973>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Lauretis, T. (1994). A tecnologia do gênero. In H. Hollanda (Org.), *Tendências e impasses: o feminismo como crítico da cultura*. (p. 206-241). Rio de Janeiro: Rocco.
- Leite, J. F., Dimenstein, M., Dantas, C. B., Silva, E. L., Macedo, J. P. S., & Sousa, A. P. (2017). Condições de vida, saúde mental e gênero em contextos rurais: um estudo a

- partir de assentamentos de reforma agrária do Nordeste brasileiro. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 35(2), 301-316. Disponível em: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.4768>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Lerner, G. (2019). *A Criação do Patriarcado: História da Opressão das Mulheres pelos Homens*. São Paulo: Cultrix.
- Lima, A. F., Farias, M. G., & Plutarco, L. W. (2017). A metamorfose da identidade de vítimas de estupro. *Salud & Sociedad*, 8(3), 264-274. Disponível em: <http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/52452>. Acesso em: 13 de jan. de 2024.
- Medeiros, M. P., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estudos e Pesquisa em Psicologia*, 18(1), 384-403. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S1808-42812018000100021. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Minayo, M. C. S. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (21ª ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Minayo, M. C. S. (2012). *Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Acesso em 23 de março de 2024.
- Moreira, L. E., & Oliveira, R. G. (2022). Maternidade e Política: Tempos, contratempos e revoluções. *Psicologia e Sociedade*, 34(e237240), 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2022v34236930>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Oliveira, L. (2020). A sexualidade feminina no Brasil: Controle do corpo, vergonha e má-reputação. *Revista Direito e Sexualidade*, 1(2), 99-117. Disponível em: <https://doi.org/10.9771/revdirsex.v1i2.42440>. Acesso em: 08 de jan. de 2024.
- Oliveira, M. R. L. G., & Pereira, A. L. (2021). “Disputar a ‘nega’”: Uma análise da expressão popular na perspectiva dos estudos de gênero, discurso, raça e classe social. *Dossiê Trabalho em Linguística Aplicada*, 1(60), 96-104. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/01031813916061420201029>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Oliveira-Aising, D., Boettcher-Jeldres, M., Muñoz-Sepúlveda, C., Obando-Obando, C., & Oliva-Esparza, T. (2022). Narrativas de mujeres de mediana edad: Reflexiones sobre los estereotipos de género en la construcción del cuerpo y elecciones ocupacionales. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 30(3277), 1-20. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO250432773>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Palma, L., Richwin, I. F., & Zanello, V. (2020). Dispositivos de subjetivação e sofrimento das mulheres: para uma escuta gendrada das emoções no campo da psicoterapia. *Caderno Espaço Feminino*, 33(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/CEF-v33n2-2020-6>. Acesso em: 06 de jan. de 2024.
- Previn, D. (1972). Mão Esquerda Perdida. In Kolbenschlang, M. (Ed.), *Adeus, Bela Adormecida: a revisão do papel da mulher nos dias de hoje* (pp. 118 -120). São Paulo: Saraiva.
- Rago, M. (2019). “Estar na hora do mundo”: subjetividade e política em Foucault e nos feminismos. *Interface* 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180515>. Acesso em: 01 de mar. de 2024.

- Rodrigues, C. (2005). Butler e a Desconstrução de Gênero. *Estudos Feministas*, Florianópolis, n. 13, v. 1, p. 179-183. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/c9SgKfQhGsFfZZqkGqBLqQh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2023.
- Rodrigues, T. F. (2015). Desigualdade de Gênero e Saúde: Avaliação de políticas de atenção à saúde da mulher. *Revista Cantareira*, (22), 203-216. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/cantareira/article/view/27794>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Rosa, M. D. (2016). *A clínica psicanalítica em face da dimensão sociopolítica do sofrimento*. São Paulo: Escuta/FAPESP.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática x revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Safatle, V. (2015). Prefácio: depois dos muros de Alphaville, o mato. In: Dunker, C. *Mal-estar, Sofrimento e Sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros*. (2015). 1ª ed. São Paulo: Boitempo, p. 9-12.
- Safatle, V. (2021). A economia é a continuação da psicologia por outros meios: sofrimento psíquico e o neoliberalismo como economia moral. In: Safatle, V.; Junior, N. S.; Dunker, C. (Orgs.). (2021). *Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico*. 1ª ed. Belo Horizonte: Autêntica.
- Santos, A. M. C. C. dos. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/630/63011692018.pdf>. Acessado em: 27 de dez. de 2023.
- Santos, L. S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicologia Clínica*, 30(1), 37-59. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&id=S0103-56652018000100003. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Schraiber, L. B., de Aguiar, J. M., Graglia, C. G. V., Pereira, S., & Lima, N. P. (2023). Violência sexual contra mulheres por parceiro íntimo e desigualdade de gênero na voz dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, 27, e220656. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220656>. Acesso em: 11 de jan. de 2024.
- Scott, J. (1995). Gênero: Uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>. Acesso em: 26 de dez. de 2023.
- Silva, S. A., Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C. Vianna, R. P. T., & Anjos, U. U. (2015). Análise da Violência Doméstica na Saúde das Mulheres. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182-186. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.7322/JHGD.103009>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Silva, T., & Dornelas, R. (2022). O estupro em debate: acontecimento e violência sexual contra uma adolescente. *Galáxia (São Paulo, online)*, 47, 1-24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-2553202254233>. Acesso em: 11 de jan. de 2024.

- Tavero, I. L., García, E. G., Seda, J. M., Serrano, R. R., Cabrera, I. M. C., & Rodríguez, A. A. (2018). La perspectiva de género en las opiniones y discursos de las mujeres sobre el cuidado. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, 52(03370), 1-7. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017009403370>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- Toribio-Caballero, S., Cardenal, V., Ávila, A., & Ovejero, M. (2022). Gender roles and women's mental health: their influence on the demand for psychological care. *Anales de Psicología*, 38(1), 7-16. Epub 13 de junio de 2022. Disponível em: <https://scielo.isciii.es/pdf/ap/v38n1/1695-2294-ap-38-01-7.pdf>. Acesso em: 28 de dez. de 2023.
- Vieira, J., Anido, I., & Calife, K. (2022). Mulheres profissionais da saúde e as repercussões da pandemia da Covid-19: É mais difícil para elas? *Saúde em Debate*, 46(132), 47-62. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213203>. Acesso em: 28 de dez. 2022.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Salud de la mujer. Datos y cifras*. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>. Acesso em: 23 de dez. de 2023.
- Yin, R. K. (2001). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. Porto Alegre, RS: Bookman.
- Yu, S. (2018). Uncovering the hidden impacts of inequality on mental health: a global study. *Translational Psychiatry*, 8, 98. Disponível em: <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0148-0>. Acesso em: 05 de jan. de 2024.
- Zanello, V., & Gomes, T. (2010). Xingamentos masculinos: a falência da virilidade e da produtividade. *Caderno Espaço Feminino*, 23 (1/2), 265-280. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/neguem/article/view/7615>. Acesso em: 19 de janeiro de 2024.
- Zanello, V., Fonseca, G. M. P., & Romero, A. C. (2011). Entrevistas de Evolução Psiquiátricas: entre a “Doença Mental” e a Medicalização. *Mental, Ano IX, Nº 17*, p. 621-640. Barbacena-MG. Disponível em: <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/19506>. Acesso em: 04 de janeiro de 2024.
- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2012). Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Revista Labrys Estudos Feministas*, 20-21. Disponível em: http://icts.unb.br/jspui/bitstream/10482/19544/3/ARTIGO_LoucuraCulturaEscuta.pdf. Acesso em: 04 de jan. de 2024.
- Zanello, V., & Romero, A. C. (2012). "Vagabundo" ou "vagabunda"? Xingamentos e relações de gênero. *Revista Labrys Estudos Feministas*. v. 22. jul-dez. Disponível em: <https://www.labrys.net.br/labrys22/libre/valeskapt.htm>. Acesso em: 19 de jan. de 2024.
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745/776. Acesso em: 28 de dez. de 2023.
- Zanello, V. (2014). Saúde Mental Sob o Viés de Gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello & A. P. M.

- Andrade (Orgs.), *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. (pp. 41-58). Appris.
- Zanello, V., Fiuza, G., Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0292/1483>. Acesso em: 18 de jan. de 2024.
- Zanello, V. (2016). Dispositivo materno e processos de subjetivação: desafios para a psicologia. In V. Zanello & M. Porto (Eds.), *Aborto e (não) desejo de maternidade(s): questões para a psicologia* (pp. 103-122). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Zanello, V. (2018). *Saúde Mental, Gênero e Dispositivo. Cultura e Processos de Subjetivação*. Curitiba: Appris.
- Zanello, V. (2019). Saúde mental e gênero. In: Veiga, A.; Nichnig, C. R.; Wolff, C. S. & Zandoná, J. (Orgs.), *Mundos de mulheres no Brasil* (p. 327-336). Curitiba: Editora CRV. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/193579>. Acesso em: 17 de jan. de 2024.
- Zanello, V. (2020). Masculinidades, cumplicidade e misoginia na "Casa dos Homens": Um estudo sobre os grupos de WhatsApp masculinos no Brasil. In L. Ferreira (Org.), *Gênero em perspectiva* (pp. 79-102). Curitiba: CRV.
- Zanello, V., Antloga, C., Pfeiffer-Flores, E., & Richwin, I. F. (2022). Maternidade e cuidado na pandemia entre brasileiras de classe média e média alta. *Revista Estudos Feministas*, 30(2), 1-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2022v30n286991>. Acesso em: 13 de jan. de 2024.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia

Instituto Multidisciplinar em Saúde - *Campus* Anísio Teixeira

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Título da pesquisa: “Interfaces entre Gênero e Sofrimento Psíquico nas Vivências de Mulheres Atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde”.

CAEE Nº _____.

Nome da Pesquisadora Responsável: Suely Aires Pontes (UFBA)

Demais pesquisadores(as) da equipe: Edilene Magalhães Nunes (Mestranda)

Nome do participante da pesquisa: _____.

Você está sendo convidada a participar como voluntária da pesquisa intitulada “Interfaces entre Gênero e Sofrimento Psíquico nas Vivências de Mulheres Atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde”. Este documento que você está lendo chama-se Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), visa assegurar seus direitos como participante, sendo elaborado em duas vias. Caso decida participar da pesquisa, uma deverá ficar com você e outra com a pesquisadora. Por favor, leia com calma e atenção, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com as pesquisadoras. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

Objetivo e Justificativa: A pesquisa tem como objetivo analisar como os discursos de gênero presentes na sociedade podem afetar a saúde mental das mulheres. A sua realização se justifica pela necessidade de contribuir com os estudos acerca da saúde mental de mulheres na perspectiva de gênero, assim como pela necessidade de ampliar o acesso de mulheres em

situação de sofrimento psíquico a serviços de saúde mental, através da proposta de construção de um instrumento de direcionamento para o cuidado, a ser adotado pela equipe multiprofissional da Policlínica Regional de Saúde, que vise o reconhecimento e encaminhamento dessas mulheres para o serviço de Psicologia da instituição.

Procedimento: A pesquisa será realizada por meio do preenchimento de um questionário sociodemográfico e da realização de uma entrevista individual, com um roteiro (perguntas) elaborado anteriormente. Você deverá responder de forma aberta às perguntas feitas pela(s) pesquisadora(s), ou ainda, recusar a responder caso não queira ou não se sinta à vontade. A entrevista não terá limite de duração, podendo ser interrompida (parada) a qualquer momento por você. Se aceitar participar da pesquisa, sua fala será registrada em um aparelho celular *smartphone*, com função de gravador portátil, mas somente após o seu consentimento.

Riscos e benefícios: A participação nesta pesquisa representa riscos mínimos às participantes, inerentes ao procedimento da entrevista. Poderá mobilizar algum desconforto emocional como constrangimento, ansiedade ou angústia decorrente da situação de interação com a entrevistadora. Ademais, o assunto abordado poderá trazer à tona vivências que levem a uma desorganização emocional. Diante de tais situações, a entrevista será interrompida e será prestada assistência imediata através do acolhimento e oferta de suporte emocional à participante, visto que a pesquisadora é também psicóloga. Será realizada ainda orientação e encaminhamento para outros pontos da rede de cuidado, caso se mostre necessário. Caso sinta algum desconforto físico ou psicológico você poderá desistir da pesquisa, a qualquer momento.

Com a realização da pesquisa as participantes, assim como todas as mulheres atendidas pela Policlínica Regional de Saúde, serão beneficiadas com a produção de um instrumento de direcionamento para o cuidado que visa o reconhecimento de mulheres em sofrimento psíquico, a fim de que as mesmas sejam encaminhadas para atendimento psicológico e, conseqüentemente, tenham acesso ao cuidado em saúde mental. De forma indireta, a pesquisa contribuirá para aprofundar o conhecimento sobre as questões de gênero presentes no adoecimento psíquico de mulheres, colaborando tanto para o embasamento teórico quanto para a prática de profissionais da saúde.

Sigilo e Privacidade: a manutenção do sigilo e privacidade das participantes é garantida, mesmo após o término da pesquisa, mediante o uso de codinomes (nomes falsos) para

impossibilita a sua identificação. Da mesma forma, os dados resultantes dos questionários e entrevistas serão guardados em meio digital por 05 (cinco) anos, em local sigiloso, protegido por senha que apenas as pesquisadoras terão acesso. Poderá ser necessária a utilização do seu depoimento para fins científicos e de estudos, em favor das pesquisadoras acima especificadas, mas somente com a sua autorização. Os resultados encontrados também serão divulgados em publicações futuras, mas apenas as pesquisadoras terão conhecimento da sua identidade, sendo garantido total sigilo e anonimato sobre você. É garantido ainda que você tenha acesso aos resultados com as pesquisadoras. Sempre que quiser, poderá pedir informações sobre a pesquisa com as pesquisadoras do projeto e, para quaisquer dúvidas éticas, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa. Os contatos estão descritos no final deste termo.

Ressarcimento e Indenização: Sua participação é voluntária, sem nenhuma recompensa financeira, bem como sem nenhum custo, e você terá liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem nenhum prejuízo, não sendo necessárias explicações. É garantido ainda o seu direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Este documento foi elaborado em duas vias de igual teor, que serão assinadas e rubricadas em todas as páginas, uma das quais ficará com você e a outra com a pesquisadora.

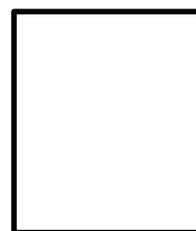
Após estes esclarecimentos, convido você para participar da pesquisa de forma livre, pedindo seu consentimento.

- () “Sim, autorizo a coleta e divulgação da minha voz”;
- () “não, não autorizo a coleta e divulgação da minha voz”.

Brumado/BA, _____ de _____ de _____.

Assinatura da Participante da Pesquisa

Impressão do dedo polegar, caso não saiba assinar.



Responsabilidade do Pesquisador: A pesquisadora declara que o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assim como o projeto de pesquisa, estão em conformidade

com as exigências das Resoluções 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Assegura ainda ter explicado e fornecido uma via deste documento, assinado pela pesquisadora, à participante da pesquisa. Informa que o estudo foi aprovado pelo CEP e compromete-se a utilizar o material e os dados obtidos exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pela participante.

Assinatura da Pesquisadora responsável pela aplicação do TCLE

Pesquisador Responsável:

Suely Aires Pontes (orientadora) – Endereço: Rua Aristides Novis, 197 – Estrada de São Lázaro – Salvador- BA. CEP 40.210-730. E-mail: suely.aires@ufba.br. Tel: (71) 98181.0759.

Demais pesquisadores da equipe de pesquisa:

Edilene Magalhães Nunes (mestranda) – Rua Israel Dias de Oliveira, 22 – Santa Teresa CEP. 46.100-000 –Brumado/BA – E-mail: edilenenunespsi@hotmail.com - Tel. (77) 99801-5752.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde (CEP-SERES HUMANOS - IMS/CAT - UFBA)

Instituto Multidisciplinar em Saúde – Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Rua Hormindo Barros, 58, Quadra 17, Lote 58 - Bairro Candeias | CEP: 45.029-094. Fone: 55 77 34292720 | Vitória da Conquista - BA | Brasil. E-mail: cepims@ufba.br

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto Multidisciplinar em Saúde - UFBA é um Colegiado Interdisciplinar independente que visa à análise, julgamento e acompanhamento de projetos de pesquisa e extensão em que haja o envolvimento de seres humanos. Criado com o intuito de defender os interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade, e também, contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões ético-científicos garantindo os princípios de autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça, privacidade e confidencialidade.

Apêndice B – Questionário Sociodemográfico



Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde - *Campus* Anísio Teixeira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

QUESTIONÁRIO DE PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____.

Idade: _____.

Endereço: _____.

Telefone: (____) _____.

E-mail: _____.

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Cor/Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Preta () Parda

Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () União Estável () Viúva

Orientação Sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Assexual
() Pansexual

Religião: _____.

Grau de Escolaridade:

Ensino Fundamental () Completo () Incompleto

Ensino Médio () Completo () Incompleto

Ensino Superior () Completo () Incompleto

Pós graduação () Especialização () Mestrado

() Doutorado () MBA

Ocupação: _____.

Renda Individual:

- Até 1 salário-mínimo Até 2 salários-mínimos Até 3 salários-mínimos
 Até 4 salários-mínimos Mais de 4 salários-mínimos Sem renda

Com quem mora atualmente:

- Sozinha Cônjuge/Companheiro(a) Pai Mãe
 Filho Parentes Amigos Outros:_____.

Renda Familiar:

- Até 1 salário-mínimo Até 2 salários-mínimos Até 3 salários-mínimos
 Até 4 salários-mínimos Mais de 4 salários-mínimos

OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTES:

Brumado, _____ de _____ de _____.

Participante

Apêndice C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada



Universidade Federal da Bahia
Instituto Multidisciplinar em Saúde - *Campus* Anísio Teixeira
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

1. Quais os desafios você enfrenta ou já teve de enfrentar por ser mulher?
1. O que te levou a procurar tratamento com uma psicóloga ou psiquiatra? Como você se sentia naquele momento? E atualmente como se sente?
2. Em sua opinião, o que você acha que pode ter levado a esse quadro de sofrimento psíquico?
3. Você fez ou faz uso de alguma medicação psiquiátrica?
4. Você gostaria de acrescentar algo?

ANEXOS

Anexo A - Comprovantes de Submissão

📧 Você encaminhou esta mensagem em Qui, 19/10/2023 07:06

C CECILIA MARIA BACELLAR SARDENBERG
Para: Você ↩️ ↶️ ↷️ ⋮
Qua, 18/10/2023 21:29

Edilene Magalhães Nunes:

Obrigado por submeter o manuscrito, "SAÚDE MENTAL DE MULHERES SOB O ENFOQUE DE GÊNERO: : UMA REVISÃO DE LITERATURA" ao periódico Revista Feminismos. Com o sistema de gerenciamento de periódicos on-line que estamos usando, você poderá acompanhar seu progresso através do processo editorial efetuando login no site do periódico:

URL da Submissão: <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos/authorDashboard/submission/57266>
Usuário: edilenenunes

Se você tiver alguma dúvida, entre em contato conosco. Agradecemos por considerar este periódico para publicar o seu trabalho.

CECILIA MARIA BACELLAR SARDENBERG
Revista Feminismos feminismos.neim@ufba.br <https://periodicos.ufba.br/index.php/feminismos>

57266 / Magalhães Nunes et al. / SAÚDE MENTAL DE MULHERES SOB O ENFOQUE DE GÊNERO: Biblioteca da Submissão

Fluxo de Trabalho **Publicação**

Submissão **Avaliação** Edição de Texto Editoração

Arquivos da Submissão Q. Buscar

▶	📄 225143-2 Artigo01.docx (2)	outubro 18, 2023	Texto do Artigo
---	------------------------------	------------------	-----------------

[Baixar Todos os Arquivos](#)

Discussão da pré-avaliação [Adicionar comentários](#)

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Nenhum item				

Anexo B - Comprovante de Submissão

 Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia via Psicologia e Saúde <pen-bounces@emnuvens.com.br>
Para: Você ↩ ↶ ...
Sáb, 12/10/2024 23:16

Edilene Magalhães Nunes,

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "Gênero e Sofrimento Psíquico nas Vivências de Mulheres Atendidas em uma Policlínica Regional de Saúde" para Revista Psicologia e Saúde. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/authorDashboard/submission/3036>
Login: edilenenunes

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Programa de Pós-graduação Mestrado e Doutorado em Psicologia
_____ Psicologia e Saúde <https://www.pssa.ucdb.br/pssa>

↩ Responder → Encaminhar

Submissões

Fila 1 Arquivos 1 Ajuda

Minhas Submissões Designadas Filtros Nova Submissão

3036 **Nunes et al.** 1 Submissão Visualizar ^

1 Discussões abertas

Última atividade registrada em sábado, 12 de outubro de 2024.