

ESCOLA DE HUMANIDADES  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**SOB O FIO DA NAVALHA: A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES A PARTIR DA PERSPECTIVA  
DE CLASSE SOCIAL, GÊNERO E RAÇA E/OU ETNIA**

Porto Alegre  
2019

PÓS-GRADUAÇÃO - *STRICTO SENSU*



Pontifícia Universidade Católica  
do Rio Grande do Sul

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
ESCOLA DE HUMANIDADES

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**SOB O FIO DA NAVALHA: A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DE CLASSE SOCIAL, GÊNERO E RAÇA E/OU ETNIA**

PORTO ALEGRE  
2019

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**SOB O FIO DA NAVALHA: A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DE CLASSE SOCIAL, GÊNERO E RAÇA E/OU ETNIA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Serviço Social, à Escola de Humanidade da Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Maria Isabel Barros Bellini

PORTO ALEGRE  
2019

## **Ficha Catalográfica**

B694s Bolzan, Liana de Menezes

Sob o Fio da Navalha : A Saúde Mental das Mulheres a partir da  
Perspectiva de Classe Social, Gênero e Raça e/ou etnia / Liana  
de Menezes Bolzan. – 2019.

150.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Serviço  
Social, PUCRS.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Isabel Barros Bellini.

1. Saúde Mental. 2. Mulheres. 3. Gênero. 4. Raça e/ou etnia. 5.  
Classe social. I. Bellini, Maria Isabel Barros. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da PUCRS  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Bibliotecária responsável: Clarissa Jesinska Selbach CRB-10/2051

LIANA DE MENEZES BOLZAN

**SOB O FIO DA NAVALHA: A SAÚDE MENTAL DAS MULHERES A PARTIR DA  
PERSPECTIVA DE CLASSE SOCIAL, GÊNERO E RAÇA E/OU ETNIA**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Serviço Social, à Escola de Humanidade da Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovado em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

\_\_\_\_\_  
Profª Dra. Maria Isabel Barros Bellini (Orientadora/PUCRS)

\_\_\_\_\_  
ProfªDra.  
Patrícia Krieger Grossi (PUCRS)

\_\_\_\_\_  
ProfªDrª Claudia Weyne Cruz

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

PORTO ALEGRE  
2019

Dedico esta tese a todas as mulheres que vivem na constante dança na corda bamba, em busca de equilíbrio sob o fio da navalha, no contexto de uma sociedade capitalista, patriarcal e racista.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEPSS	Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSAD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CID -10	10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DSM-IV	4ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Psiquiátrica Americana
DST	Doença Sexualmente Transmissível
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LGBT	Lésbicas, Gay, Bissexuais, Travestis e Transsexuais
LGBTQI	Lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, transgêneros, Queers e intersexo
MS	Ministério da Saúde
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONGs	Organizações não governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

## Mulheres Negras

Enquanto o couro do chicote cortava a carne  
A dor metabolizada fortificava o caráter  
A colônia produziu muito mais que cativos  
Fez heroínas que pra não gerar escravos, matavam os filhos  
Não fomos vencidas pela anulação social  
Sobrevivemos à ausência na novela, e no comercial  
O sistema pode até me transformar em empregada  
Mas não pode me fazer raciocinar como criada  
Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo  
As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo  
Lutam pra reverter o processo de aniquilação  
Que encarcera afrodescendentes em cubículos na prisão  
Não existe lei maria da penha que nos proteja  
Da violência de nos submeter aos cargos de limpeza  
De ler nos banheiros das faculdades hitleristas  
Fora macacos cotistas  
Pelo processo branqueador não sou a beleza padrão  
Mas na lei dos justos sou a personificação da determinação  
Navios negreiros e apelidos dados pelo escravizador  
Falharam na missão de me dar complexo de inferior  
Não sou a subalterna que o senhorio crê que construiu  
Meu lugar não é nos calvários do Brasil [...]  
Yzalú

## RESUMO

A presente tese visa analisar como se expressam as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social na produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres e nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde mental, a fim de contribuir para a qualificação de estratégias interventivas para o desenvolvimento da atenção integral em saúde mental das mulheres”. Para o desenvolvimento deste estudo utilizou-se como referencial epistemológico o método dialético crítico a partir das categorias centrais como totalidade, historicidade e a contradição, estando presente no desenvolvimento de todo o trabalho. A investigação é de natureza qualitativa e contemplou um estudo teórico-bibliográfico e documental. A pesquisa bibliográfica foi utilizada com o propósito de conhecer a produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres. A fundamentação teórica das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero, foram respaldadas por estudos vinculados a concepção materialista, utilizando as produções científicas de Daniele Kergoat, a partir do seu método de análise que compreende que as relações sociais de sexo, raça e classe são concebidas de modo indissociáveis, utilizando-se o conceito de consubstancialidade/coextensividade das relações sociais. As políticas públicas de saúde mental que correspondem ao aparato legal da Reforma Psiquiátrica, apresentam uma abordagem generalista, sem abranger as inúmeras singularidades e os determinantes sociais para o adoecimento psíquico, ao assumir essa postura homogênea e androcêntrica, invisibilizando as mulheres, reforçando suas assimetrias. Assim como, as políticas públicas de saúde para as mulheres e saúde mental, possuem características fragmentadas e universalizantes, causando lacunas nos processos de cuidado, já que não atentam para distintas singularidades das usuárias e corroboram para o negligenciamento do direito à saúde e os demais princípios que constituem o SUS. A articulação de gênero com as demais categorias opressoras foi escassa nos estudos analisados, ao isolar a categoria, ela torna-se hierarquizada sobre as demais e impede a análise complexa do fenômeno, a compreensão fica assim fragmentada e impede a percepção dos estruturantes sociais. No entanto, as produções com dinamicidade das categorias auferiram destaque nas análises apresentadas a contrapelo sobre as mulheres negras, tecendo contribuições sobre esta temática oculta na história da loucura e desvelada nesta escrita. A produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres a partir da consubstancialidade/coextensividade das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero, demonstra que estes estudos desconhecem como se estruturam as relações sociais e promovem exclusões, opressões e desigualdade às mulheres, em consequência disso são determinantes para o adoecimento psíquico e se impõem como barreiras de acesso para a atenção em saúde mental. A partir do estudo desenvolvido compreende-se que a partir da combinação dos sistemas patriarcal, racista e capitalista, como estruturantes na produção de desigualdades e das relações sociais, a consubstancialidade e a coextensividade das reações entre categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social corroboram para a produção de processos de adoecimento psíquico das mulheres.

**Palavras-chaves:** Saúde Mental. Mulheres. Gênero. Raça e/ou etnia. Classe social.

## ABSTRACT

This thesis aims to analyze how the categories gender, race and/or ethnicity and social class are expressed in the production of knowledge about women's mental health and in public policies on women's health and mental health, in order to contribute to the qualification of interventional strategies for the development of comprehensive care in women's mental health". For the development of this study, the critical dialectical method was used as an epistemological reference starting from central categories such as totality, historicity and contradiction, being present in the development of the entire work. The investigation is of a qualitative nature and included a theoretical-bibliographical and documental study. The bibliographical research was used with the purpose of knowing the production of knowledge about women's mental health. The theoretical basis of the social class, race and/or ethnicity and gender categories were supported by studies linked to the materialist conception, using the scientific productions of Daniele Kergoat, based on his method of analysis, which understands that the social relations of sex, race and class are conceived in an inseparable way, using the concept of consubstantiality/coextensivity of social relations. The public mental health policies that correspond to the legal apparatus of the Psychiatric Reform, present a generalist approach, without covering the innumerable singularities and social determinants for psychic illness, by assuming this homogeneous and androcentric posture, making women invisible, reinforcing their asymmetries. As well as public health policies for women and mental health, they have fragmented and universalizing characteristics, causing gaps in care processes, since they do not pay attention to the different singularities of users and corroborate the neglect of the right to health and other principles that constitute the SUS. The articulation of gender with the other oppressive categories was scarce in the analyzed studies, by isolating the category, it becomes hierarchical over the others and prevents the complex analysis of the phenomenon, the understanding is thus fragmented and prevents the perception of social structures. However, the productions with the dynamicity of the categories gained prominence in the analyzes presented against the grain on black women, making contributions on this hidden theme in the history of madness and unveiled in this writing. The production of knowledge about women's mental health from the consubstantiality/coextensivity of the categories social class, race and/or ethnicity and gender, demonstrates that these studies are unaware of how social relations are structured and promote exclusion, oppression and inequality to women, as a result, they are determinant for psychic illness and impose themselves as access barriers to mental health care. From the study carried out, it is understood that from the combination of patriarchal, racist and capitalist systems, as structuring in the production of inequalities and social relations, the consubstantiality and coextensivity of the reactions between categories gender, race and/or ethnicity and class corroborate for the production of psychic illness processes in women.

**Keywords:** Mental health. Women. Gender. Race and/or ethnicity. Social class.

## SUMÁRIO

<b>1. REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS: “É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE NÃO TEMOS TEMPO DE TEMER A MORTE”</b> .....	<b>10</b>
1.2 O CAMINHAR DA PESQUISA E OS PERCURSOS METODOLÓGICOS	19
<b>2. ESCOVANDO A HISTÓRIA DAS MULHERES A CONTRAPELO</b> .....	<b>27</b>
2.1 NA CORDA BAMBA DE SOMBRINHA: MULHERES E O MUNDO DO TRABALHO	34
<b>3. A CONSTRUÇÃO DO FEMININO: Triste louca ou má, será qualificada, ela quem recusar, seguir receita tal, a receita cultural”</b> .....	<b>39</b>
3.1 CONCEPÇÕES SOBRE O CORPO FEMININO: “Eu não me vejo na palavra fêmea: alvo de caça, conformada vítima”	39
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES: “MINHA SAÚDE NÃO É FERRO, MAS OS MEUS NERVOS SÃO DE AÇO”	51
3.4 CONCEPÇÕES SOBRE MULHERES E SAÚDE MENTAL: “EU HOJE REPRESENTO A LOUCURA E MAIS O QUE VOCÊ QUISER”	64
<b>4. O ENTRELAÇAMENTO DAS CATEGORIAS CLASSE SOCIAL, RAÇA/ETNIA, GÊNERO NA VIDA DAS MULHERES</b> .....	<b>79</b>
<b>5. PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: expressões das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero</b> .....	<b>93</b>
5.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE MENTAL	95
5.2 ABORTO E SAÚDE MENTAL	103
5.3 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS MULHERES	108
5.4 CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	112
<b>6. CONCLUSÃO: “A ESPERANÇA EQUILIBRISTA, SABE QUE O SHOW DE TODO ARTISTA TEM QUE CONTINUAR”</b> .....	<b>115</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>120</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL</b> .....	<b>129</b>
<b>APÊNDICE B – TABULAÇÃO DA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA</b> .....	<b>133</b>

## **1. REFLEXÕES INTRODUTÓRIAS: “É PRECISO ESTAR ATENTO E FORTE NÃO TEMOS TEMPO DE TEMER A MORTE”<sup>1</sup>**

A atual conjuntura sociopolítica brasileira se traduz em momento sombrio com o acirramento do conservadorismo, manifesto através do discurso de ódio, de preconceitos e de violências, de intolerância e de perseguição às minorias, de descaso com o meio ambiente e de mascaramento da realidade. Isto é, vivemos um tempo de retrocessos os mais diversos, expresso também e sobretudo em ameaças aos direitos sociais historicamente conquistados. Em face dessa realidade, urge que nos mantenhamos mais que nunca atentos e fortes, dispostos e em condições de elaborar estratégias de resistência ante as inúmeras frentes de atraso em curso.

O governo do presidente Jair Bolsonaro<sup>2</sup> tem se destacado internacionalmente devido a posicionamentos de cunho reacionários e declarações polêmicas, recebendo, em troca, inúmeras críticas por parte da imprensa e mesmo de organismos internacionais, sendo taxado inclusive, a esta altura, de fascista e de protótipo de ditador. Sua postura enquanto mandatário da nação tem sido bastante questionada, haja vista sua conduta inadequada, expressa através das redes sociais, em que propaga preconceitos etnicorraciais, de gênero e de orientação sexual; incita a violência através de medidas provisórias de nuances ditatoriais que facilitam, entre outras coisas, por exemplo, o acesso às armas - medidas e ideias que vão, no mais das vezes, na contramão do combate à violência predicado pelos estudos científicos mais atuais.

Para além destas, o atual governo tem efetivado medidas que operam no aumento do desmonte das políticas públicas e no questionamento dos direitos constitucionais, executando com isso cortes orçamentários dramáticos, mormente na área da educação universitária, no combate ao desmatamento e na propulsão de programas de fomento ao desenvolvimento econômico. Relativamente à educação, Abraham Weintraub, ministro da pasta, justifica os cortes sob a escusa de que as instituições de ensino promovem balbúrdia, deslegitimando e desqualificando assim a importância das universidades públicas para a população. A partir destas posturas

---

<sup>1</sup> Trecho extraído da música “Divino Maravilhoso”, composta por Gilberto Gil, Emanuel Viana.

<sup>2</sup> Matéria publicada no Jornal El País, através do endereço eletrônico [https://brasil.elpais.com/brasil/2019/01/03/politica/1546485608\\_147292.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2019/01/03/politica/1546485608_147292.html)

e declarações, houve diversas manifestações em defesa da educação pública em território nacional.

Nesse sentido, o que está em curso é a institucionalização de um Estado penal para a classe trabalhadora, com acirramento precarização, desemprego, violência, desigualdades, dentre outras, que impõe à desproteção social os segmentos mais empobrecidos, que necessitam de intervenções de políticas públicas, frente a imposição da lógica gerencialista que fragmenta tais políticas e dos direitos sociais, tende a restringi-los ao mínimo possível tendo em vista a apropriação privada do fundo público e sua subordinação à lógica econômica (CARNEIRO et al., 2019).

Portanto, não há dúvidas de que o governo do atual presidente - ou seu desgoverno, como se refere a ele boa parcela das redes sociais e alguma imprensa - tem adotado posturas e tomado decisões extremamente prejudiciais à população. Suas ações como governante afetam sobretudo a fração da sociedade que corresponde às minorias: a comunidade indígena; a negra; o campesinato e, por fim, as mulheres que, consideradas sob a ótica de gênero, passíveis de integrarem em parte a todos os grupo acima descritos, são, afinal, as mais prejudicadas pelo desmonte das políticas públicas, tendo em vista os arranjos possíveis de suas mais de uma naturezas coadjuvantes - sendo indígenas, negras, camponesas ou mesmo que oriundas de regiões periféricas e pertencentes às classes desfavorecidas, carregam por último (ou antes de tudo) a condição de mulher.

Isto é, um índio, um negro, um ribeirinho ou um camponês entre outros (todos alvos recentes de discursos depreciativos e de políticas perniciosas do atual governo) por si só constituem grupos étnico e ou raciais ou culturais que respondem a uma classe social em desfavor na conformação da sociedade. Porém, antes que mais nada, cumprem social e exercem biologicamente o papel e a natureza de serem homens - categoria que, sob o juízo do 'gênero' enquanto marcador social, será sempre privilegiada nas relações de poder entre semelhantes. Por outro lado, tais arquétipos (índio, negro, camponês etc.) quando manifestos na figura feminina, estão passíveis de se permearem e cumular num somatório de eixos de opressão restrito tão somente às mulheres. Melhor dito: todas as mulheres são suscetíveis às consequências das desigualdades de gênero, raça e/ou etnia e classe social em uma sociedade patriarcal, racista e capitalista. Porém, mais estará vulnerável na medida em que se acumulem estes determinantes sociais. Por exemplo, uma mulher que seja

negra e camponesa vivência e sofre discriminações das quais não padecerá uma mulher branca.

Na esteira das declarações polêmicas manifestas não só pela figura do presidente e de seu governo, para surpresa e assombro de grande parte da opinião pública (e, diga-se de passagem, da opinião publicada) tal discurso encontra eco na voz justamente da senhora, Damares Alves<sup>3</sup>ministra de Estado da Mulher, Família e Direitos Humanos. Isso não obstante o fato de que a ministra seja uma mulher de origens humildes, vítima de violência sexual e ocupe precisamente a chefia da pasta responsável por implementar, promover e assegurar os direitos humanos no Brasil, incluindo-se a formulação de políticas e promoção de ações voltadas aos direitos da criança e do adolescente, do idoso; a defesa dos direitos da cidadania das pessoas com deficiência, dos negros e das mulheres, a fim de promover a sua inclusão na sociedade. no dia da cerimônia de transmissão de cargo na qual a ministra assumiu a pasta, surge proclamando em vídeo amador que “menino veste azul e menina veste rosa”. Poderia soar como uma frase irrelevante dita por alguém não familiarizado com estudos recentes de gênero ou sem trânsito acadêmico, porém, a ministra possui, segundo a própria, os títulos de advogada e especialista em educação, de onde se infere que, para além de ignorância, há um projeto sólido e elaborado de desconstrução das políticas públicas voltadas à mulher. Não bastassem essas manifestações, sob algum ponto de vista apenas pueris, também há falas em que a ministra sugere a criação de uma “bolsa estupro”, que obrigaria ao estuprador o pagamento de pensão à vítima em caso de gravidez, desprezando o direito da mulheres ao aborto seguro em caso de violência sexual - que está assegurado por lei; ou, ainda, propõe a criação de uma fábrica de calcinha no intuito de erradicar a cultura do estupro em comunidades periféricas do norte brasileiro cuja origem, deduz a ministra, reside na falta de acesso das mulheres à roupa íntima.

Assim, estas declarações públicas que expõem um caráter conservador com relação à mulher e à sua postura perante a sociedade, salienta-se, reforçam o entendimento de que, não apenas casuais, tais falas têm por objetivo comum a dissolução no imaginário popular dos conceitos mais modernos e progressistas relativamente à saúde e ao cuidado da mulher.

---

<sup>3</sup> Notícia publicada em o Globo, com acesso através do endereço eletrônico Damares meninas vestem rosa <https://oglobo.globo.com/sociedade/menino-veste-azul-menina-veste-rosa-diz-damares-alves-em-video-23343024>

Ainda relativamente à gestão e a vigência do atual governo, tem-se a proposta de Reforma da Previdência, na qual se prevê o aumento do tempo de idade e de contribuição para que as mulheres da cidade e do campo se aposentem, (lembramos também da proposta de alteração do Benefício de Prestação Continuada) o que, em tese, tornará a aposentadoria impossível para as que possuam duplas e triplas jornadas. Demonstra-se, com isso e de forma nítida, que a Reforma visa a atender estrita e prioritariamente aos interesses do capital financeiro em detrimento de trabalhadores e trabalhadoras.

Com a difusão e avanço do conservadorismo de costumes, agenda caríssima à extrema-direita brasileira, respaldada pela figura patética e extemporânea do presidente, outra pauta que ganha evidência é a do debate sobre a famigerada “ideologia de gênero” nas instituições de ensino. Com isso, reforçam-se valores patriarcais e heteronormativos a partir de uma visão biologizante sobre gênero que fomenta a intolerância e a discriminação da luta feminista e LGBTI+ (lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais e intersexo).

Nesse cenário, as discussões tocantes ao feminismo vêm sendo retomadas e reformuladas inclusive como forma de resistência, pelo que ganham destaque, pois à medida em que se promove a ampliação dos debates e de reivindicações dos direitos das mulheres, por outro lado, ganha corpo a aversão ao movimento feminista através de sua negação, que também se expressa sob formas pejorativas e depreciativas (a título de exemplo o uso do termo ‘feminazi’); em definições de estereótipos de feiura em contraposição a padrões de beleza midiáticos; na indagação de sua legitimidade através do questionamento de sua sexualidade; no apontamento de características negativas que as desqualificam e às suas lutas e as colocam as mulheres na posição de vitimização.

Diante desta conjuntura temerosa que se difunde sob a égide do governo e dele mesmo se legitima, as mulheres ao se entenderem ou assumirem feministas não raro tornam-se vítimas da misoginia oculta sob o discurso da moral e dos bons costumes, alvos de críticas, de questionamentos e de repúdios que geram entraves para a conscientização acerca do impacto nocivo do machismo em suas vidas, com o que se facilita a manutenção de desigualdades e opressões oriundas do sistema patriarcal e capitalista. O patriarcalismo consiste numa estrutura de poder que permeia a vida em sociedade, que cultua a ideia de uma suposta supremacia do

homem em detrimento da mulher e exerce profundo controle sobre seus corpos, direitos, características, desejos e vidas.

Ante o exposto, é necessário que se compreenda o processo histórico de implantação e manutenção das desigualdades e opressões que estipulam estereótipos e padrões de comportamento, que determinam a reivindicação e o respectivo cumprimento de papéis pré-estabelecidos para as mulheres sejam bem vistas e aceitas pela sociedade e que no curso da história se normatizaram como se fossem leis naturais. Em face desse pensamento, construiu-se uma concepção de mulher homogênea, como um ser genérico que se define, se identifica e se reconhece sujeito a partir de papéis sociais como o de mãe ou de cuidadora da família, a que se atribuem características que remetem à fragilidade, ao recatamento, à docilidade, à subserviência etc. Essa concepção universalizada da mulher representa e ilustra com veracidade apenas uma pequena parcela de seu mundo - mormente a de maior poder aquisitivo, de cor branca, provida de bons modos e recato, abnegada e dedicada à família - e que se entende, por fim, como o padrão ideal de mulher.

No transcurso do tempo, as mulheres foram descritas de diferentes formas, de acordo com o momento histórico, cultural e político vigente, a partir do ponto de vista e da imposição dos homens atreladas às concepções patriarcais, racistas e capitalistas de subordinação feminina. Essa dominância masculina promoveu o silenciamento, a invisibilidade e a conseqüente subordinação da mulher ao homem, alijando-a secularmente da tomada de decisões em função de si própria e distinguindo-a de acordo com valores morais, étnico-raciais e sociais.

Isto posto, compreende-se que as explanações, os estudos e os relatos referentes às mulheres e suas especificidades até o século XX foram essencialmente elaboradas por homens - sejam filósofos, médicos, religiosos ou cientistas. Em vista disso, ao considerar o que a História conta das mulheres, não se ignore que "se imprime na narrativa a marca do narrador, como a mão do oleiro na argila do vaso" (BENJAMIN, 1987, p. 205), isto é, descrições não são neutras, pois são carregadas de valores, impressões e mergulhadas no contexto social de quem as relata.

Sob essa ótica, a concepção e a exploração do corpo feminino adquire características distintas, aqui entendendo-se o corpo da mulher como produto de construção sócio histórica, para além de sua anatomia biológica, que se trespassa por relações de poder e resulta de discursos e práticas que operam e padronizam os diferentes corpos femininos para que se adequem a ideais de normalidade e

anormalidade, respeitem regras, encarnem estereótipos e assumam comportamentos tais para validar o lugar social que as mulheres ocupam em sociedade. Desse modo, o corpo das mulheres foi construído a partir de valores presentes em cada momento histórico, despertando curiosidades e temores aos homens que, para exercerem e reiterarem o controle sobre seus corpos, empreenderam diversas estratégias de dominação e subordinação, dentre as quais, inclusive e não excepcionalmente (como se poderia supor), figura o discurso científico.

Insuflando-se contra essa normatização, o movimento feminista adquire grande relevância na luta pela supressão de desigualdades entre mulheres e homens, pontuando reivindicações que que alavancaram mudanças significativas nessa estrutura, conquistando direitos para as mulheres implementados através de políticas públicas.

Todavia, apesar de avanços jurídico-legais na ampliação dos direitos das mulheres, as desigualdades permanecem inúmeras e explícitas, traduzindo-se em diferentes formas de opressão, havendo diversas disparidades entre as próprias mulheres, tendo em vista que suas vivências são distintas e que são determinadas por gênero, raça e/ou etnia e classe social, resultantes do sistema de dominação/exploração capitalista, patriarcal e racista. A partir daí, é necessário analisar de que forma se articulam e operam na vida das mulheres, convertendo-se em diferentes impactos que refletem principalmente no seu processo de saúde/doença.

De acordo com o Relatório Sobre a Saúde Mental no Mundo da Organização Mundial de Saúde - OMS, as mulheres encontram-se em maior risco de desenvolver transtornos mentais manifestando sofrimento psíquico. Portanto, estão entre o grupo vulnerável com necessidades especiais, por serem vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Além disso, padecem do excesso de responsabilidade por desempenharem múltiplos papéis sociais como esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem uma participação cada vez mais essencial no trabalho, constituindo-se como principal fonte de renda familiar (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2001).

A partir da análise desses dados, é possível compreender que a experiência no processo de adoecimento psíquico entre mulheres e homens se dá de maneira distinta, atravessadas que são por concepções sociohistóricas que determinam

papéis sociais a serem executados por ambos os sexos, marcadas por desigualdades sociais, por questões de gênero, por preconceito e racismo que, como já dito, incidem diretamente no processo saúde/doença.

Os fatores étnico/raciais se constituem como uma das categorias fundamentais de análise do adoecimento psíquico das mulheres, tendo em vista que:

O racismo se reafirma no dia-a-dia pela linguagem comum, se mantém e se alimenta pela tradição e pela cultura, influencia a vida, o funcionamento das instituições, das organizações e também as relações entre as pessoas; é condição histórica e traz consigo o preconceito e a discriminação, afetando a população negra de todas as camadas sociais, residente na área urbana ou rural e, de forma dupla, as mulheres negras, também vitimadas pelo machismo e pelos preconceitos de gênero, o que agrava as vulnerabilidades a que está exposto este segmento (BRASIL, 2007, p.29).

Dessa forma, evidencia-se que as consequências da discriminação, as desigualdades de gênero e a baixa posição socioeconômica podem causar efetivo estresse, induzindo então a uma maior prevalência de transtornos mentais sobre as mulheres (TURNER; AVISON, 2003). Por sua vez, as questões raciais afetam a saúde e a qualidade de vida das mulheres negras, dificultam o acesso aos serviços de saúde, interferem na qualidade dos serviços prestados em decorrência do racismo institucional presentes em diferentes serviços de saúde, acerca dos quais tais negligências podem agravar seus problemas de saúde e resultar em morte.

A partir destas problematizações, foi construído o projeto de pesquisa de tese durante o doutorado em Serviço Social, tendo como tema a saúde mental das mulheres a partir das categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social. O problema que delineou a pesquisa diz respeito à “como se expressam as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social na produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres e nas políticas públicas de saúde da mulher e na saúde mental?”.

Partindo-se dessa premissa, como objetivo geral foi proposto: “analisar como se expressam as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social na produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres e nas políticas públicas de saúde da mulher e saúde mental, a fim de contribuir para a qualificação de estratégias interventivas para o desenvolvimento da atenção integral em saúde mental das mulheres”. Como objetivos específicos foram elencados: “analisar as concepções das categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social presentes na produção do conhecimento referente a saúde mental das mulheres e investigar as implicações

dessas categorias na compreensão da saúde mental das mulheres e identificar como essas categorias são formuladas e repercutem na elaboração e na implementação das Políticas Públicas voltadas a saúde mental das mulheres”.

A escolha por esta temática é, portanto, oriunda das inquietações cotidianas vivenciadas no espaço profissional da pesquisadora como assistente social em dois Centro de Atenção Psicossocial, assim como a pesquisa desenvolvida durante o mestrado em Serviço Social, na qual se discutiu sobre o uso de drogas realizado por mulheres e o acesso e a acessibilidade aos serviços da Rede de Atenção Psicossocial.

Ademais, a construção da tese esteve respaldada nos princípios fundamentais do Código de Ética Profissional do Assistente Social (Lei 8662/93), a partir da defesa dos direitos humanos, da equidade, da justiça social, da consolidação da cidadania e da democracia, do compromisso com a eliminação de todas as facetas do preconceito e da discriminação, buscando-se o respeito à diversidade humana, além de uma orientação vinculada a uma nova ordem societária sem opressão e exploração de classe, gênero e etnia.

Ao abordar a temática da tese a partir das categorias classe social, raça/etnia e gênero, é imprescindível contextualizar o lugar de fala, utilizando como fundamentação e motivo de reflexão os escritos da feminista negra Djamila Ribeiro (2019), em que se menciona que todas as pessoas possuem uma localização social que demarca o seu lugar de fala a partir das posições que ocupa na sociedade.

Nessa perspectiva, apontar o lugar de onde se está falando possibilita problematizar a concepção de universalidade, que reforça as opressões e desigualdades dentro do processo histórico e social que homogeneiza as mulheres, como se todas partissem da mesma posição.

Para tanto, o lugar de fala da autora dessa escrita se entende como pertencente a uma posição social privilegiada, enquanto mulher branca de classe média, na qual a experiência com relação ao racismo se dá a partir do ponto de vista “de quem se beneficia dessa mesma opressão” (RIBEIRO, 2019, p. 85) e em que a proximidade com esse processo ocorre através da escuta de pessoas que vivenciaram esta opressão, o que determina lugares distintos.

No entanto, demarcar o lugar de fala possibilita questionar criticamente o que está dado como natural, logo, adquirindo-se uma postura ética e contra hegemônica

que possibilite reconhecer e analisar a diversidade de experiências para, com isso, romper com a lógica social excludente e opressora.

A discussão sobre a categoria raça inicialmente gerou desconforto e dificuldade em como abordar o tema sem reproduzir o discurso hegemônico que deslegitimasse e visibilizasse as mulheres negras. Nesse processo, emergiram diversos questionamentos e problematizações com relação às experiências vivenciadas por estas mulheres dentro do sistema de opressão racista, patriarcal e classista, propiciando reflexões relativas ao lugar de fala, em que se percebeu a necessidade de modificar a construção teórica e sua fundamentação, utilizadas no desenvolvimento, a fim de dar voz às mulheres negras, para além do sentido simbólico da fala, porém, com o propósito de legitimá-las.

Outro questionamento surgido durante a escrita foi: enquanto o lugar que ocupo de mulher branca, estou autorizada a falar sobre a mulher negra? Com base nessa reflexão, foi possível perceber que “pensar o lugar de fala é uma postura ética, pois saber o lugar de onde falamos é fundamental para pensarmos as hierarquias, as questões de desigualdades, pobreza, racismo e sexismo” (RIBEIRO, 2019, p. 83) e ao mesmo tempo, identificar e apontar que este lugar de fala não almeja ocupar a posição de representatividade das mulheres negras.

Partindo do lugar de fala de mulher branca, portanto, a discussão do racismo é fundamental pois possibilita adquirir uma conscientização e compreensão do grupo social de pertencimento e dos privilégios que se usufrui e a partir deste lócus, tecer problematizações acerca das opressões e dos lugares ocupados pelas mulheres negras na sociedade, naturalizados pelo processo histórico de formação da sociedade brasileira.

O processo de desenvolvimento do doutorado permeou-se por transformações tanto de ordem pessoal quanto profissional, implicando diferentes acúmulos e desconstruções no que tange à temática do projeto de pesquisa, a fim de que se adequasse e fizesse sentido junto à minha inserção em um novo espaço de trabalho durante o período de vivência do doutorado. Nesse sentido, meu percurso acadêmico não se traçou sem que diversos sentimentos - tais como a angústia, a sensação de incapacidade, a ansiedade, o desânimo, a exaustão e conseqüente adoecimento - me frequentassem e me fizessem companhia, como também o fizeram incontáveis questionamentos e indecisões. Contudo, aspectos negativos e dificuldades no decorrer da trajetória foram aos poucos de algum modo superados, abrindo-se

espaço para o meu encantamento com a temática para que daí nascessem reflexões e aprendizagens genuínas sobre a saúde mental das mulheres a partir das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero. Esse alargamento de ideias acompanhou-se de uma amplitude na percepção acerca do tema e desencadeou análises e percepções que refletiram diretamente no meu espaço de inserção profissional na área da saúde mental.

O título da referida tese também expressa o cotidiano profissional e pessoal da pesquisadora, que se encontra na permanente arte de andar sob o fio da navalha ao tentar conciliar o trabalho profissional em dois Centros de Atenção Psicossocial com carga horária de 15h semanais em cada serviço, atuando como única assistente social para ambas as instituições, com demandas infinitas e impossíveis de serem supridas, o que por sua vez caracteriza a precarização do processo de trabalho e o descaso com a atenção a saúde mental dos usuários destes serviços, orientado pelo viés biomédico do que é cuidado, modelo pelo qual a Reforma Psiquiátrica luta para que substitua o enfoque psicossocial e interdisciplinar na atenção em saúde mental.

Do mesmo modo, o título da tese emergiu a partir da música *O Bêbado e a Equilibrista*, de João Bosco e Aldir Blanc na voz de Elis Regina, em alusão à constante tentativa das mulheres de se manterem em equilíbrio ante às incontáveis atribuições que se lhes impingem e aos papéis que desenvolvem na sociedade.

## 1.2 O CAMINHAR DA PESQUISA E OS PERCURSOS METODOLÓGICOS

Para o desenvolvimento do estudo optou-se pela realização de uma pesquisa do tipo qualitativa, com caráter exploratório. Esta abordagem metodológica se insere no marco de referência da dialética, direcionando-se fundamentalmente, pelos objetivos buscados a partir do desenvolvimento da pesquisa documental e bibliográfica.

Como referencial epistemológico foi utilizado o método dialético crítico, que possibilitou interpretar a realidade, e ao mesmo tempo, a partir desta interpretação, busca a sua transformação. O método contribuiu para uma apreensão e reflexão da realidade de forma crítica, a partir das categorias centrais como totalidade,

historicidade e a contradição, estando presente no desenvolvimento de todo o trabalho. A totalidade se expressa na integralidade e de acordo com Kosik:

A compreensão dialética da totalidade significa não só que as partes se encontram em relação de interna interação e conexão entre si e com o todo, mas também que o todo não pode ser petrificado na abstração situada por cima das partes, visto que o todo se cria a si mesmo na interação das partes (1989, p. 42).

Essa categoria permite a análise dos fenômenos numa perspectiva que possa visualizar todos os fatores e suas interações, em que os processos não podem ser vistos de maneira unicausal. Assim, a categoria totalidade permitiu a compreensão do objeto de estudo, através da problematização das estruturas sociais que refletem em desigualdades para as mulheres a partir da dominação/exploração oriundas do sistema capitalista, patriarcal e racista.

A categoria historicidade permite o reconhecimento do movimento, o seu processo e a sua provisoriedade, não apenas dos sujeitos e dos fenômenos, como também das estruturas (PRATES, 2005). Kosik (1989, p.218) refere que “a história só é possível quando o homem não começa sempre de novo e do princípio, mas se liga ao trabalho e aos resultados obtidos pelas gerações precedentes”.

Nesse sentido, a categoria contradição expressa a ideia de motor do movimento, pois “ao negarmos um estado, uma etapa, uma necessidade, instigamos a reação oposta (a negação da negação), estimulamos a superação, porque a contradição é insuportável e tendemos a tentar superá-la” (PRATES, 2013, p.07).

Segundo Cury (2001), a categoria da contradição se constitui como base da metodologia dialética, refletindo o movimento mais originário do real. A racionalidade do real está no movimento contraditório dos fenômenos, que são provisórios e superáveis. Com isso, a contradição remete a ideia de movimento, através da luta entre os contrários, permeando as relações humanas e a dinâmica da sociedade.

Na dialética marxista, “o conhecimento é totalizante a atividade humana, em geral, é um processo de totalização, que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada” (KONDER, 2008, p. 18). Assim, analisar a realidade, significa interpretá-la a partir da totalidade com suas múltiplas e articuladas determinações, que envolvem aspectos políticos, sociais, culturais e econômicos e assim, busca-se entender os fatos a partir da vivência.

Tendo em vista que o estudo desenvolvido se insere no campo do materialismo histórico e dialético, por isso, optou-se por realizar a fundamentação teórica das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero, respaldadas em produções vinculadas a concepção materialista. A perspectiva de análise utilizada para compreensão dos entrelaçamentos das categorias se coaduna com as produções teóricas da socióloga francesa Daniele Kergoat, a partir do seu método de análise que compreende que as relações sociais de sexo, raça e classe são concebidas de modo indissociáveis, utilizando-se o conceito de consubstancialidade/coextensividade das relações sociais.

Como forma de responder aos objetivos elencados, com o propósito de conhecer a produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres, foi realizada inicialmente um levantamento bibliográfico em Teses, Dissertações, livros, revistas científicas, artigos, entre outros materiais que abordavam o tema investigado.

Desse modo, o levantamento bibliográfico “deve servir para dois aspectos básicos: a) a contextualização do problema dentro da área de estudo; e b) a análise do referencial teórico” (MAZZOTTI, 2002, p. 26). De acordo com Gil (2008) a vantagem desse tipo de pesquisa é proporcionar ao investigador uma visão mais ampla acerca da questão estudada.

A fonte de busca utilizada foi a base de dados on-line da Biblioteca Central Irmão José Otão - PUCRS, através da ferramenta de busca OMNIS, que faz o acesso às mais variadas plataformas: Acervos físicos das Bibliotecas da PUCRS; Acervos on-line das Bibliotecas da PUCRS e demais universidades; Artigos e documentos de bases de dados assinadas pela PUCRS; Artigos e documentos disponíveis no Portal de Periódicos da Capes e Artigos de acesso livre em diferentes fontes<sup>4</sup>.

Os descritores utilizados na busca foram “saúde mental” AND mulheres, filtrando os tipos de recursos por “artigos”, “livros” e “teses e dissertações”, com data de publicação “de 2001 até 2017”, o idioma português (Brasil), demonstrados no esquema a seguir.

---

<sup>4</sup> A descrição das diferentes fontes pesquisadas nesta ferramenta de busca, constam no site da biblioteca, através do endereço eletrônico <http://biblioteca.pucrs.br/acervos/omnis/>

Figura 01 - Procedimento Metodológico da etapa de busca



Fonte: Sistematização da autora

A partir dessa delimitação foram encontradas *828 publicações* que constituíram o universo da pesquisa. A etapa seguinte consistiu na leitura dos resumos das publicações encontradas, a fim de verificar se todas as produções teóricas abordavam a temática da saúde mental das mulheres e encontravam-se dentro dos critérios de inclusão e exclusão utilizados nos filtros de busca. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: produções que contemplem em sua temática a saúde mental das mulheres, publicações realizadas após a regulamentação da Lei Federal 10.216 publicada no ano de 2001 até o ano de 2017 e produções em língua

portuguesa (Brasil). Os critérios de exclusão utilizados foram: publicações fora do período estabelecido, produção que não possuem como tema a saúde mental das mulheres e as publicações escritas em línguas estrangeiras e realizadas fora do Brasil.

Após a leitura dos resumos, verificou-se muitas destas publicações não tratavam especificamente da saúde mental das mulheres, mas de outros temas que apenas citavam ao longo do texto algum dos descritores utilizados na busca e não contemplavam o escopo da pesquisa. Estas publicações abordavam temáticas como envelhecimento, saúde de crianças e adolescentes, encarceramento, processo interventivo de trabalhadores na área da saúde, maternidade, pesquisa realizadas na área da saúde em outros países e trabalhos escritos em outras línguas que não o português (Brasil). Além disso, algumas publicações apareciam em duplicidade por estarem relacionadas a mais de uma das palavras-chave utilizadas na busca. Os dados encontrados foram sistematizados no gráfico a seguir a partir do tipo de publicação.

Gráfico 01 - Tipos de recursos



Fonte: Sistematização da autora.

Demonstrando graficamente em percentuais os tipos de publicações, nota-se que o percentual de teses e dissertações configura um número escasso para a busca de desenvolvimento na área de atenção integral em saúde mental das mulheres.

Apenas 1 % no montante das publicações encontradas são de trabalhos acadêmicos configurados como teses e dissertações. Esse dado por si só já demonstra a relevância da produção deste trabalho, visto que este campo é pouco explorado em trabalhos acadêmicos sobre o tema.

Após a análise das 828 produções e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, restaram 152 trabalhos, ao realizar a leitura destes estudos na íntegra, verificou-se que nem todos correspondiam aos critérios da pesquisa e em seus resumos não apresentavam clareza sobre a temática a ser desenvolvida, procedendo-se em nova seletiva, que finalizou-se em 52 artigos a totalidade da amostra.

Com a leitura cuidadosa do material, construiu-se a tabulação da análise com os dados: tema, ano de publicação, área de conhecimento, expressões acerca das categorias de análise (gênero, raça e/ou etnia e classe social) e observações da pesquisadora.

As produções bibliográficas apresentam a saúde mental das mulheres com diferentes abordagens e vinculadas a várias temáticas como: violências e saúde mental foi o tema de maior predominância, seguida do enfoque sobre medicalização, uso de drogas, mundo do trabalho, atenção à saúde mental, aborto, gênero e saúde mental, envelhecimento, mulheres assentadas, depressão, cuidadoras, etnia e gênero na saúde mental, desigualdades nas cidades, maternidade e saúde mental das mulheres negras.

Dentre as temáticas encontradas, as produções teóricas analisadas são frutos de pesquisas com predominância do tipo qualitativa, utilizando como coleta de dados entrevistas com as mulheres usuárias dos serviços de saúde, trabalhadores e gestores, como também se encontrou pesquisas bibliográficas e documentais, do tipo qualitativo, análise institucional, pesquisa ação e estudo antropológico.

A área de conhecimento das produções teóricas analisadas é majoritariamente oriunda do campo da saúde, com prevalência para a área da Enfermagem, seguidos da Psicologia, Medicina, Saúde Coletiva, Multiprofissional (saúde) e apenas uma produção oriunda do Serviço Social e da História. Dentre estes, um dos artigos não se encontra e no escopo das profissões da saúde, sendo apenas um proveniente da História.

Posterior a etapa exploratória, a coleta de dados foi teórica-bibliográfica, a fim de desenvolver uma análise mais profunda contemplando os objetivos específicos da

pesquisa. Também foram estabelecidos critérios de inclusão como: produções que contemplem em sua temática a saúde mental das mulheres, publicações realizadas após a regulamentação da Lei Federal 10.216 publicada no ano de 2001 até o ano de 2017 e produções em língua portuguesa (Brasil). Os critérios de exclusão foram: publicações fora do período estabelecido, produção que não possuem como tema a saúde mental das mulheres e as publicações escritas em línguas estrangeiras e realizadas fora do Brasil.

O desenvolvimento desta pesquisa esteve fundamentada pela Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde e Comissão de Ética em Pesquisa, atentando-se para os preceitos éticos nela descritos, mesmo que dentre os seus objetivos a coleta de dados não seja realizada com seres humanos, porém a temática a ser pesquisada envolve mulheres em situação de diversas vulnerabilidades, em que torna-se fundamental o respeito aos direitos humanos e a ética durante todo o processo de pesquisa.

Nesse horizonte, a presente escrita se propõe a problematizar sobre a saúde mental das mulheres a partir das categorias gênero, raça/etnia e classe social, tendo em vista a parca produção teórica sobre a temática.

Dessa forma, compreende-se que o processo de saúde e adoecimento das mulheres são afetados por seus contextos de vida, permeados por aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos. Nesse sentido, torna-se imprescindível compreender de que modo os sistemas patriarcal, racista e capitalista contribuem para a produção de desigualdades e incidem sobre o adoecimento psíquico das mulheres a partir da interação das categorias gênero, raça/etnia e classe social.

Como proposta inicial de tese da tese, compreende-se que a partir da combinação dos sistemas patriarcal, racista e capitalista, como estruturantes na produção de desigualdades e das relações sociais, a consubstancialidade e a coextensividade das reações entre categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social corroboram para a produção de processos de adoecimento psíquico das mulheres.

No tocante à organização desta tese, para além deste primeiro capítulo introdutório em que se propõem algumas reflexões concernentes à conjuntura política atual do país e ao recrudescimento do conservadorismo mais tosco ancorado nas figura pública do presidente, seu séquito e as políticas que têm implementado e que atuam precisamente em sentido contrário ao da consolidação de políticas públicas e da garantia de direitos conquistados à custa de muito debate e da organização da

sociedade - aqui, atendo-se em específico às meditações impulsadas pelos movimentos feministas - que repercutem negativamente e de sobremodo na parcela mais frágil da população, as ditas minorias, sobre as quais se toma por objeto de estudo as mulheres e sua saúde mental a partir da perspectiva de classe social, gênero, raça/etnia.

A partir dessa problematização, no esforço de instigar a reflexão acerca dos meandros e das estruturas adjacentes à dominação do homem em relação à mulher sob a égide de uma sociedade patriarcal, racista e capitalista, propõe-se digressões acerca do percurso metodológico da pesquisadora, os como e os porquês de suas opções e teorias no decurso da formação acadêmica e que culminam justamente nesse texto que ora se revela.

O segundo capítulo alude ao ato de escovar a História a contrapelo, a partir da perspectiva benjaminiana, isto é, da compreensão de que a história hegemônica é contada sempre sob a ótica dos vencedores, não dos vencidos. Nesse sentido, propõe-se a exemplificar algumas histórias de mulheres que vivenciaram e foram símbolos de causas e marcos históricos, porém, que foram obscurecidas e silenciadas pela concepção hegemônica da História, em especial as mulheres negras, pelo que se traz o exemplo notável da atuação da abolicionista Sojourner Truth. Faz-se referência nesse capítulo, também, a que a história das mulheres sempre foi contada por homens, desde uma visão androcêntrica do mundo. Assim como discute-se acerca das mulheres no mundo do trabalho dentro do sistema capitalista, evidenciando-se as contradições desse sistema e como repercutem na vida sexual das mulheres a partir da divisão sexual do trabalho, que traz consigo precarizações e desigualdades a partir das categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social.

A construção do feminino é abordada no capítulo 3. Sob diferentes concepções elaboradas por homens acerca do corpo feminino - desde médicos a filósofos - foi se construindo um juízo histórico, social e cultural a seu respeito. A partir disso, atribuíram-se inúmeras patologias ditas femininas à corporeidade da mulher, entendendo-se o útero como o órgão central na explicação de patologias.

A segunda parte do terceiro capítulo apresenta as políticas públicas de saúde para as mulheres no Brasil, bem como faz a análise de como nelas se expressam as categorias gênero, classe social, raça e ou etnia.

Por fim, sua última parte denota a conceituação do que seria a saúde mental das mulheres a partir do saber médico psiquiátrico e de sua consequente intervenção

no sentido de reforçar estereótipias - loucura, histeria etc. - como constituinte da essência biológica da mulher.

O capítulo quatro versa, dentre outros temas, o entrelaçamento das categorias classe social, gênero, raça e etnia uma vez que são determinantes das relações sociais e constituem parte do sistema estruturante de dominação/opressão racista, capitalista e patriarcal no qual se edifica nossa sociedade.

O capítulo 5 perfaz a análise dos dados da pesquisa bibliográfica ao passo que o 6 depõe sobre as considerações finais referente a todo o processo.

## 2. ESCOVANDO A HISTÓRIA DAS MULHERES A CONTRAPELO

“Nós somos mulheres de todas as cores  
De várias idades, de muitos amores  
Lembro de Dandara, mulher foda que eu sei  
De Elza Soares, mulher fora da lei  
Lembro de Mariele, valente e guerreira  
De Chica da Silva, toda mulher brasileira  
Crescendo oprimida pelo patriarcado  
Meu corpo minhas regras agora mudou o quadro”<sup>5</sup>

A história é um processo em constante desenvolvimento, portanto é constituída de movimento dialético, por isso sua compreensão é fundamental para apreender a complexidade das relações e das contradições que se produzem no movimento do real. Assim, a história não pode ser analisada de modo atemporal, pois compreende-se que o contexto determina as ações dos sujeitos. Por isso, a história não é linear, ao contrário, é “quebrada”; sendo “um conjunto cristalizado de tensões que contém uma totalidade histórica” (LÖWY, 2005, p.132).

Segundo Benjamin (1994, p. 224) “articular historicamente o passado não significa conhecê-lo tal como ele de fato foi. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo”. Para a concepção benjaminiana a história tradicional é contada sob o ponto de vista dos vencedores, isto é, os relatos históricos são percebidos à luz da classe dominante.

---

<sup>5</sup> Trecho da música “Nós Somos Mulheres”, do grupo Samba que elas querem, composta por Doralyce Gonzaga e Silvia Duffrayer, paródia da versão da letra da música “Mulheres” de Martinho da Vila, criada com o intuito de ser um grito de luta e de protagonismo feminino através do samba.

Em consequência disso, por um longo período a história descreve os fatos num caráter predominantemente masculino, branco, heteronormativo e burguês, ocultando e silenciando os demais sujeitos, como os negros, os índios, os homossexuais, dentre outros considerados marginalizados na história. Diante disso, as mulheres estiveram à margem da história por vários séculos, sendo suas historiografias relatadas pelos homens que definiam sua existência e determinavam seus papéis sociais.

Desse modo, o presente capítulo foi construído com base na percepção benjaminiana de que o importante é “escovar a história a contrapelo”, que consiste na recusa em se juntar ao cortejo triunfal no seu processo de transmissão, que passa de um vencedor a outro, e sim de voltar-se para os perdedores da história, que tiveram sua história ignorada, a fim de olhar para essa mesma história com os olhos dos oprimidos (LÖWY, 2005).

Portanto, escovar a história a contrapelo visa a busca da desocultação de processos sociais, a fim de voltar-se para perdedores da história, que tiveram sua história ignorada, e nesse sentido olhar para essa mesma história com os olhos dos oprimidos, e assim, ir em contraponto da versão oficial da história. Isso implica em uma análise crítica sobre a concepção de história como evolução linear, descrita a partir dos grandes feitos e heróis, numa visão androcêntrica de mundo.

Dito isso, não significa que as mulheres estiveram ausente da história, mas foram descritas a partir do viés masculino, que ocultavam a mulher enquanto protagonista de fatos importantes na sociedade, através do processo de dominação imposto pelo patriarcado como sistema culturalmente dominante.

A história das mulheres ainda é recente, tendo em vista que a história enquanto disciplina científica ocorreu no século XIX e por um longo período os homens eram os únicos historiadores, ficando ao encargo masculino sua representação. Este silenciamento começou a ser rompido na década de 1960 através da luta do movimento feminista em visibilizar o protagonismo das mulheres na história (COLLING, 2015).

A relação de poder e subordinação do homem sobre a mulher tem como base os valores patriarcais, onde a mulher executa atividades de pouco prestígio social de cunho privado e dependente do marido, submetida a desigualdade e inferioridade.

Na tentativa de inculcar nos seres humanos a ideologia da "inferioridade" feminina, recorre-se, frequentemente, ao argumento de que as mulheres são menos inteligentes que os homens. Ora, a Ciência já mostrou

suficientemente que a inteligência constitui um potencial capaz de se desenvolver com maior ou menor intensidade, dependendo do grau de estimulação que recebe. [...] Isto posto, não é difícil concluir sobre as maiores probabilidades de se desenvolver a inteligência de uma pessoa que frequenta muitos ambientes, o que caracteriza a vida de homem, em relação as pessoas encerradas em casa durante grande parte do tempo, especificidade da vida de mulher (SAFFIOTI, 1987, p.14).

Essa concepção sobre as mulheres legitima sua subordinação e inferioridade como parte da natureza feminina, sem considerar que a sua inferioridade é essencialmente social, tendo em vista o parco estímulo e oportunidades disponíveis para elas, submetidas as clausuras do lar. A partir desses argumentos, as mulheres eram consideradas seres incapazes de realizar tarefas que escapassem dos seus papéis socialmente atribuídos, ficando a margem do mundo intelectual, político, cultural, acadêmico, científico e artístico.

No entanto, essa concepção de mulher submetida ao âmbito privado condiz com a realidade vivenciada pelas mulheres brancas e utilizada como se fosse uma historiografia universal das mulheres. Davis (2016) aponta que a categoria mulher se não for contextualizada na perspectiva racial e de classe, tende a se tornar uma armadilha.

A partir dessa compreensão, a mulher ao longo da história foi abordada como categoria universal e homogeneizante, ocultando e invisibilizando as demais mulheres que não estavam dentro dessa concepção burguesa, patriarcal e racista. Dessa forma, não foi somente as mulheres brancas que ficaram ocultas como protagonistas da história e descritas pelo viés masculino, as mulheres negras tiveram suas histórias suprimidas e minimizadas, por homens e mulheres brancas, condicionadas à margem e desumanizadas pela concepção de branquitude.

Assim sendo, “escovar a história a contrapelo” é imprescindível para trazer à tona o debate acerca da construção social homogeneizante sobre as mulheres, os diferentes marcadores de opressão e vulnerabilidade a que estão historicamente expostas.

Desse modo, serão apresentados alguns exemplos de mulheres que foram invisibilizadas, a fim de resgatar a memória destas mulheres que ficaram escondidas nas sombras da história. Resgatar a memória de dessas mulheres é fundamental para enfrentar o retrocesso representado pela opressão machista, racista e patriarcal. Por isso, torna-se necessário conhecer, registrar e divulgar os feitos das mulheres, suas

lutas, suas ideias, suas estratégias de sobrevivência e enfrentamento, a fim de retirá-las das sombras impostas pela sociedade e dar-lhes uma nova existência para que seus registros históricos não sejam apenas remotas lembranças do passado, que as colocaram numa posição de submissão, derrota e insignificância, a partir de uma abordagem androcêntrica da história.

Nesse sentido, é imprescindível trazer o relato histórico sobre as mulheres denominadas como bruxas e vinculadas as concepções profanas, caracterizadas como maléficas, hereges e dotadas de poderes sobrenaturais que deveriam ser castigadas e banidas da sociedade. A partir do século XV, estas mulheres foram julgadas pelo manual inquisitorial denominado de *Malleus Maleficarum*, o Martelo das Feiticeiras, que apontava a bruxaria como prática essencialmente feminina, condenando diversas mulheres a tortura e morte.

Essa concepção oriunda do período medieval, ainda se faz presente na representação simbólica atribuída a figura da bruxa vinculada às mulheres e com características negativas, retratadas em diferentes expressões artísticas e literárias. Como também se delega apenas aos dogmas católicos a perseguição sofrida por estas mulheres, tendo em vista que os inquisidores as consideravam como traidoras de Deus, devido às práticas realizadas com uso de plantas serem consideradas rituais de feitiçaria.

Entretanto, para compreender este processo histórico em sua totalidade, é necessário analisar as contradições presentes, a partir de uma percepção a contrapelo da história sobre a construção da figura da mulher enquanto bruxa e as perseguições sofridas neste período.

Nessa perspectiva, a feminista e historiadora Silvia Federici apresenta em seu livro *O Calibã e a Bruxa*, a abordagem do tema de forma contra hegemônica, possibilitando apreender a realidade a partir do ponto de vista das mulheres e o papel social ao qual foram atribuídas durante o processo de transição do sistema feudal para o capitalista na Europa.

Essa autora aponta que a caça às bruxas esteve ligada a criação de um novo sistema econômico, utilizada como “elemento essencial da acumulação primitiva e da ‘transição’ ao capitalismo” (FEDERICI, 2017, p.294), com a exploração e dominação do corpo feminino, através da propagação de uma

campanha de terror contra as mulheres, não igualada por nenhuma outra perseguição, debilitou a capacidade de resistência do campesinato europeu frente ao ataque lançado pela aristocracia latifundiária e o Estado, em uma época na qual a comunidade camponesa já começa a se desintegrar sob o impacto combinado da privatização da terra, do aumento dos impostos e da extensão do controle estatal sobre todos os aspectos da vida social. A caça às bruxas aprofundou a divisão entre mulheres e homens, inculcou nos homens o medo do poder das mulheres e destruiu um universo de práticas, crenças e sujeitos sociais cuja existência era incompatível com a disciplina do trabalho capitalista, redefinindo assim os principais elementos da reprodução social (FEDERICI, 2017p.297-298).

Esse processo foi desencadeado pelo Estado em conjunto com a Igreja Católica, forneceu arcabouço ideológico para a perseguição das mulheres, forjado pela ideia de bruxaria como algo demoníaco, mas que na verdade camuflava o controle e a repressão social de classe e gênero, já que grande parte das mulheres acusadas eram camponesas pobres.

No contexto de lutas sociais na Idade Média, as mulheres desempenhavam papel fundamental no processo de resistência contra o poder feudal, tornando-se um empecilho para o desenvolvimento do novo sistema, pois defendiam uma sociedade igualitária, a distribuição da riqueza e recusa às hierarquias e ao autoritarismo (FEDERICI, 2017).

Todavia, a caça às bruxas foi um “ataque à resistência que as mulheres apresentaram contra a difusão das relações capitalistas e contra o poder que obtiveram em virtude de sua sexualidade, de seu controle sobre a reprodução e de sua capacidade de cura” (FEDERICI, 2017, p.305). Como consequências desse processo, as mulheres foram destituídas do poder sobre seus próprios corpos e incorporadas à matriz produtiva.

A caça às bruxas foi, portanto, uma guerra contra as mulheres; foi uma tentativa coordenada de degradá-las, demonizá-las e destruir seu poder social. Ao mesmo tempo, foi precisamente nas câmaras de tortura e nas fogueiras, nas quais as bruxas morreram, onde se forjaram os ideais burgueses de feminilidade e domesticidade (FEDERICI, 2017, p. 337-338).

A partir do exposto, procurou-se evidenciar as contradições históricas presentes no período medieval e que perduram até hoje, em que a história que sempre foi contada sobre as mulheres nesse momento foi pelo viés dos vencedores, ou seja, os homens burgueses, suprimindo o protagonismo, as resistências e as lutas femininas. Com isso, a história que foi ocultada precisa se fazer visível, na contramão

da versão hegemônica da história, a fim de romper com o cortejo triunfal dos vencedores.

Logo, “a redenção exige a rememoração integral do passado, sem fazer distinção entre os acontecimentos ou os indivíduos ‘grandes’ e ‘pequenos’. Enquanto os sofrimentos de um único ser humano forem esquecidos, não poderá haver libertação” (LÖWY, 2005, p. 54). Assim, evidenciar a memória do protagonismo das mulheres torna-se fundamental para evitar o silenciamento e esquecimento do passado.

Nessa perspectiva de abordar a história das mulheres a contrapelo, um dos grandes exemplos de resistência do abolicionismo afro americano foi Sojourner Truth, ao proferir o discurso contra hegemônico em 1851, denominado de “Eu não sou uma mulher?”, durante uma convenção pelos direitos das mulheres em Akron, nos Estados Unidos, declamou:

Aqueles homens ali dizem que as mulheres precisam de ajuda para subir em carruagens, serem levantadas sobre valas e ter o melhor lugar onde quer que estejam. Ninguém jamais me ajudou a subir em carruagens, ou a saltar sobre poças de lama, ou me deu qualquer “melhor lugar”! E não sou uma mulher? Olhem para mim! Olhem para meus braços! Arei a terra, plantei, juntei a colheita nos celeiros, e nenhum homem podia se igualar a mim! E não sou eu uma mulher? Eu podia trabalhar tanto e comer tanto quanto um homem – quando eu conseguia comida – e suportar o chicote também! E não sou uma mulher? Eu pari treze filhos e vi a maioria deles ser vendida para a escravidão, e quando eu chorei meu luto de mãe, ninguém a não ser Jesus me ouviu! E não sou uma mulher? (DAVIS, 2016, p.76).

O discurso de Truth foi um ato de imensa coragem, pois era a única mulher negra a participar da convenção e a proferir questionamentos com relação a categoria mulher como homogênea, apontando a situação em que viviam as mulheres negras, diferentemente da realidade das mulheres brancas, expondo o preconceito de classe e raça/etnia.

A partir desse discurso, Truth tornou-se um dos grandes símbolos de luta e inspiração para o movimento de mulheres, num momento histórico que as mulheres negras não possuíam direito a fala e o movimento de mulheres era composto por mulheres brancas da classe dominante, tendo como bandeira de luta o sufrágio feminino.

Truth “expunha o viés de classe e o racismo do novo movimento de mulheres. Nem todas as mulheres eram brancas ou desfrutavam do conforto material da classe

média e da burguesia”, Truth era mulher negra e ex escrava, “mas não por isso era menos mulher do que qualquer uma de suas irmãs brancas da convenção” (DAVIS, 2016, p.73).

As mulheres negras, historicamente, sempre tiveram uma vivência distinta do discurso hegemônico sobre a percepção do que é ser mulher, por isso as palavras de Truth refutou a ideia de mulher como sexo frágil que necessitavam do paternalismo masculino, fazendo emergir as especificidades das mulheres negras e demonstrando que as opressões sofridas não extrairiam a sua condição como mulher.

Nesse sentido, a filósofa, feminista e ativista negra Angela Davis, em seu livro “Mulheres, raça e classe”, publicado em 1981, problematizou a escravidão e seus efeitos para a mulher negra nos Estados Unidos, a forma como estas mulheres foram desumanizadas e lutavam pelo direito à vida, no contexto histórico em que as mulheres brancas reivindicavam o direito ao voto e as pautas das demais mulheres permaneciam ocultas.

Nessa obra, Angela Davis tece críticas aos movimentos feministas lideradas por mulheres brancas, por não compreenderem a realidade de outras mulheres, ocultando suas necessidades e vulnerabilidades, tendo em vista que o movimento sufragista estava centrado na luta por direitos civis das mulheres brancas.

No entanto, com as transformações ocorridas no século XIX através da Revolução Industrial, com a absorção de mulheres na força de trabalho no sistema fabril, culminaram mudanças para as mulheres brancas, que passaram a realizar analogias com a escravatura a partir da natureza opressiva do casamento (DAVIS, 2016).

Ao longo da década de 1830, as mulheres brancas – tanto as donas de casa como as trabalhadoras – foram ativamente atraídas para o movimento abolicionista. Enquanto as operárias contribuíam com parte de seus minguados salários e organizavam bazares para arrecadar mais fundos, as de classe média se tornavam ativistas e organizadoras da campanha antiescravagista (DAVIS, 2016, p. 47).

Ainda conforme a autora, no século XIX surge o movimento feminista de mulheres negras com a participação das mulheres brancas, mas devido à falta de experiência e compreensão das feministas brancas e divergências de pautas, as causas das mulheres negras ficaram submissas, enfraquecendo o feminismo negro.

As reivindicações das mulheres negras pelo reconhecimento e supressão das desigualdades de raça e/ou etnia e não apenas a categoria gênero, resultou na criação do Movimento Feminista Negro, expondo as disparidades vivenciadas por estas mulheres permeadas pelo racismo, discriminação e exclusão social e a luta por melhores condições de trabalho e de existência.

As abordagens realizadas nesse capítulo, apresentou alguns exemplos de diferentes mulheres, a fim de problematizar a perspectiva homogeneizante sobre as mulheres como categoria única, compreendendo o texto não contempla todas as diversidades e opressões vivenciadas pelas mulheres ao longo da história, em que houve a invisibilidade de suas especificidades, oriundas das desigualdades de gênero, classe social e raça e/ou etnia.

Diante do exposto, no intuito de apresentar a história das mulheres a contrapelo e compreender o processo histórico de desigualdades sociais e opressões, torna-se necessário analisar o papel ocupado pelas mulheres no desenvolvimento do sistema capitalista.

A seguir discute-se sobre as mulheres no mercado de trabalho dentro do sistema capitalista de produção, apontando contradições e reflexões do processo de desenvolvimento do capital e suas repercussões na vida das mulheres pela divisão sexual do trabalho, precarizações e desigualdades a partir das categorias raça e/ou etnia e classe social.

## 2.1 NA CORDA BAMBA DE SOMBRINHA: MULHERES E O MUNDO DO TRABALHO

“Dança na corda bamba de sombrinha  
E em cada passo dessa linha pode se machucar”

Nas sociedades pré-capitalistas, a família se constituía como uma unidade econômica em cujas atividades laborais empenhavam-se mulheres de camadas menos privilegiadas, sendo o trabalho desenvolvido no núcleo familiar e para ele. Embora a mulher fosse inferior ao homem jurídica, social e politicamente, ela participava do sistema produtivo (SAFFIOTI, 2013).

Nesse período, as relações de poder entre mulheres e homens já existiam, pois na “Europa pré-capitalista, a subordinação das mulheres aos homens esteve atenuada pelo fato de que elas tinham acesso às terras e a outros bens comuns”.

Entretanto, no sistema capitalista as “próprias mulheres se tornaram bens comuns, dado que seu trabalho foi definido como um recurso natural que estava fora da esfera das relações de mercado” (FEDERICI, 2017, p. 192,).

Com o advento do capitalismo e a Revolução Industrial, a mulher passa a adensar cada vez mais a mão de obra no seu processo de produção, de modo que:

O capital também teve a opção de ir para onde o trabalho excedente estava. As mulheres rurais do Sul global foram incorporadas à força de trabalho em todos os lugares, de Barbados a Bangladesh, de Ciudad Juarez a Dongguan. O resultado foi uma crescente feminização do proletariado, a destruição dos sistemas camponeses “tradicionais” de produção autossuficiente e a feminização da pobreza no mundo. O tráfico internacional de mulheres para a escravidão doméstica e prostituição surgiu, na medida em que mais de 2 bilhões de pessoas, cada vez mais amontoadas em cortiços, favelas e guetos de cidades insalubres, tentava sobreviver com menos de dois dólares por dia (HARVEY, 2011, p. 20).

Nessa perspectiva, a mão de obra feminina é incorporada de forma expressiva pelo capital, com longas jornadas de trabalho e baixa remuneração. Marx (1996) refere que a maquinaria permitiu o emprego de trabalhadores sem força muscular ou com o desenvolvimento físico incompleto, permitindo, pois, a utilização do trabalho de mulheres e crianças, ampliando o número de assalariados nas fábricas, colocando todos os membros familiares sob o domínio direto do capital.

Rosen (1994) menciona que nas primeiras fábricas houve o emprego generalizado de mulheres e crianças, ocasionando agravos tais quais jornadas de trabalho extremamente longas, condições insalubres, falta de ventilação, acidentes frequentes nas máquinas e, ainda, pouco tempo para realizar as refeições.

Nas grandes fábricas, priorizava-se a contratação de mão de obra feminina e infantil devido ao seu baixo custo em comparação ao dos homens; contribuía para isso, também, a sua constituição física, que as tornava mais propensas para o desenvolvimento de determinadas atividades. Em muitas fábricas as trabalhadoras constituíam maioria; porém, nos locais de trabalho onde se exigia maior força física, por exemplo, fábricas de lã, os homens correspondiam a maior parte (MARX, 1996).

Essas características que permeiam a divisão de relações entre mulheres e homens são denominadas por Engels (2012) como a primeira divisão social do trabalho, na qual se definem atribuições distintas entre ambos os sexos; divisão com a qual se permite a sustentação dos modos de produção.

A divisão do trabalho, na qual estão dadas todas as contradições e que repousa, por seu turno, na divisão natural do trabalho na família e na superação da sociedade em diversas famílias que se opõem entre si, envolve ao mesmo tempo a distribuição e, com efeito, a distribuição desigual, quantitativa e qualitativamente, do trabalho como de seus produtos; isto é, envolve a propriedade, que já tem seu germe, sua primeira forma, na família em que a mulher e os filhos são escravos do marido. A escravidão na família, embora rudimentar e latente, é a primeira propriedade pela qual dispõe do poder de dispor da força de trabalho de outrem (ENGELS, 2012, p. 59).

Desse modo, a mulher assume um papel secundário na divisão social do trabalho, pois possui menor força física para a execução de alguns serviços. Com isso, criam-se atividades consideradas exclusivamente femininas e atividades consideradas naturalmente masculinas. Tal divisão expressa a segmentação e a hierarquização do trabalho entre homens e mulheres, distribuído de forma desigual, tendo na família seu espaço precursor pois, com isso, “foi construída uma nova ordem patriarcal, reduzindo as mulheres a uma dupla dependência: de seus empregadores e dos homens” (FEDERICI, 2004, p. 191,).

Assim, o trabalho feminino foi sendo incorporado ao processo de desenvolvimento e de acumulação do capital, ampliando os seus espaços de atuação e as atividades desenvolvidas de acordo com as exigências do mercado.

Com a crise ocorrida em 1970, houve a queda da taxa de lucro do capital, baixo crescimento econômico e aumento na taxa de desemprego, resultando na reorganização do capital através da transformação dos modos de produção que passam a substituir o padrão produtivo do taylorismo/fordismo pelo modelo toytista, ao que se soma o advento do neoliberalismo.

Essa reestruturação produtiva acarretou em uma transformação do mundo do trabalho, caracterizado pela terceirização, subcontratação e pelo aumento do trabalho informal, que desencadeou uma maciça incorporação feminina na força de trabalho através da mundialização do capital, alterando significativamente a condição de trabalho feminino, ocasionando uma expressiva feminização do trabalho e de modo precarizando (NOGUEIRA, 2004).

Dessa forma, os efeitos da globalização afetaram de forma desigual o emprego de homens e mulheres, havendo uma retração no emprego masculino e uma expansão do emprego feminino em nível mundial em áreas formais e informais, como no setor de serviços (HIRATA, 2001). No entanto, esse aumento da mão de obra

feminina no mercado do trabalho se dá de modo precário, instável, mal remunerado e sem perspectiva de carreira.

Entretanto, esse contexto se apresenta de forma contraditória, pois ao mesmo tempo em que as mulheres estão inseridas em trabalhos precários, há uma maior diversificação em suas tarefas e funções, resultante em mulheres ocupando cargos e profissões executivas e intelectualizadas com altos salários e reconhecimento social. Hirata aponta que com essa globalização ocorre um quadro de bipolarização:

num extremo, profissionais altamente qualificadas, com salários relativamente bons no conjunto da mão-de-obra feminina (engenheiras, arquitetas, médicas, professoras, gerentes, advogadas, magistradas, juízas, etc.), e, no outro extremo, trabalhadoras ditas de “baixa qualificação”, com baixos salários e tarefas sem reconhecimento nem valorização social (2001, p.147).

Essa bipolarização resulta em grupos de mulheres distintas em suas realidades socioeconômicas, pertencentes a classes sociais distintas em que, muitas vezes, as mulheres com maior poder aquisitivo usufruíam de sua condição social a partir dos serviços ofertados pelas demais mulheres. Tendo como “consequências desse duplo processo a exacerbação das desigualdades sociais e dos antagonismos, constatada tanto entre os homens e as mulheres quanto entre as próprias mulheres” (HIRATA, 2001. p.17).

Nesse contexto, o incremento da mulher no mercado de trabalho representa um paradoxo, ao mesmo tempo em que as mulheres conquistam sua autonomia econômica, possibilitando romper com relações afetivas de subalternidade e opressão, resultando na ampliação de famílias chefiadas por mulheres devido a dissolução de casamentos, elas ainda permanecem realizando tarefas ideologicamente compreendidas como femininas, desenvolvendo as atividades de cuidados com os filhos e com o lar acrescentando-se a isso o mundo do trabalho, assumindo dupla e/ou tripla jornada de trabalho. A feminização do mercado de trabalho indica para o fato de que

o capitalismo tem necessidade de uma mão-de-obra flexível, que empenhe cada vez mais sua subjetividade: o trabalho doméstico assumido pelas mulheres libera os homens e, para as mulheres de alta renda, há a possibilidade de externalização do trabalho doméstico para outras mulheres (KERGOAT,2010, p.94).

A flexibilização do trabalho permite que o capital reduza os custos com a mão de obra através da diminuição do tempo de serviço e da terceirização e contratação por tempo determinado, bem como da exigência de um perfil polivalente de trabalhador que se adapte a multifuncionalidade exigida pelo capital.

Essa flexibilidade vale-se da divisão sexual do trabalho, já que utiliza predominantemente de mão de obra feminina, reforçando sobremaneira as desigualdades de gênero. De acordo com o relatório da Organização Internacional do Trabalho, o aumento do emprego feminino no mundo não ocasionou uma sensível redução das desigualdades entre homens e mulheres no trabalho (OIT, 2008).

A precarização do trabalho tem como “consequências questionar o direito do trabalho, a proteção social e a modificação das formas de representação e de cidadania” (APPAY; THÉBAUD-MONY, 2009, p.196,). Com a feminização do mundo do trabalho e sua precarização, conforme aponta Meszáros (2002), as mulheres representam 70% dos pobres no mundo.

A divisão sexual do trabalho impõe diferenças que geram desigualdades e se constituem como base para a opressão das mulheres. Souza-Lobo (2011) refere que a classe trabalhadora tem dois sexos e que, além disso, é imprescindível denotar que o mundo do trabalho seja atravessado por gênero, raça/etnia e classe social.

Com a divisão sexual do trabalho, atribuem-se distintas atividades a ambos os sexos, também marcadas por desvantagens econômicas, haja vista que as mulheres permanecem recebem salários mais baixos e que estão inseridas em serviços laborais precarizados, para além do que sofrem o ônus das tarefas domésticas. Contudo, salienta-se, há disparidades entre as próprias mulheres, em que brancas e negras e de classes pobres e ricas se alçam de distintos modos no mundo do trabalho.

Diante desses marcadores sociais – classe social, raça/etnia e gênero – as mulheres vivenciam dessemelhantes formas de opressão e de desigualdades, pelo que faz-se necessário problematizar de que forma repercutem em sua vida, a fim de romper com a análise homogeneizante da categoria mulher.

### **3. A CONSTRUÇÃO DO FEMININO: Triste louca ou má, será qualificada, ela quem recusar, seguir receita tal, a receita cultural”<sup>6</sup>**

O presente capítulo versa sobre diferentes concepções acerca da construção do feminino, inicialmente apresenta as diferentes concepções acerca do corpo feminino enquanto construção histórica, social e cultural, a partir de diferentes percepções científicas realizadas por homens e que determinaram papéis sociais femininos ao longo da história.

Aborda-se também as políticas públicas de saúde para as mulheres no contexto brasileiro, trazendo a análise destas políticas e o modo como se expressam as categorias gênero, classe social e raça e/ou etnia.

Com isso, finaliza-se o capítulo trazendo a saúde mental das mulheres a partir da construção do saber médico demarcado pelo surgimento da psiquiatria, enquanto campo de saber sobre a loucura, demonstrando as diferentes percepções e intervenções realizadas no espaço manicomial e as transformações na atenção à saúde mental das mulheres com o advento da Reforma Psiquiátrica.

#### **3.1 CONCEPÇÕES SOBRE O CORPO FEMININO: “Eu não me vejo na palavra fêmea: alvo de caça, conformada vítima”<sup>7</sup>**

A mulher? É muito simples, dizem os amadores de fórmulas simples: é uma matriz, um ovário; é uma fêmea, e esta palavra basta para defini-la. Na boca do homem o epíteto "fêmea" soa como um insulto; no entanto, ele não se envergonha de sua animalidade, sente-se, ao contrário, orgulhoso se dele dizem: "É um macho!" O termo "fêmea" é pejorativo, não porque enraíze a mulher na Natureza, mas porque a confina no seu sexo (BEAUVOIR, 1980, p.25)

Ao se discutir sobre o corpo feminino é importante se delimitar de que corpo feminino estamos falando. Ao partir da compreensão de que as mulheres não são homogêneas em suas experiências, vivências e lugares que ocupam na sociedade, sendo demarcadas por categorias como gênero, classe social e raça e/ou etnia. As mulheres experimentam realidades diferentes, ao mesmo tempo que o gênero as

---

<sup>6</sup> Trecho da música “Triste, Louca ou Má”, cantada pela banda Francisco el Hombre, composta por Compositor: Vivien Carelli. Disponível em: < <https://www.vagalume.com.br/francisco-el-hombre/triste-louca-ou-ma.html>>.

<sup>7</sup> Idem ao 3.

aproximam por sofrem com o machismo e sexismo, as questões de classe social, raça e/ou etnia, geram um abismo social entre as mulheres, e neste contexto estão implicadas as concepções acerca de seus corpos, que assim definem papéis sociais e comportamentos a serem seguidos.

Ao longo da História, o corpo das mulheres despertou grande interesse e curiosidade por parte de filósofos, religiosos, médicos etc. adquirindo, assim, diferentes conotações e significados atribuídos pelos homens que, não raro, conformaram características negativas, profanas, misóginas, obscuras, analisadas e descritas sob o viés religioso e biológico que demarcam o papel da mulher na sociedade como procriadora e submissa ao homem.

O pensamento médico - que, no decurso do tempo, foi e ainda é atravessado por crenças religiosas - coincide com o dos teólogos ao entender que o corpo da mulher era “um palco nebuloso em que Deus e Diabo se digladiavam” (DELPRIORE, p.78, 2015). Tal concepção dualista, cuja proposta era de que o corpo feminino estivesse constituído de céu e de inferno, sugeria a doença como originária do pecado, isto é, ao adoecerem as mulheres estariam sendo castigadas por Deus dado seus atos pecaminosos, considerando-se, portanto, as mulheres mais suscetíveis às tentações demoníacas do que o são os homens, devido à sua natureza biológica (ossos e músculos menores) e sua natureza emocional (por explicitarem mais seus sentimentos) entendidas como frágeis.

Conforme essa concepção, a função da criação da mulher por Deus respondia a apenas um fim, qual seja, a procriação. Logo, a mulher, dotada de passividade e, por conseguinte, não autônoma, deveria *a priori* servir aos homens. Logo, as mulheres - uma vez que ‘inferiores’ aos homens -, eram analisadas sob o ponto de vista biológico e moral.

O filósofo grego Aristóteles defendia, por seu turno, a teoria do sexo único, em que homem e mulher possuíam os mesmos órgãos genitais, porém, descrevia a mulher como homem em falta, constituída por um pênis interno, em razão da ausência de calor durante a gestação; ademais, também considerava o homem como elemento principal para haver a procriação. Segundo Badinter (1980), Aristóteles, do ponto de vista filosófico, foi o primeiro a justificar a autoridade do marido e do pai, sob a razão de que tal autoridade é legítima uma vez que ocorre desigualdade natural entre os seres humanos, cuja posição específica de cada sujeito define sua relação com os demais.

Galeno, no século II d.C, desenvolveu um modelo de identidade estrutural sobre os órgãos reprodutivos de mulheres e de homens, utilizando como respaldo as dissecações de Herófilo, afirmou que a vagina era um pênis interno, em que o útero corresponderia ao escroto, os ovários aos testículos, a vagina ao pênis e a vulva ao prepúcio. A mulher, portanto, era considerada inferior por ser um homem imperfeito, desprovida de força e de intensidade de calor vital, atributos necessários para a evolução do corpo (LAQUEUR, 2001).

Nesse sentido, a interpretação dada por Aristóteles e depois por Galeno é de que “no ápice da cadeia dos seres vivos estava o homem, por sua natureza quente e seca, seguido da mulher, hierarquicamente inferior por ser considerada mais fria e úmida” (MARTINS, 2004). A partir da concepção filosófica de Galeno e Aristóteles, a mulher era pensada como um homem invertido e inferior, ou seja, um ser incompleto, inacabado, que não se desenvolveu.

Esse pensamento baseado na explicação do sexo único, constituiu-se como modelo dominante e vigorou durante largo período histórico, desde a Grécia Antiga ao final do século XVIII, quando surgem novas percepções em virtude da mudança de organização da sociedade. De acordo com Laqueur (2001), as transformações sociais provocadas por movimentos filosóficos, como o Iluminismo, e por movimentos revoltosos, como a Revolução Francesa, implicaram na necessidade de modificar o modelo sexual até então vigente, a fim de justificar as diferenças entre mulheres e homens que fossem compatíveis com os ideais republicanos.

Com isso, o modelo hegemônico passa a ser o de dois sexos, caracterizados por um antagonismo crescente que estabelece diferenças entre homens e mulheres conforme sugere Martins (2004, p.30) “o corpo passou a ser um novo campo de redefinição das relações de gênero e a ciência voltou-se para a natureza em busca das explicações a respeito das diferenças humanas”.

Através das leis naturais, os cientistas passam a empregar as diferenças sexuais para estipular a hierarquização e a opressão ao sexo feminino - tido como biológica e politicamente inferior -, valendo-se do sexo como categoria de diferenciação. As mulheres, então, eram consideradas mentalmente frágeis e sensíveis, razão pela qual estariam incapacitadas a exercer atividades de cunho intelectual e político, estando estas reservadas particularmente aos homens.

Martins (2004) aponta que ao final do século XVIII, sexo e raça tornam-se categorias biológicas inter-relacionadas no discurso científico, tendo em vista que os

naturalistas e filósofos utilizavam as diferenças sexuais e raciais para justificar e fundamentar a desigualdade social. Logo, as diferenças raciais foram classificadas hierarquicamente por meio de características culturais e físicas, tendo como padrão de normalidade o homem branco europeu. Considerando-se o período, depreende-se que essas alterações são fruto da necessidade de legitimar a escravidão e as políticas de dominação de povos considerados subdesenvolvidos.

No final do século XVIII, enquanto a Revolução Francesa pregava os direitos de igualdade e liberdade, assistia-se a uma intensificação das preocupações, especialmente por parte dos médicos, com a diferença entre homens e mulheres. A onda de reformas e igualitarismo, longe de provocar uma revolução também nas representações médicas sobre a natureza dos seres humanos, acaba, ao contrário, originando uma reafirmação sem precedentes da sua condição biológica e dos papéis sociais atribuídos a cada sexo (ROHDEN, 2001, p.29)

Nesse contexto, Foucault (1977) refere que a medicina moderna fixou como data de seu nascimento os últimos anos do século XVIII, devido às transformações do saber médico, que adquiriu caráter científico, passando a escutar mais a razão do que o imaginário, tendo por referência estudos da cirurgia e da anatomia patológica.

A 'descoberta' das diferenças sexuais pelas ciências biológicas contribuiu para a reabilitação de um órgão exclusivo das mulheres que acabou se tornando um verdadeiro fetiche nos discursos médicos: o útero. [...]Este órgão era a prova que eles constantemente evocavam de que a Natureza não havia criado um ser imperfeito, como pensavam os antigos, mas confiado às mulheres a missão de gerar e de dar à luz; desse modo, o útero, portanto, estava intimamente associado ao papel social que os rousseauístas tanto defendiam para a mulher: ser mãe (MARTINS, 2004, p.38)

A concepção dos médicos nesse período histórico reforçou os papéis sociais atribuídos às mulheres, tendo a maternidade - criação e cuidado dos filhos - como incumbência essencialmente da mulher, sob a perspectiva biológica de sexualidade feminina estritamente relacionada à função reprodutiva.

No século XIX, houve uma ampliação de estudos sobre as diferenças sexuais das mulheres realizados por cientistas, principalmente da área médica, em que surgem diversas publicações acerca do corpo feminino, o que desencadeou o surgimento de campos especializados na saúde da mulher, denominados de ginecologia e obstetrícia.

O conhecimento da área da obstetrícia implicou em transformações nos métodos de investigação e de intervenção na saúde da mulher através da cirurgia, de

exames e de instrumentos como o fórceps, utilizado em partos. Com isso, permitiu-se a ampliação das possibilidades de salvamento dos bebês, ao mesmo tempo em que profissionais médicos questionavam o uso do instrumento em virtude das mutilações eventualmente ocorridas durante o parto.

Antes do surgimento da obstetrícia, o parto era somente realizado por mulheres parteiras, com intervenção médica apenas em caso de complicações de saúde. Essa objeção dos médicos com relação ao parto “está associado uma prática vil e inferior associada à dor, ao sangue e às impurezas, sendo, portanto, um assunto a ser resolvido pelas próprias mulheres” (MARTINS, 2004, p. 68).

No entanto, a obstetrícia inaugurou a inserção dos médicos no processo do parto e tornou as parteiras suas auxiliares. Para além disso, os médicos também se tornaram especialistas “da gravidez, do puerpério, da saúde e das doenças dos recém-nascidos, associando a experiência aos conhecimentos científicos produzidos nas principais faculdades de medicina europeias” (MARTINS, 2004, p.78).

Rohden (2001) aponta que a ginecologia se converteu na ciência da diferença em que se realiza a distinção natural com caráter biológico e predeterminado entre os sexos, compreendendo que homens e mulheres se distinguem também por suas características morais e psicológicas, implicando com que o gênero estivesse vinculado apenas ao sexo. Assim sendo, a ginecologia, enquanto ciência da mulher, corrobora a afirmação de papéis sociais femininos destinados unicamente à procriação, tendo como foco interventivo a saúde reprodutiva, o que resulta na reiteração da concepção da mulher enquanto cuidadora do lar e da família.

O útero feminino foi o órgão que despertou grande interesse nos médicos, denominado como madre e por um longo período “a medicina então praticada tinha por objetivo definir uma normalidade que exprimisse o destino biológico da mulher” (DELPRIORE, 2015, p.79). Desse modo o corpo feminino tomava para si um “olhar seletivo que refletia o interesse científico em compreender, adestrar e prevenir-se contra os intempestivos assomos do útero” (DELPRIORE, 2015, p. 96).

O foco no útero, para os cientistas, tinha como fim garantir o seu funcionamento para o desenvolver da maternidade e o corpo da mulher era observado tão somente por seu caráter reprodutor. Essa concepção passa a modificar-se a partir do século XIX, “quando os estudos de ovologia e ginecologia elegeram os ovários como os órgãos” (MARTINS, 2004, p. 42). Porém, ao mesmo tempo, o órgão era considerado

fonte de diversas doenças cujo mau funcionamento acarretaria distintos males, em especial no que se refere aos humores das mulheres.

No discurso médico, o útero era o órgão responsável pela identidade feminina, a partir dele se explicavam as características de sua fisiologia e de sua psicologia, entendidas como vulneráveis. A este órgão considerado a matriz central, atribuiu-se a origem da histeria, ou seja, as alterações no seu funcionamento refletiriam nos demais órgãos, com lesões que chegariam até o cérebro (COLLING, 2015).

Como dito, a sexualidade feminina estava voltada para sua natureza reprodutora, o padrão de normalidade imposto às mulheres era o desinteresse por sua sexualidade. Os médicos descreviam o desejo sexual feminino como patológico, causador dos desvios da moral.

O cientista italiano Cesare Lombroso, considerado o criador da antropologia criminal, publicou o livro “Mulher Delinquente, Prostituta e a Mulher Normal”, em 1893, realizando uma tipologia criminal a partir das diferenças entre os sexos, abordando a mulher como inferior ao homem, menos inteligente, fraca, de natureza vingativa e dotada de impulsos instintivos, o que as conduziria a não possuir o controle dos seus atos.

Lombroso fundamentava-se na teoria evolucionista de Darwin, que afirmava que alguns indivíduos se desenvolvem mental e corporalmente, possuindo vantagens sobre os demais; com isso, relegava a mulher a uma posição de inferioridade relativamente ao homem. O cientista foi influenciado pelas técnicas de cranioscopia, que consistia na análise do formato do crânio a fim de verificar a tipologia criminal e prováveis doenças mentais. O discurso de Lombroso também era marcado pelo racismo, pois propagava que as populações pobres e pretas possuíam tendências delinquentes. As ideias de Lombroso tiveram grande influência na medicina e no direito criminal e, ainda hoje, encontram eco na concepção da figura do criminoso na sociedade.

No século XIX, ocorre o processo de patologização do corpo da mulher, a partir da ampliação de pesquisas médicas sobre os comportamentos femininos, fortalecendo a ideia da mulher como hiperssexualizada (MARTINS, 2004). Conforme Foucault (1979), esse período é caracterizado pela histerização do corpo feminino, em que as doenças ditas femininas eram interpretadas pelo saber médico como oriundas de sua etiologia sexual. Com isso, o corpo da mulher foi analisado,

qualificado e desqualificado, para por fim se estabelecer que esse corpo deveria ser objeto de intervenção das práticas médicas.

A partir disso, o saber médico passa a problematizar a sexualidade feminina, considerando-a um desvio moral da mulher, cuja masturbação se entendia como um problema antagônico à sua natureza, haja vista a crença, nesse período, de que as mulheres fossem incapazes de terem desejos sexuais.

Neste mesmo século, o médico Sigmund Freud, utilizando como base seus atendimentos realizados com mulheres, elaborou estudos sobre a histeria que convergiram, junto a outros, no desenvolvimento de uma nova teoria de conhecimento, a psicanálise, cuja fundamentação versa sobre a noção do inconsciente.

Apesar de Freud propor uma nova teoria do conhecimento, esta acaba por reforçar os papéis sociais atribuído às mulheres, a partir da cientificidade. Ao mesmo tempo que coloca em “evidência a importância da sexualidade na constituição da personalidade feminina”, em contrapartida, “sua concepção da psicologia das mulheres não fica nada a dever aos padrões e valores culturais patriarcais e falocráticos”, tendo em vista que sua teoria “deu novo alento à antiga tradição do domínio masculino com a autoridade que lhe dava ser a mais nova das ciências” (COLLING, 2015, p.196).

Dessa forma, a ciência contribui para a concepção de feminilidade, com papéis sociais que, ao final do século XIX e início do século XX, consideravam que a mulher deveria ser

Foi o discurso da histeria feminina cujos sintomas são a languidez, o cansaço, a melancolia e o desinteresse das mulheres, desenvolvido nos séculos XVIII e XIX, que fascinou Freud. Segundo ele, a sexualidade feminina é desenhada a partir do confronto com a “perfeição” masculina e marcada por uma insatisfação da mulher, de sua consciência da falta do pênis e na inveja dele. O feminino é definido como falta, privação, impotência – a mulher é um homem “incompleto” (COLLING, 2015, p.196).

Entretanto, essa concepção do corpo da mulher branca no processo histórico se difere da mulher negra. Conforme Davis, “as mulheres negras como trabalhadoras não podiam ser tratadas como ‘o sexo fraco’ ou como ‘esposa/dona de casa’”, para estas mulheres o espaço da vida doméstica era “o único espaço onde podiam verdadeiramente experienciarem-se como seres humanos” (DAVIS, 2016, p. 19).

O sistema colonial impôs a lógica de subserviência e coisificação do outro, embasada na compreensão de superioridade racial, em que o corpo é entendido

como escopo de dominação e objetificação, passivo de controle do colonizador sobre o colonizado. Assim, o corpo da mulher negra foi construído desde uma imagem hipersexualizada, considerado exótico e pecaminoso ao mesmo tempo em que proibido, significando objeto sexual para a satisfação dos desejos do homem branco.

Gilberto Freire (1933), em *Casa-Grande & Senzala*, obra que enfatiza a formação da sociedade brasileira no contexto da miscigenação entre os brancos, mormente os portugueses, dos escravos negros oriundos das várias nações africanas e dos distintos povos indígenas que habitavam o Brasil, depõe sobre ditado da época: “branca para casar, mulata para fornicar e preta para trabalhar”. Tal afirmação expressa e sintetiza o imaginário social racista brasileiro, imputando papéis sociais racializados e hierarquizados sobre a mulher negra como figura sexualizada. De acordo com Mayer (2010), a categoria mulata foi construída sob o viés da democracia racial, a fim de camuflar os aspectos negativos atribuídos às mulheres escravas, tornando-as símbolo da beleza sexualizada do país, o que por sua vez configura a negação da mulher negra, através de seu branqueamento, em que passa a ser dotada apenas de atributos físicos, a ela negando-se uma posição ativa na sociedade.

Durante o período colonial, às mulheres negras atribuiu-se inúmeras funções enquanto escravas da casa grande, cuja multiplicidade abrangia as ocupações de mucamas; de escravas de ganho; de prostitutas; de trabalhadoras das lavouras; de cozinheiras; de amas de leite; de cuidadoras dos filhos dos senhores e de cuidadoras de enfermos. Seus corpos também figuravam como objeto sexual de seus donatários - o que levava a ocorrência de abusos sexuais constantes e dos quais se geravam filhos bastardos de seus senhores. Tal fato não raro degenerava em ciúmes por parte das mulheres brancas que, por sua vez e como forma de vingança, aplicavam-lhes castigos e torturas.

Os corpos femininos negros, na escravidão, eram utilizados para a procriação como forma de ampliar o número de escravos e de gerar mais lucro aos seus donatários - prática que se traduzia no estupro dessas mulheres, fato intimamente ligado também à justificativa dos seus corpos como objeto sexual.

Mesmo após o período da escravidão, as mulheres não se eximiram da condição de vítimas de abusos os mais diversos. Sua inserção na força de trabalho remunerado ocorre pelo serviço doméstico, em cujo espaço o abuso sexual perpetrava-se pelo patrão e/ou seus filhos, ancorados na tradição e herdeiros de valores provenientes do sistema colonial.

O que poderia ser considerado histórias ou lembranças do período colonial permanecem vivas no imaginário social e adquirem novas roupagens e funções em uma ordem social supostamente democrática que mantém intactas as relações de gênero, segundo a cor e a raça instituídas no período escravista (CARNEIRO, 2005, p.23).

Essas representações permanecem na cultura brasileira e acarretam no modo como as mulheres negras são percebidas e tratadas nas relações sociais até os dias de hoje, tornadas símbolos sexuais, erotizadas e não raro “consideradas apenas um corpo sem mente” (HOOKS, 1995, p.469).

Davis (2016, p. 128) relata que “o racismo sempre tirou força da sua habilidade de encorajar a coação sexual. Enquanto as mulheres negras e as suas irmãs de cor foram os principais alvos destes ataques de inspiração racista, as mulheres brancas também sofreram”. Apesar de todas as mulheres figurarem como possíveis vítimas da cultura do estupro, dentre elas, a mulher negra é a que mais sofre, uma vez que considerada lasciva e desumanizada - fato que aparentemente legitimaria e justificaria tal violência.

A cultura do estupro<sup>8</sup> faz parte do sistema patriarcal, estruturado a partir do pensamento de dominação dos homens sobre as mulheres, os seus corpos tornam-se propriedade privada do poder masculino, tratado como um objeto e suscetíveis a diferentes formas de violação, dominação, controle e exploração. A partir disso, a cultura do estupro,

justifica violações por meio do discurso da dupla moral sexual que posiciona papéis diferentes para homens e mulheres no exercício da sexualidade, devendo a mulher comportar-se de forma passiva e pudica, já o homem de forma ativa e dominadora. Assim, os crimes contra a dignidade sexual se distinguem em linhas tênues da conduta sexual dos padrões patriarcais (FERNANDES et.al, 2016, p. 47)

Essas expressões reforçam a naturalização de diversas modalidades de violências cometidas contra as mulheres, dentre as quais evidenciam-se as de cunho sexual como o estupro, justificado involuntariamente pela culpabilização da vítima sob o questionamento acerca do modo como se comportam, dos lugares que frequentam e das roupas que vestem - tal como se em razão disso, merecesse a

---

<sup>8</sup> O termo “cultura do estupro” começou a ser utilizado na década de 1970 por feministas americanas, com o propósito de conscientizar a sociedade sobre o estupro.

mulher o infortúnio da violação. Para além disso, vigora em defesa do homem o discurso de que o abuso se dá à custa de sua natureza biológica, isto é, a de quem não controlaria os seus desejos e impulsos, bem como pela necessidade de atestar sua masculinidade, cabendo assim à mulher a responsabilidade de evitar expor-se à violência.

Destarte, “a cultura do estupro funciona como política de controle das mulheres e está imiscuída em todas as searas da vida social, inclusive nas instituições incumbidas de puni-las e preveni-las, como os órgãos forenses e de polícia” (FERNANDES et.al, 2016, p. 47), o que torna a denúncia demasiadamente sofrida uma vez que na exposição de seus relatos aos aparatos judiciais são - as mulheres - invariavelmente questionadas a respeito de seu comportamento, o que as torna suscetíveis e passíveis de juízos culposos, entendidas assim como coniventes com a violência sofrida.

Os estereótipos vinculados a mulher negra possuem caráter depreciativo e excludente, classificando diversas partes do seu corpo, o consolidando pela diferença do outro, em que “divide o normal e o aceitável do anormal e do inaceitável” (HALL, 1997, p. 258), permeado por uma ambiguidade em que ora desperta repulsa, ora o desejo. Também se atribuía as mulheres negras de terem um insaciável apetite sexual, culpabilizando estas mulheres por sua exploração sexual e objetificação.

Como exemplo desta estereotipia respeitante ao corpo da mulher negra, recordemos a história da sul africana Sarah Baartman, denominada como Vênus Hotentote, que no século XIX foi exposta em atrações circenses e científicas por razão de seus traços corporais - considerados exóticos na visão branca europeia -, evidência incontestada da terrível objetificação de que padeciam as mulheres negras e do racismo de que eram alvo. Sarah foi posta em uma jaula e presa a correntes; seu corpo, exposto nu; tão somente com a vagina coberta, foi obrigada a caminhar de quatro para ressaltar o tamanho de suas nádegas, acentuando uma natureza animalésca como forma de sexualidade (PELLEGRINI, 2009). Seu corpo foi ainda utilizado como objeto científico para a construção do estereótipo da mulher negra através da diferenciação do corpo europeu branco para logo ser tratado como uma anormalidade e, por fim, por contraposição, para estabelecer o que seria um padrão de normalidade da branquitude.

O padrão de beleza feminino construído socialmente - branca, magra, alta, cabelo liso, sem pelos no corpo, sem celulite e sem marcas - coloca a mulher numa

constante luta contra a natureza de seu corpo e em incessante busca pela “aparência perfeita”. Para isso, fazem uso de procedimentos cirúrgicos, tratamentos estéticos, cosméticos, depilação, dietas sem acompanhamento profissional dentre outros procedimentos com foco a que se encaixem em padrões de beleza e não em sua saúde.

Essa exaltação ao culto do corpo perfeito disseminada pela mídia denota qual o estereótipo padrão a ser seguido, ao passo que contribui para a desvalorização da identidade feminina e suas subjetividades e valoriza apenas o que se determina como belo, implicando assim, mais uma vez, na objetificação do corpo feminino.

A sua diferença é negada na sexualidade, nas práticas, afetos, estética e na visão social sobre os corpos (RUBIN, 2012). A pressão estética exercida sobre o corpo das mulheres atribui aspectos negativos inerentes às diversidades etnoraciais, gordura, envelhecimento e pobreza; com o que promove inúmeros impactos na vida e nas subjetividades dessas mulheres, repercutindo em processos de adoecimentos e de exclusão. Observe-se que, ao não se encaixarem nos padrões sociais estéticos, as mulheres possuem maior dificuldades de inserção no mercado de trabalho, uma vez que são compreendidas por este enquanto signo de estereotipia.

Nessa perspectiva, as representações sociais acerca da mulher brasileira permanecem difundidas por meio de discursos e imagens permeadas pelas concepções de raça/etnia, gênero e classe social. Logo, “o corpo é, ao mesmo tempo, um lócus onde se expressam ideais societários, e onde se expressam relações de poder e desejo” (MAIA, 2011, p. 334). Conforme Silvana Goellner:

O corpo é produto de uma construção cultural, social e histórica sobre o qual são conferidas diferentes marcas em diferentes tempos, espaços, conjunturas econômicas, grupos sociais, étnicos etc. Ou seja, não é algo dado a priori, nem mesmo é universal: é provisório, mutável e mutante, suscetível a inúmeras intervenções consoante o desenvolvimento científico e tecnológico de cada cultura, bem como suas leis, seus códigos morais e sua linguagem, visto que ele é construído também a partir daquilo que dele se diz. (...) Educa-se o corpo na escola e fora dela: na religião, na mídia, na medicina, nas normas jurídicas, enfim, em todos os espaços de socialização nos quais circulamos cotidianamente (2015, p.135).

Desde a infância, impõe-se às mulheres um padrão de beleza que se expressa, por exemplo, através de desenhos animados compostos por princesas brancas e loiras; modelos de bonecas como Barbie e Susi; assimiladas como um modelo de corpo perfeito. Com isso, perpetua-se a lógica do padrão de beleza a buscar-se ao

longo da vida, baseado em moldes estéticos racistas e sexistas, com a supervalorização discursiva de branquitude. Assim, “a identidade e o lugar estrutural de branquitude são identificados por uma cadeia de associações discursivas, que ao branco é destinado todas as qualidades que denotam sucesso, felicidade, elegância e poder, entre outros atributos” (MAIA, 2011, p. 315).

Dito isso, não se pode negar as transformações ocorrentes na cultura infantil com a ampliação da diversidade das personagens femininas em suas histórias, que abordam em seus enredos figuras femininas rompedoras de padrões históricos de gênero, propondo o afastamento da idealização do casamento com o príncipe encantado, retratando o protagonismo e a representatividade de mulheres que sempre estiveram, até então, à margem do padrão de beleza homogeneizado socialmente. Essas mudanças também se fazem presentes na ampliação de ofertas de bonecas negras de cabelos cacheados, bonecas com deficiência, dentre outras características - o que contribui fortemente para a identificação e o fortalecimento da autoestima das crianças.

Ainda que hajam avanços na ludicidade infantil, os papéis de gênero continuam presentes na infância e se exprimem através de brincadeiras, de vestimentas, da escolha e uso de cores e de comportamentos que demarcam o que é de menino e o que é de menina. Por outro lado, compreende-se que a superação destes valores historicamente construídos não se dá de forma abrupta, isto é, as transformações perpassam pela promoção de uma educação que incorpore a conscientização da igualdade de gênero e o rompimento com a lógica de estereótipos sexistas.

Dessa forma, a construção do corpo feminino “é resultado de discursos e de práticas. Ele é, portanto, um efeito histórico, parte do processo histórico” (COLLING, 2015, p.180). Na sociedade capitalista, o corpo adquire conotação de máquina de produção e de consumo, necessários para o funcionamento e manutenção do capital. Com isso, o corpo e a sexualidade devem ser controlados para que se tornem dóceis, submetidos à disciplina, utilizados como um meio para atingir um fim – a produção industrial –, tornando-se submisso ao sistema vigente (BORIS; CESÍDIO, 2007, p. 460).

Ao mesmo tempo, o corpo pode ser um espaço político, de lutas e de resistências, para a construção de outras formas de sociabilidade e de corporalidades

que rompam com os padrões patriarcais, racistas e capitalistas a fim de que se promovam experiências sociais e coletivas emancipatórias para todas as mulheres.

### 3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA AS MULHERES: “MINHA SAÚDE NÃO É FERRO, MAS OS MEUS NERVOS SÃO DE AÇO”

As políticas públicas são concebidas como respostas do Estado às demandas e às pressões da sociedade e, por conta disso, devem ser entendidas como processos sociais de caráter histórico, contínuo e inacabado e precisam ser compostas por sujeitos cuja ação é responsável pela ampliação dos direitos sociais (VIANA, 2013).

A política pública integra um processo contraditório no interior do capitalismo pois, ao mesmo tempo em que é capturada pelo capital com o intuito de obtenção de lucro, opera também como uma estratégia de fortalecimento dos trabalhadores contra o apetite do capital (PEREIRA; PEREIRA, 2010).

A materialização das políticas públicas no aparato estatal é balizada por estruturas marcadas pela fragmentação, excessiva burocratização, paralelismo de ações, endogenia de departamentos, entre outras. Constituindo-se, pois, como obstáculos presentes na realidade institucional dos serviços públicos, desarticulando as demandas da população atendida (MIOTO; SCHÜTZ, 2011).

Portanto, é necessário salientar o caráter contraditório de que se constituem as políticas públicas que, por meio da diminuição do Estado, passam por um processo de desmonte e expressam como características a fragmentação, a burocratização e a focalização, dentre outras. Ao mesmo tempo, tais políticas propugnam consideráveis avanços na consolidação de direitos sociais; porém, faz-se necessário compreender seus limites e suas fragilidades no sentido de que não se atribua a elas um caráter messiânico, capaz de suprimir todas as desigualdades entre homens e mulheres que secular e historicamente vigoram em nossa sociedade.

A política pública de saúde no Brasil se estrutura através do Sistema Único de Saúde - SUS, criado pela Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, também chamada de Lei Orgânica da Saúde, promulgado através da Constituição de 1988. O sistema possui como princípio constitucional a saúde como direito de todos e dever do Estado, pelo que propõe também como princípios a universalidade, a equidade e a

integralidade, operacionalizando-se pelas diretrizes de descentralização, regionalização e hierarquização do cuidado e de participação da comunidade. Desse modo, tais princípios e diretrizes passam a nortear todas as demais áreas que compõem a política de saúde, como as políticas de saúde mental e de saúde para as mulheres.

A política pública de saúde das mulheres no Brasil tem sua gênese centrada exclusivamente nas demandas oriundas do período gravídico puerperal. As propostas desenvolvidas até a década de 1960 objetivavam a adequação das mulheres ao seu papel de mães e cuidadoras dos filhos. Tais ações baseavam-se numa concepção restrita sobre a mulher, a partir de sua especificidade biológica e no cumprimento de seu papel social de mãe e de cuidadora da família.

No entanto, o movimento feminista brasileiro realizou diversas críticas a essas compreensões reducionistas e às ações governamentais que não correspondiam às reais necessidades e demandas de saúde das mulheres. O movimento teve papel decisivo na construção das políticas públicas voltadas às mulheres, reivindicando melhores condições de vida, equidade de gênero, direitos à sexualidade e à procriação, planejamento familiar, descriminalização do aborto e a democratização da educação para a saúde e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros.

Neste contexto, o tema da saúde também começa a ser discutido por outros atores sociais, como o Movimento Popular em Saúde e o movimento médico, que defendiam a reformulação do setor e cuja atuação desencadeou na proposta da Reforma Sanitária brasileira. Assim, o movimento feminista integra-se às discussões da Reforma Sanitária no contexto do conceito ampliado em saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde cria em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM, que surge como projeto inovador na intervenção na saúde da mulher e que contempla a perspectiva de integralidade da atenção.

Costa (2009) refere que o PAISM é resultado da junção de duas vertentes. A da saúde em sua integralidade, defendida pelo Movimento de Reforma Sanitária; e a vertente defendida pelo Movimento Feminista, que clamava por políticas específicas para mulheres. Ambas atuando para que de forma democrática se facilitassem informações relativas ao corpo, à saúde e à sexualidade.

A criação desse programa visava romper com a lógica fragmentária de atenção à saúde da mulher voltada apenas para as suas questões reprodutivas, a fim de

estabelecer um panorama global de suas necessidades através da perspectiva da integralidade na atenção às mulheres.

O conceito de integralidade em saúde deve abranger ações que, na implantação dos planos de atenção à saúde, incluam aspectos do ser humano em sua verticalidade e horizontalidade, ou seja, em sua complexidade de forma intra e extrarrelacional, que busque garantia e qualidade de vida, considerando o indivíduo não apenas um corpo orgânico, porém, antes, fruto do ambiente que o cerca e determina sua forma de agir, pensar e acumular experiências (MANDÚ, 1999).

Convém destacar que no contexto da criação do PAISM, ainda não havia sido promulgada a constituição de 1988 e, conseqüentemente, nem o Sistema Único de Saúde. Sendo este programa uma referência para a construção do SUS, ao abordar a questão da integralidade que, posteriormente, na legislação, virá a ser contemplada como um dos princípios do sistema.

O PAISM consiste como um marco nas políticas públicas para as mulheres em que, segundo Osis (1998, p.31): “as mulheres deixaram de ser vistas apenas como parideiras, e o cuidado de sua saúde não deveria mais restringir-se à atenção pré-natal, ao parto e puerpério”, rompendo, assim, com a visão ligada a mulher somente vinculada ao processo reprodutivo.

Apesar dos avanços desencadeados pelo PAISM, ele também foi alvo de inúmeras críticas, como a falta de implantação em todo país, a dificuldade de executar sua proposta de integralidade e como aponta Osis (1998, p.31) “a morosidade, o descompasso entre a discussão, o planejamento e as medidas práticas, o que traduz a falta de compromisso político para com a implementação do programa”.

Mattos (2006) aponta que os limites do PAISM são impostos em grande parte pela forma como a política assumiu o caráter de programa. Tendo em vista que os programas têm repercussões institucionais e, portanto, âmbitos delimitados no confronto com outros programas, restringem a proposta de integralidade. Assim, o programa ocupou-se predominantemente com problemas de saúde da mulher pelas suas especificidades biológicas, ao passo que suas peculiaridades culturais vinculadas ao gênero não puderam ser abordadas adequadamente.

Entretanto, embora tenham ocorrido dificuldades e descontinuidades na implementação da PAISM, o governo federal operou mudanças a partir dessa política, pela qual a saúde da mulher tornou-se prioridade de governo. Assim como foi concebida pela Organização das Nações Unidas (ONU), no período de 1975 a 1985,

como a “Década da Mulher”, em que vários países se comprometem com o desenvolvimento de políticas públicas que propiciassem a superação das desigualdades entre mulheres e homens, compreendendo que a discriminação a mulher viola princípios de igualdade de direitos e da dignidade humana.

Com o advento do Sistema Único de Saúde – SUS, a partir da Constituição de 1988, o PAISM define a política especial de atenção a ser oferecida à população feminina propondo que os serviços de saúde devam dar assistência às mulheres em todas as suas necessidades de saúde, fases da vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase (SANTOS, 2005).

Posteriormente o Ministério da Saúde, no ano de 2004, publica o documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes”, em que faz referência no seu texto sobre a contribuição do movimento de mulheres, movimento negro, das trabalhadoras rurais, entre outros atores da sociedade, para a sua construção.

Nesse documento há a incorporação do enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores pelo que se busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento às mulheres com HIV/aids e às portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004). A partir desses enfoques que se erigiu a PNAISM, visando a superação das lacunas e das dificuldades deixadas pela PAISM.

Com isso, realizou-se a análise desta política pública no intuito de identificar como as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social são contempladas e repercutem na elaboração das políticas para a saúde mental das mulheres.

Ao realizar a análise da PNAISM, encontra-se em seu texto um capítulo que versa sobre a saúde da mulher e o enfoque de gênero em que refere “as desigualdades sociais, econômicas e culturais se revelam no processo de adoecer e morrer das populações e de cada pessoa em particular, de maneira diferenciada” e aponta que “as populações expostas a precárias condições de vida estão mais vulneráveis e vivem menos” (BRASIL, 2004, p.12).

Para fundamentar tal afirmação, a política utiliza dados do relatório mundial sobre a situação da população que demonstram as desigualdades de gênero e em que as mulheres que vivenciam situação de pobreza acima dos homens, trabalham mais horas e desempenham grande parte de seu tempo em atividades que não são remuneradas, fatores estes que incidem na dificuldade de acesso aos serviços de saúde e aos bens sociais (BRASIL, 2004).

Isso ocorre, em parte, como consequência das desigualdades de gênero, devido ao acúmulo de atividades que as mulheres exercem, seja nos cuidados da casa ou no cuidado com os filhos e familiares; some-se a isso, o mercado de trabalho, em que não raro exercem atividades sob vínculo precários, baixos salários e sem os mínimos direitos sociais que, por sua vez, repercutem em desigualdades e dificuldades no desenvolvimento dos seus próprios cuidados em saúde.

A política também apresenta dados sociodemográficos a partir de indicadores sociais do IBGE que demonstram que as mulheres recebem remuneração inferior aos homens:

[...] A população feminina ocupada concentra-se nas classes de rendimento mais baixas – 71,3% das mulheres que trabalham ganham até dois salários mínimos, contra 55,1% dos homens, e a desigualdade salarial aumenta conforme a remuneração. A proporção de homens que ganham mais de cinco salários mínimos é de 15,5% e das mulheres é de 9,2%. No que se refere ao trabalho doméstico, as mulheres dedicadas a essa atividade (19,2%) e que não recebem remuneração (10,5%) é bem maior do que a dos homens (0,8% e 5,9% respectivamente) para o ano de 2003 (BRASIL, 2004, p.22).

Os dados apontam as desigualdades de classe social e de gênero no mercado de trabalho, oriundas da divisão sexual do trabalho e que consiste no pilar central do sistema patriarcal e capitalista, determinando papéis e formas de controle para as mulheres, explorando a mão de obra feminina como forma de maximizar o acúmulo de capital; por fim, impactando na qualidade de vida das mulheres que ainda se encontram sob o exercício de atividades de maior precariedade.

A PNAISM reconhece gênero como um dos determinantes de saúde que resulta em outras desigualdades; reconhece, também, a importância da perspectiva de gênero na formulação de políticas públicas, na análise do perfil epidemiológico e no planejamento das ações em saúde.

Esta política refere que “as desigualdades de gênero tendem a aprofundar outras desigualdades sociais e a discriminação de classe, raça, casta, idade,

orientação sexual, etnia, deficiência, língua ou religião, dentre outras” (BRASIL,2004, p.13). Do mesmo modo, salienta que mulheres e homens estão expostos a variados tipos e graus de risco em função da organização social das relações de gênero, como também a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte.

Souto (2008) alude que na PNAISM a abordagem de gênero na análise da integralidade consiste em tornar como referência os modos como homens e mulheres se relacionam no cotidiano de suas vivências e que são produtos da determinação social do processo saúde/doença que se evidencia nos seus corpos e que marca suas vidas.

A PNAISM possui um item específico que aborda a saúde mental das mulheres e reconhece que a partir das suas condições sociais, culturais e econômicas, assim como as violências a que estão expostas, tornam-se mais suscetíveis ao adoecimento psíquico, portanto, sendo as mais penalizadas com o desmonte das políticas sociais e dos serviços públicos. Em seu texto a política menciona que o agravamento de desigualdades vivenciado por parte das mulheres também ocorrem em virtude de classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual; isto é, são fatores nítidos que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental das mulheres:

Pensar em gênero e saúde mental não é apenas pensar no sofrimento causado pelos transtornos mentais que acometem as mulheres, ou então nas tendências individuais que algumas mulheres apresentam em desencadear crises e depressões. Antes de tudo, é necessário contextualizar os aspectos da vida cotidiana das mulheres, conhecer com que estrutura social contam ou não, para resolver as questões práticas da vida, e reconhecer que a sobrecarga das responsabilidades assumidas pelas mulheres tem um ônus muito grande, que muitas vezes se sobrepõe às forças de qualquer pessoa (BRASIL, 2004, p.45).

A política aponta para o aumento de internações psiquiátricas femininas no SUS devido a transtornos mentais - com diagnósticos de transtorno de humor e uso de álcool e outras drogas - bem como apresenta o indicativo de mortes por suicídio decorrentes de depressão pós-parto de modo incipiente. No entanto, não propõe alternativas de intervenções para enfrentamento e nem reversão desses malefícios - o que tem por intuito que a atenção à saúde mental das mulheres seja realizada de modo humanizado, eficiente e eficaz. Para tanto, faz-se preciso que a incorporação da perspectiva de gênero e da integralidade estejam presentes na formação dos profissionais da saúde com vistas a propiciar um atendimento reconhecedor dos direitos humanos das mulheres de modo integral.

A PNAISM reconhece a carência do enfoque de gênero para a saúde mental e no adoecimento dessas mulheres. Assim, refere a necessidade de que o modelo de atenção à saúde mental das mulheres seja incorporado pela perspectiva da integralidade e de gênero nas ações dos trabalhadores e em sua formação profissional.

Dessa maneira, cabe considerar que os aspectos da vida cotidiana das mulheres e as desigualdades de gênero podem converter-se num fator determinante para seu adoecimento. A política prevê como objetivo e estratégias para implantação de atenção à saúde mental das mulheres sob o enfoque de gênero:

Melhorar a informação sobre as mulheres com transtornos mentais no SUS; qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres com transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres com transtornos mentais (BRASIL, 2004, p.71).

Não obstante se aponte a importância de reconhecer gênero e raça para qualificar a atenção à saúde das mulheres com transtornos mentais, essas são abordadas de modo raso, o que transmite a ideia de que foram utilizadas apenas como citação obrigatória. Com isso, “a dissociação dessas variáveis pode levar a análises parciais, mas principalmente a distorções na compreensão da dinâmica de dominação e dos padrões das desigualdades” (BIROLI; MIGUEL, 2015, p.29). Ao desconsiderar que o entrelaçamento das categorias resulta em múltiplas formas de dominação presentes na sociedade e desconhecer os seus impactos no processo de adoecimento das mulheres, tal política demonstra-se incipiente em suas intervenções.

As doenças sexualmente transmissíveis são consideradas um problema de saúde pública - que tem por seus itens mais conhecidos a transmissão sexual do HIV - e aponta que a incidência maior de casos se concentra nas regiões mais ricas, com índices de maior desigualdade social e de pobreza. Tendo em vista que a baixa escolaridade e a classe social são inversamente proporcionais à possibilidade de negociação com o parceiro acerca do uso de preservativo. Contudo, mesmo com maior poder aquisitivo, grau de instrução e independência financeira, a mulher ainda possui pouco espaço de negociação nas relações, porém, percebe-se menos exposta ao risco (BRASIL, 2004).

Essa realidade expressa os valores impostos historicamente às mulheres pelo sistema patriarcal, tornando-as subordinadas ao desejo masculino, determinando o

modo como serão realizadas as relações sexuais a partir da obrigação de satisfazer o parceiro. Em contrapartida, os valores sociais para homens concernem a que e possuam vida sexual ativa, relações sexuais com muitas mulheres, amplo conhecimento referentes ao sexo, impulso sexual incontrolável, para além do fato de que os homens não se veem como potencialmente propensos à aquisição do vírus, mesmo quando não se protegem (CECCON; MENEGHEL, 2017).

O texto da política não menciona perspectiva de raça/etnia com relação às doenças sexualmente transmissíveis, o que aponta para a “eliminação da ideia de raça como perspectiva analítica e política e incide na universalização de um olhar branco” (LOPÉS, 2011, p.598), minimizando as demandas dessas mulheres, contribuindo para o aumento de risco de contrair estas doenças. Tendo em vista que fatores como raça/etnia, gênero e classe social atingem de formas diferentes segmentos populacionais, principalmente os mais pobres, contribui para a cronificação e potencialização do risco de aquisição das infecções sexualmente transmissíveis.

O sistema patriarcal, racista e capitalista gera diversas formas de dominação e exploração das mulheres, o que provoca iniquidades, desigualdades e violências e as torna, portanto, mais suscetíveis ao processo de adoecimento. A problematização desses fatores é imprescindível para a construção de políticas públicas para as mulheres, a fim de viabilizar ações que atuem para minimizar essas desigualdades e que corroborem para a promoção de saúde.

Com relação à violência doméstica e sexual contra as mulheres, a política comenta ser um “dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher”. E, dentre essas, encontra-se de forma “mais comum a tentativa de suicídio e maior frequência do uso do álcool” (BRASIL, 2004, p. 38).

Conforme Bandeira (2005), as políticas públicas sensíveis a gênero devem reconhecer que práticas e rotinas organizacionais requerem novos procedimentos como, por exemplo, a desagregação dos indicadores por sexo e raça/etnia e a avaliação dos impactos diferenciados das ações governamentais em diversos grupos socioculturais, mormente nos mais vulneráveis. A partir disso, então, buscar superar as barreiras invisíveis impedoras para que as mulheres sejam plenamente consideradas nas políticas públicas.

Um dos avanços que constam no texto da política se expressa no item que versa sobre a saúde das mulheres lésbicas. Nele, pontua-se a importância do

atendimento ginecológico como preventivo para o desenvolvimento de doenças como câncer de mama e colo do útero, indicando que muitos profissionais da área consideram apenas especificidades das mulheres heterossexuais. Essas questões negligenciadas também ocorrem com relação à violência sexual e intrafamiliar a que essas mulheres estão expostas, sendo necessário, em contrapartida, o reconhecimento de suas demandas pelos profissionais da saúde como forma de respeito à cidadania e à garantia de saúde integral.

No modo como se estruturam e organizam as Unidades de Saúde da Família, tendo como público principal mulheres adultas, mães e heterossexuais, as ações são direcionadas para os aspectos reprodutivos e para a maternidade; as que não se enquadram nesse perfil tornam-se invisibilizadas pelo serviço, padecendo de ações inapropriados às suas demandas específicas. As mulheres lésbicas, muitas vezes, passam despercebidas pelos serviços de saúde já que a identificação da orientação sexual lésbica e bissexual não ocorre através de abordagem direta às mulheres nas consultas, e sim pela identificação de características atribuídas ao papel masculino, reforçando a ideia de que mulheres lésbicas não estejam sujeitas à transmissão de DST/AIDS (MELLO, 2014).

Dessa forma, a cultura heteronormativa faz-se eminentemente presente também nos serviços de saúde sob o ocultamento das demandas e necessidades das mulheres lésbicas, o que acarreta em negligência de uma atenção à saúde integral e no aumento dos agravos relativos ao seu processo de saúde/doença.

No entanto, a política não menciona em seu texto questões referentes à saúde mental das mulheres lésbicas e ao sofrimento causado pelo preconceito e lesbofobia, nem aborda as implicações dos papéis de gênero na vida dessas mulheres que podem acarretar adoecimento. Ademais, ainda em referência à política, observa-se que a categoria raça/etnia também foi suprimida.

Em decorrência desta lacuna, o Ministério da Saúde lança no ano de 2009, a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, em que a discriminação é considerada determinação social de sofrimento e doença, pelo que se justifica a necessidade de atenção à saúde mental da população LGBT.

Com relação a categoria raça e/ou etnia, a política aborda a saúde das *mulheres indígenas* reconhecendo que sua atuação ainda é precária, pois que faltam garantias de ações assistenciais referentes à prevenção do câncer do colo do útero,

DST/HIV/AIDS, assistência ao pré-natal, dentre outras omissões. Aponta também a falta de dados epidemiológicos para avaliar os problemas de saúde referentes a mulheres indígenas. A partir disso refere que:

É fundamental desenvolver políticas de saúde voltadas para essas mulheres, no contexto do etnodesenvolvimento das sociedades indígenas e da atenção integral, envolvendo as comunidades indígenas na definição e acompanhamento das mesmas (p.53)

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá atingir as mulheres em todos os ciclos de vida, resguardadas as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). (BRASIL,2004, p.63)

No item que versa sobre a saúde das *mulheres negras*, a política traz como dificultador a ausência da variável cor nas informações dos sistemas, o que gera dificuldades na análise dos seus indicadores de saúde. Com isso, utiliza dados socioeconômicos que expressam a discrepância de desigualdades vivenciadas pelas mulheres negras com relação às brancas no que tange ao analfabetismo, índice de pobreza, risco de contrair doenças e morte, menor acesso aos serviços de saúde e exposição à violência obstétrica, sob a prevalência de partos através de cesárea e a ocorrência de parto normal sem a utilização de anestesia.

Existe uma estereotipia racista que define a mulher negra como forte e resistente a dores; tornar essa uma concepção naturalizada, a sua vez, resulta em que sejam negligenciadas nos atendimentos em saúde devido justo ao racismo institucional perpetuado pelos profissionais da área, contribuindo, assim, para os elevados índices de adoecimento e morte dessas mulheres:

O racismo institucional constitui-se na produção sistemática da segregação étnico-racial, nos processos institucionais. Manifesta-se por meio de normas, práticas e comportamentos discriminatórios adotados no cotidiano de trabalho, resultantes da ignorância, falta de atenção, preconceitos ou estereótipos racistas. Em qualquer caso, sempre coloca pessoas de grupos raciais ou étnicos discriminados em situação de desvantagem no acesso a benefícios gerados pela ação das instituições e organizações (BRASIL, 2007, p.30).

Na PNAISM, a questão do racismo institucional nos serviços de saúde não é abordada de forma explícita. Não há nem menção do termo racismo em seu texto, deixando-se de considerar os malefícios causados pela discriminação e pelo preconceito racial que acomete as mulheres negras, o que causa sofrimento e repercute em seus cuidado e conseqüente processo de adoecimento.

Ao mesmo tempo, esta política considera o recorte racial/étnico essencial para analisar os indicadores de saúde, planejamento e execução de ações para a atenção à saúde das mulheres negras, com vistas à avaliação da qualidade de vida e do modo como adoecem e morrem. Como proposta para promover a atenção à saúde desse grupo populacional preconiza:

Melhorar o registro e produção de dados; capacitar profissionais de saúde; implantar o Programa de Anemia Falciforme (PAF/MS), dando ênfase às especificidades das mulheres em idade fértil e no ciclo gravídico-puerperal; incluir e consolidar o recorte racial/étnico nas ações de saúde da mulher, no âmbito do SUS; estimular e fortalecer a interlocução das áreas de saúde da mulher das SES e SMS com os movimentos e entidades relacionados à saúde da população negra (BRASIL, 2004, p. 71).

As propostas acima mencionadas na política são importantes para propiciar a atenção à saúde das mulheres negras, porém, insuficientes para garantir a integralidade em sua saúde haja vista que se isentam de apontar estratégias de intervenções referentes ao racismo e às suas repercussões na saúde das mulheres, negligenciando, desse modo, o grande sofrimento e os malefícios para a saúde mental das mulheres negras daí decorrentes.

As políticas públicas voltadas à equidade precisam confrontar os eixos centrais que constroem a desigualdade cotidiana, isto é, a falta de autonomia pessoal e econômica; as desigualdades na divisão sexual do trabalho e na família; a autonomia do corpo e da sexualidade; o racismo e os preconceitos. Melhor dito, necessita romper com o silêncio e o ocultamento das vozes das mulheres (SOARES, 2004).

Diante disso, a política deixa de reconhecer o racismo como um dos determinantes de desigualdades sociais e como determinante de saúde para as mulheres negras, contribuindo para a naturalização e a reprodução da desigualdade racial.

O racismo institucional não se expressa apenas em atos manifestos, explícitos ou declarados de discriminação, também está presente de forma difusa no cotidiano do funcionamento de instituições e organizações. Nesse sentido, atua de modo

diferenciado na distribuição de serviços, benefícios e oportunidades aos diferentes segmentos da população do ponto de vista racial, extrapolando as relações interpessoais, institucionais; atua também na implementação efetiva de políticas públicas, causando, de forma ampla, desigualdades e iniquidades (LÓPEZ, 2012).

As mulheres negras estão expostas a fatores de vulnerabilidades sociais maiores devido à combinação de racismo e machismo verificadas em seu cotidiano, o que as converte nas maiores vítimas da violência institucional perpetrada pelo Estado. Com isso, “o racismo e o sexismo imprimem marcas segregadoras diferenciadas, que implicam restrições específicas dos direitos desse segmento, vitimando-o, portanto, com um duplo preconceito” (BRASIL, 2007, p.18-19).

O Ministério da Saúde lançou o documento **Perspectiva da Equidade no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal Atenção à Saúde das Mulheres Negras**, a fim de promover estratégias específicas para esta população, com vistas a equidade e a serem incorporadas pelos gestores em diferentes níveis de gestão da política de saúde.

Este documento apresenta um item sobre discriminação e exclusão das mulheres negras, em que aponta a expectativa “de vida das mulheres negras é 66 anos, enquanto para as mulheres brancas é de 71 anos” (BRASIL, 2005, p. 12). Assinala que está presente na saúde das mulheres negras:

[...] potencial patogênico das discriminações sobre o processo bem-estar/saúde e doença/mal-estar, e como a mulher negra está na interseção das discriminações raciais, de gênero e de classe social, torna-se maior o risco de comprometimento de sua identidade pessoal, imagem corporal, seu autoconceito e auto-estima. Além disso, a discriminação e a exclusão aumentam na mulher negra sua susceptibilidade à violência dirigida a si própria e aos outros, aos hábitos de vida insalubres, como o tabagismo, por exemplo, e à dificuldade em desenvolver estratégias positivas de enfrentamento do estresse (BENEVIDES, 2005, p. 12).

Desse modo, atentar para os determinantes de raça/etnia requer que as políticas públicas possam oferecer uma atenção integral à saúde, que respeite as suas singularidades culturais e as suas especificidades no intuito de reduzir os agravos que repercutem no seu processo de adoecimento e, assim, ensejar a promoção de saúde para essa população.

Para isso, são fundamentais a construção de estratégias capazes de propiciar a inserção e a inclusão de grupos sociais e historicamente vulneráveis que se encontram aquém dos processos de cuidado em saúde, como é o caso das mulheres

negras tendo em vista que a “[...] discriminação, preconceito e estigmas são causas objetivas de adoecimento e morte (BAHIA, 2013, s/p).

Outro enfoque que merece evidência é a categoria classe social, em que a grande maioria das mulheres negras se encontram abaixo da linha da pobreza e o percentual de analfabetismo é o dobro, comparado com as mulheres brancas. Em consequência disso, as mulheres negras possuem menor acesso aos serviços de saúde de qualidade, resultando em maior risco de contrair e morrer de determinadas doenças do que as mulheres brancas (BRASIL, 2011).

A efetivação do acesso e acessibilidade das mulheres negras aos serviços de saúde também perpassa pela dificuldade de reconhecer as particularidades referentes aos fatores étnico/raciais, opressões de gênero e aspectos relativos à classe social, que ao serem negligenciados repercutem no agravamento do quadro de saúde destas mulheres.

Em seu texto a política aponta a necessidade do enfoque de gênero e raça/etnia, esteja contemplado em todo o planejamento de ações relativas à saúde da mulher com a inclusão do quesito cor nos sistemas de informação e nos documentos do SUS.

O documento propõe como ação a sensibilização e a capacitação dos profissionais da saúde com a utilização de conteúdos que abarquem os aspectos étnico/raciais nas condições de vida e na saúde da população negra, também sugere que as ações de saúde de combate à discriminação e a exclusão necessitam ser desenvolvidas integralmente, considerando o corpo, as relações de gênero, sexualidade e as relações políticas de emancipação/empoderamento (BRASIL, 2005).

A partir do exposto, é importante salientar que além da incorporação da perspectiva de gênero nas políticas públicas, o enfoque de raça torna-se imprescindível para intervir nas necessidades e demandas das mulheres. Justifique-se isso por historicamente as mulheres negras serem maior alvo de discriminação tanto pelo machismo como quanto pelo racismo, logo, figurando invariavelmente como mais vulneráveis ao adoecimento.

Assim sendo, o Estado tem papel determinante na construção da igualdade, não apenas pela regulação das leis que coíbem a discriminação, porém, como agente de transformações culturais e das condições de vida das mulheres com a construção

de políticas que proponham a equidade via incorporação das dimensões de gênero e raça e/ou etnia e classe social (SOARES, 2004).

### 3.4 CONCEPÇÕES SOBRE MULHERES E SAÚDE MENTAL: “EU HOJE REPRESENTO A LOUCURA E MAIS O QUE VOCÊ QUISER”<sup>9</sup>

“Tudo que você vê sair da boca  
De uma grande mulher  
Porém louca!”

As concepções acerca da saúde mental das mulheres estão vinculadas ao processo histórico de construção do saber médico e surgimento da psiquiatria. O saber científico não se constrói pela perspectiva da neutralidade, por mais que possua objetivos, métodos e técnicas, esta é atravessada por diversas influências que moldam as construções sociais de cada período histórico.

Com isso, compreende-se que a construção do conhecimento e práticas da medicina estão diretamente influenciados e entrelaçados pela cultura, assim, “são partícipes desse processo e reproduzem valores, crenças e preconceitos que permeiam um determinado contexto sociocultural, podendo contribuir para cristalizar e/ou ressignificar estigmas” (GILBERT, 2006, p. 941).

Com o advento da psiquiatria como campo de saber, esta passa agrupar, classificar e a nomear comportamentos, a partir de diagnósticos e conjecturas científicas, em que o doente se torna desprovido de histórias e particularidades (FOUCAULT, 1978). Com isso, a visão sobre o adoecimento psíquico das mulheres possui uma perspectiva biologizante, a partir da ideia de vulnerabilidade natural feminina acarretando numa patologização do seu feminino e de suas subjetividades.

De acordo com Rohden (2001, p.30) nos séculos XVIII e XIX, nos tratados psiquiátricos e médicos estava presente a ideia que “na medida que são mulheres, são também doentes e são doentes porque são mulheres”. Assim, o corpo feminino era imputado como espaço propício para o desenvolvimento de perturbações mentais, tornando-se alvo interventivo do campo da medicina e psiquiatria, em que as fases do ciclo reprodutivo feminino são denominadas como determinantes ou preventivas para o desenvolvimento de enfermidades mentais.

---

<sup>9</sup> Trecho da música Luz Del Fuego da cantora Rita Lee.

O período menstrual possuía qualidades mágicas e perigosas, era bastante valorizado pela psiquiatria, momento considerado determinante para a doença mental, recebendo a denominação de loucura menstrual pelos alienistas (ENGEL, 2015). A fase da menopausa também era considerada um momento decisivo do adoecimento psíquico, tendo em vista que nesta fase a mulher já cumpriu com seu papel reprodutivo e passa a ser vinculada a perda de atributos e desvalorização de sua vida.

No entanto, a maternidade tinha uma concepção dualista para a medicina, sendo considerada um meio preventivo ou de cura para os distúrbios psíquicos e ao mesmo tempo o período gravitacional, parto e puerpério eram considerados propícios para o aparecimento de doenças mentais.

De acordo com Engel (2006), a loucura das mulheres se refere o tempo todo a uma suposta “essência” feminina e sua sexualidade, enquanto a loucura masculina se manifestaria na capacidade que os homens teriam ou não em desempenhar seus papéis na sociedade. Assim, a mulher é historicamente diminuída, aprisionada a uma ideia esperada de corpo e sexualidade, enquanto ao homem é atribuída a razão.

A questão da sexualidade feminina era atribuída apenas para fins de reprodução, o prazer sexual da mulher era visto como algo anormal, desviante do seu papel social, sendo considerada assexuada ou frígida e a masturbação considerada como motivação para o desenvolvimento de transtornos mentais. Como forma de inibir estes desejos, as mulheres foram submetidas a tratamentos considerados terapêuticos, como a mutilação de seu clitóris e introdução de gelo na vagina, com o intuito de cura para as suas perturbações mentais.

No século XIX, o médico William Acton defendia a ideia de anestesia sexual feminina, em que referia ser raro o prazer sexual sentido pelas mulheres e quando a mulher possuísse tal sentimento, considerava-as aberrações ninfomaníacas que deveriam ser confinadas em hospícios (ENGEL, 2015).

Além disso, os tratados de higiene abordavam a metamorfose do corpo das mulheres jovens, em que as transformações poderiam comprometer sua mente e comportamento. Os discursos dos médicos mencionavam a beleza do corpo feminino e ao mesmo tempo o temor e malefícios que a sua sexualidade poderia suscitar. A masturbação era retratada pelos médicos de modo alarmista e moralista, havendo a defesa de medidas drásticas para evitá-las, como a realização da contenção física, o

uso de artefatos na região genital que deviam impedir a masturbação, intervenções químicas e cirúrgicas (MARTINS, 2004).

Os discursos e as intervenções médicas neste momento histórico estavam em consonância com os valores religiosos cristãos que confinavam as mulheres apenas ao seu viés reprodutivo, negando e/ou proibindo as expressões de sua sexualidade. Mesmo quando os médicos reconhecem o prazer feminino, este é vinculado à maternidade, em que o período da amamentação era considerado como um momento de prazer para as mulheres.

A mãe que cria sente correr com delícia o leite através dos canais que o devem levar a boca de seu filho; como no ato da reprodução, ela tem muitas vezes eretismo, voluptuosidade: basta somente que lhe estenda os ternos bracinhos para que os seus seios se ingurgitem e que o leite seja ejaculado com força (MEIRELLES, 1847, 264).

Diante dessa concepção médica através da negação ou reconhecimento do prazer feminino é traçado a relação entre adoecimento mental e sexualidade, tendo como principal patologia a histeria, considerada doença exclusivamente feminina.

Engel (2015) aponta que em meados do fim do século XVIII, a histeria junto com a hipocondria torna-se o brasão da doença mental, com a íntima associação entre a histeria e a mulher, do qual, o corpo frágil e flácido seria compreendido como mais acessível para adoecimento do que o corpo masculino.

A histeria como natureza feminina é retratada desde a antiguidade clássica, seu termo de origem grega significa perturbações do útero. Hipócrates e os médicos medievais “identificavam o mal estar histérico à sufocação da madre”, em que “o mal histérico seria um mal provocado pelas manifestações independentes de um útero que agiria como um animal, oculto no interior do organismo” (ENGEL, 2015, p. 343).

Conforme Garcia (1995), no momento que a histeria vira assunto científico, a inferioridade feminina assume uma nova roupagem, equiparando a mulher a uma criança, irracional e sexualmente instável, desacreditada para ocupar lugares de poder, já que a racionalidade médica era essencialmente masculina e definia modelos culturais de vigilância moral e pública.

Del Priore (2015) refere que, para os alienistas brasileiros, a histeria estava associada à sexualidade e à afetividade, percepção que foi abordada na primeira tese sobre o tema apresentada na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 1838, pelo médico Rodrigo José Maurício Júnior, descrevendo que nestas mulheres

predominavam traços que caracterizavam as mulheres negras, consideradas como mais sujeitas a sofrer desta neurose.

Nessa perspectiva, até o final do século XIX, prevaleceu a ideia de que a histeria e a ninfomania tinham uma causa física, fosse no útero, nos ovários, ou nas complexas redes nervosas que ligavam os órgãos sexuais a outros como o cérebro (MARTINS, 2004, p.115). A definição da ninfomania consistiu num processo de normatização da sexualidade feminina, tornando-se um objeto de preocupação e de análise, como alvo de vigilância e de controle do corpo feminino.

O tratamento utilizado durante o século XIX para transtornos mentais de mulheres era a ovariectomia, utilizada inicialmente para tratar tumores no ovário, mas esta cirurgia se expandiu como cura para doenças como ninfomania, a masturbação e histeria, em que muitas mulheres ficaram sem ovários.

A ovariectomia indiscriminada chocava-se, portanto, com a ideologia da domesticidade na qual a maternidade era um dos principais pilares, mas também levantava o problema da definição da feminilidade. Fosse definida pelo útero ou pelos ovários, a retirada de um destes órgãos significava, para o pensamento materialista dos médicos, a perda da feminilidade, o que parece ser paradoxal, afinal os cirurgiões que defendiam a ooforectomia procuravam adequar o comportamento de suas pacientes aos padrões morais da época (MARTINS, 2004, p.133).

Além de procedimentos cirúrgicos, o marco das intervenções terapêuticas para as mulheres ocorria através do isolamento, que consistia no principal tratamento psiquiátrico na época, possuindo como lugar de reclusão o manicômio. Nesse espaço, também eram utilizados outros métodos considerados terapêuticos como banhos frios, agressões físicas e verbais, lobotomia, isolamento completo, privação do sono, eletroconvulsoterapia, dentre outras.

No início do século XIX, as mulheres foram submetidas ao confinamento em manicômios através do controle psiquiátrico. Na metade deste mesmo século, houve grande crescimento no número de mulheres internadas em relação aos homens, atrelada ao modo como a doença mental feminina foi analisada, sendo associada à condição das mulheres, a partir da perspectiva de que elas estariam sempre na iminência de um ataque dos nervos (GARCIA,1994).

A combinação entre o saber psiquiátrico e sua forma de percepção sobre a loucura denominada como doença mental e o sistema capitalista de produção, delineava condutas e valores morais a serem seguidos, com a criação de normas a

partir do critério de produtividade e utilidade dentro deste sistema, “delimitando as fronteiras entre o normal e o patológico ou perverso, o século XIX uniu a experiência da loucura ao domínio da doença mental” (FOUCAULT, 2000, p.212).

Como forma de garantir as cidades como um local laborioso e pacificado, multiplicaram-se iniciativas, especializações e instituições destinadas a superar as mazelas do progresso, através de mecanismos de controle social e difusão de saberes chancelados como ciência, modificando concepções e práticas de saúde. Com isso, foram criadas instituições de correção e assistência a partir do processo de disciplinarização, que classificava e separava os diferentes desvios, respaldadas pelo saber científico como fundamento do progresso (CUNHA, 1989).

Os indivíduos que não se encontravam nesse locus de “utilidade” e “normalidade”, eram considerados como incapazes de viver em sociedade, pois estavam no rol de incapacidade laborativa e/ou como desviante social, argumento que destinou diversas pessoas ao confinamento do manicômio como: pessoas em situação de rua, desempregados, negras(os), homossexuais, mulheres e demais indivíduos considerados desviantes dos padrões sociais vigentes na época.

Através da justificativa de preocupação com o futuro da nação, os discursos científicos estabelecem um modelo de família nuclear com caráter público, onde a procriação, a vida conjugal, a intimidade e a infância tornam-se questões de bem social, sobretudo a cargo das mulheres, uma vez que a manutenção da ordem burguesa dependeria da tutela dos corpos e do cuidado com as crianças, sendo responsabilidade das mães (COSTA, 1999).

Essas atribuições referem-se às mulheres burguesas, que se deslocam da família expansiva do meio rural e passam pela “colonização da mulher pelo poder médico”, uma nova normatização de seus corpos e comportamentos como naturalmente inferiores e maternos, consideradas “anjos do lar” que assegurariam a harmonia e manutenção da família burguesa (COSTA, 2004, p. 255).

Dessa forma, dentre os padrões considerados de normalidade era o de adequar-se ao papel social de mãe e esposa zelosa da família, a recusa de exercer esse “destino natural”, era definido como patológico. A partir dessa naturalização sobre as mulheres e a crença da inferioridade de seus corpos, o encaminhamento para o manicômio ocorria com maior facilidade, sendo realizados por seus maridos, irmãos, pais, ou seja, a figura masculina que determinava seu ingresso num espaço de reclusão.

A história de mulheres internadas em manicômios no Brasil foi temática de pesquisas documentais que utilizaram como fonte de dados os prontuários destas mulheres, possibilitando o conhecimento sobre as motivações de seus confinamentos e retratando a realidade vivenciadas por elas nesses espaços, durante os séculos XIX e XX.

A partir desses estudos, percebe-se que a construção dos diagnósticos e os sintomas atribuídos as mulheres internadas estavam vinculadas à sua sexualidade, aos seus papéis sociais, a classe social e sua raça e/ou etnia. De acordo com Cunha (1989), as mulheres negras eram consideradas biologicamente inferiores, pois estão:

Na base da pirâmide, ocupando a posição de mais radical aniquilamento, estão as mulheres negras. Portadoras dessa dupla condição são vistas e tratadas pela medicina alienista como portadoras de uma dupla inferioridade que as torna mais próximas da natureza que da condição humana (CUNHA, 1989, p. 124).

No espaço manicomial, as mulheres eram tratadas de acordo com sua posição social e racial, tinham seus cabelos raspados e eram submetidas ao trabalho forçado. Já as mulheres consideradas de boa família possuíam um tratamento diferenciado, com direito a alojamento individual, tinham seus cabelos preservados e não necessitavam trabalhar como as demais mulheres (CUNHA, 1989).

As mulheres eram internadas nos hospitais psiquiátricos por seus maridos ou familiares por diferentes motivações, mas um dos principais fatores estava vinculado ao desvio aos estereótipos de gênero, como traições ao marido, promiscuidade, falta de pudor quanto à seus corpos, exposição considerada inadequada em espaços públicos, dentre outros comportamentos que não condiziam com a moral social vigente na época.

Outro fator preponderante das mulheres institucionalizadas, se dava com relação aos preconceitos e estereótipos a partir de sua classe social e raça e/ou etnia, em que se atribuía a estas mulheres características hiperssexualizadas, com vida sexual livre e relações sexuais antes do casamento, categorizado como comportamento anormal.

As mulheres negras e/ou pobres carregavam o estigma da cor, da raça e da mistura de raças, denominadas pelos médicos como mistura duvidosa entre o branco e o preto, havendo pouco interesse científico, pois já eram consideradas de traços

degenerativos desde o nascimento, primitivas e pouco dignas de interesse humano, social e médico (WADI, 2006).

Nesse sentido, o prontuário de pessoas negras geralmente não possuía muitas informações, ficando quase em branco, em que os poucos dados registravam diagnósticos como “idiotia, imbecilidade e outras rubricas da degeneração ‘inferior’ inscrita em sua própria condição racial” (CUNHA, 1989, p. 124).

Wadi (2006) em pesquisa realizada nos prontuários do Hospital Psiquiátrico São Pedro, aponta que as mulheres possuíam maior ocorrência de reinternações, como também longo período de permanência, devido a regra institucional que sua alta só poderia ser executada com a presença do responsável por sua internação, fatores que incidiram nos dados estatísticos relativos a causa de saída da instituição, tendo como destaque, a morte, como única possibilidade.

A história da loucura é permeada por misoginia, em que a mulher é colocada ao lado da irracionalidade, do silêncio, do corpo, enquanto a masculina é colocada ao lado da razão, do discurso, da cultura, da mente. Tais características, tornam a mulher uma representante ideal da loucura, por meio de “rótulos sociais impostos a mulher, rótulo que aprisiona e oprime e é particularmente punitivo para quem tentou libertar-se da normalidade” (GARCIA, 1994, p.54).

As diferenças sociais, raciais e de gênero podem ser detectadas, assim, no próprio interior do discurso médico como da prática asilar, que apenas num sentido limitado nivela pobres e ricos, homens e mulheres, negros e brancos na mesma condição de sujeição. A prática é regida por uma percepção mais aguda das relações e diferenças sociais que se traduzem também, como vimos, em variações terapêuticas no interior da vida asilar e em diagnósticos específicos da nosografia que distinguiu socialmente as “histéricas” das “idiotas”, ou as “loucas morais” das “degeneradas inferiores”. É duvidoso aliás que, de outra forma, tal saber pudesse efetivamente operar como elemento de disciplina ou controle e ter qualquer tipo de eficácia social e política (CUNHA, 1998, p.26).

Dessa forma, a instituição asilar reproduz as relações de poder e desigualdades oriundas dos sistemas de opressão patriarcal, racista e da classe dominante, depositando no lócus da loucura o que está à margem da norma, utilizada como instrumento de higienização social e exclusão, acarretando num processo de desumanização das mulheres, transformadas em números e uniformizadas no contexto manicomial.

O saber psiquiátrico colocava em questão o grau de civilização para demarcar hierarquias de classe, determinando critérios para avaliação de comportamentos considerados mórbidos em diferentes segmentos que compõem o tecido social, além disso, a construção de diagnósticos incluía fatores raciais e sexuais como elementos fundamentais para determinar patologias (CUNHA, 1998).

Como exemplo de descaso e desumanização vivenciadas no espaço manicomial, Paulo Amarante descreve em seu livro *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*, a história de uma mulher que faleceu ao ser esquecida dentro de uma cela.

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito e dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso (AMARANTE, 2007, p. 62).

Essa explanação demonstra como as mulheres consideradas loucas e relegadas ao confinamento e exclusão eram tratadas na lógica manicomial, condicionadas ao esquecimento, maus tratos, menosprezadas de sua condição humana e despossuídas de qualquer direito, tendo como único destino a morte.

Diante disso, a patologia deveria ter como medida exclusiva o sofrimento e não a inadequação a um sistema patológico como ele próprio. Não um padrão de normalidade criado para que uns governem os outros. A normalização é a supressão brutal daqueles que espontânea ou politicamente mostram as pequenas e grandes irregularidades, ou seja, as falhas, desses mecanismos de governo. É a supressão daquele que são a forma natural ou política da contranatureza (FOUCAULT, 2014).

O tratamento para as pessoas com transtorno mental no Brasil esteve por muito tempo centralizado exclusivamente no modelo hospitalocêntrico manicomial, espaço que serviu como depósito dos indesejáveis pela sociedade, financiado pelo Estado, estigmatizando e cronificando sintomas por meio da exclusão, maus tratos e reclusão a que estas pessoas eram impostas, principalmente, as mulheres que consistiam na maioria dos internos nestes lugares.

A conexão entre loucura e o corpo feminino como escopo de disciplina e repressão, apontava para a necessidade de intervenções de controle através da

medicalização, em que muitas vezes o caráter punitivo se sobressaia ao da finalidade terapêutica, acarretando maus tratos.

Com o advento da luta antimanicomial, que teve início no Brasil na década de 1970, realizou diversas críticas ao modelo manicomial e seus processos de exclusão, opressão e discriminação. A Reforma Psiquiátrica brasileira reivindicava a transformação de serviços assistenciais e a desconstrução do modelo clássico da psiquiatria, visando romper com o paradigma manicomial e o lugar social da loucura.

A Reforma Psiquiátrica brasileira surge de forma concreta durante o período de redemocratização, no final dos anos 70. Esta Reforma tem como fundamentos, além de uma crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, uma crítica estrutural ao saber e às Instituições Psiquiátricas Clássicas, dentro de toda a movimentação político-social que caracteriza a conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995).

Nesse processo, Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) foi um marco no desenvolvimento de luta pelos direitos das pessoas que sofrem de transtorno mental em nosso país. Este movimento social era composto por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas.

Este Movimento protagonizou denúncias referentes às violações ocorridas nos manicômios, aos processos de mercantilização da loucura, a hegemonia de uma rede privada de assistência. Construindo assim, coletivamente, uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

As mulheres tiveram participação massiva no Movimento de Luta Antimanicomial, através das organizações de usuários e familiares, permitindo o deslocamento de identidades fixadas pela história da loucura, como o do lugar social das loucas e a transformação no papel das mulheres cuidadoras, ocupando lugares de protagonismos e singularidades, pois não lutarão mais em nome apenas dos familiares, mas por si próprias, por suas demandas e necessidades (PASSOS, 2011).

Nesse sentido, em 1989 ocorre a inserção do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado no Congresso Nacional, propondo a regulamentação dos direitos da pessoa com transtornos mentais e a extinção progressiva dos manicômios no país, dando

início as lutas do movimento da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo (BRASIL, 2005).

A partir disso, diversos Estados brasileiros passam a aprovar leis que determinam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede integrada de atenção à saúde mental, tendo como precursor o estado do Rio Grande do Sul, com a aprovação da Lei no 9.716, em 1992. Contudo, a lei nacional da Reforma Psiquiátrica foi criada a Lei Federal no 10.216 de 6 de abril de 2001, após 12 anos de tramitação da Lei Paulo Delgado no Congresso Nacional. Esta Lei passa a dispor sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Com a Reforma Psiquiátrica brasileira, deu-se início a transformação do modelo assistencial da saúde mental, através da criação de uma rede de serviços substitutivos, de cunho comunitário, em que o processo de cuidado passa a ser realizado em liberdade, permitindo o deslocamento das mulheres do espaço privado e do confinamento para o público.

Nessa perspectiva foram criados diversos serviços substitutivos em saúde mental, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e suas modalidades, sancionada pela Portaria nº 336/GM, constituindo-se como uma das principais estratégias de implementação da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Os CAPS se configuram como espaços de tratamento para indivíduos com transtornos mentais graves e persistentes, atuando também como um local de sociabilidade e oportunidade de estabelecer novas formas de relações a partir da reinserção social.

Além disso, outros serviços foram se constituindo como parte da rede substitutiva em saúde mental como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT's), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Unidades de Acolhimento, Programa de Volta para Casa e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria nº 3.088/2011 com a proposta de estruturação do modelo de cuidado em saúde afim de desenvolver maior articulação entre os demais equipamentos como atenção básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde, equipes Consultório na Rua), atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial (BRASIL, 2011).

Com a implementação da rede de cuidados em saúde mental, a pessoa em adoecimento psíquico passa a ser inserida em outros espaços de tratamento e convivência, pois anteriormente havia o afastamento da família e da comunidade, com o modelo da Reforma Psiquiátrica, a família adquire centralidade no processo de cuidado junto aos serviços substitutivos de saúde mental, tanto como fonte de apoio a (o) usuária (o), como de intervenções das equipes de saúde mental.

Nesse cenário, Passos (2015) aponta algumas contradições existentes na atenção a saúde mental, oriundas do sucateamento da rede de saúde, como as dificuldades enfrentadas nos Centros de Atenção Psicossocial (Caps), que deveriam ser os serviços de gerenciamento do território, mas não conseguem executar suas ações conforme previstas na legislação, devido a precarização com relação aos recursos humanos e materiais. Em função disso, o discurso passa a ser direcionado para a família, que deve assumir o lugar do cuidado e o retorno do convívio à sociedade, sem o suporte adequado do serviço de saúde.

Em consequência disso, as famílias enfrentam inúmeras dificuldades de lidar com o adoecimento e o cuidado no cotidiano, podendo acarretar a fragilização e/ou rompimento dos vínculos familiares, sobrecarga e adoecimento dos cuidadores. Tendo em vista, que no núcleo familiar, historicamente as mulheres ocupam o lugar de principal cuidadora dos familiares adoecidos, essa realidade também se expressa no cuidado em saúde mental, conforme apontam diversos autores (GONÇALVES e Sena, 2001; Pereira, 2003; Rosa, 2003; Pegoraro e Caldana, 2006).

Ao mesmo tempo, que as mulheres se constituem como principais cuidadoras de familiares com transtorno mental, estas também estão expostas ao adoecimento devido a sobrecarga de gerir múltiplas tarefas, tanto na esfera privada do lar como no mercado de trabalho, fatores que repercutem no seu autocuidado, que muitas vezes ficam secundarizado ou até mesmo ignorado. Conforme Biroli (2012) quem exerce o cuidado possui maiores dificuldades para prover materialmente as suas próprias necessidades, devido ao tempo reduzido para si própria, privando-se de oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional.

Gonçalves (1999) refere que no contexto da desinstitucionalização dos serviços de saúde mental no Brasil, ao se condicionar os cuidados à família, os profissionais da área devem estar atentos as reais necessidades e condições materiais e psicossociais desta família, adentrar no mundo dessas famílias para apropriar-se de sua realidade e com isso, propiciar o auxílio necessário para o

desenvolvimento do cuidado cotidiano. Assim, dentre as funções da equipe de saúde mental, o auxílio a família na gestão do cuidado em sua vida cotidiana torna-se imprescindível.

Diante desse contexto, os serviços de saúde mental precisam estar atentos para as implicações de gênero, raça e/ou etnia e classe social na vida das mulheres enquanto usuárias e/ou como cuidadoras dos seus familiares. Assim como torna-se fundamental a incorporação destas categorias nas políticas de saúde mental para o desenvolvimento do cuidado integral.

Com base na análise das atuais políticas públicas de saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica, verifica-se que estas publicações possuem caráter generalista, ou seja, não abarcam dimensões com relação a singularidade das (os) usuárias (os) no processo de cuidado, homogeneizando as suas necessidades e demandas. A lei nacional da Reforma Psiquiátrica menciona em seu artigo primeiro que os direitos e proteção das pessoas com transtorno mental

são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Portanto, a política não atenta para os determinantes sociais de saúde e as desigualdades de gênero, raça e/ou etnia e classe social, oriundas do sistema de opressão e exclusão capitalista, racista e patriarcal, aos quais estão expostas as mulheres e de que forma essas categorias incidem no adoecimento e atenção a sua saúde.

As políticas de saúde mental no Brasil foram de suma importância para a mudança de paradigma no cuidado em saúde mental na esfera teórica e prática, propiciando a reinserção social e garantias de direitos das (dos) usuárias (os) desta política. Contudo, há diversas lacunas e contradições que necessitam ser problematizadas para abarcar a diversidade dos sujeitos atendidos para que o processo de cuidado seja efetivo e de forma integral.

Todavia, é preciso considerar o contexto da realidade brasileira, que tem como modelo político e econômico o neoliberalismo, caracterizado pela desregulamentação da atividade econômica, diminuição da intervenção estatal no âmbito público, ampliação do mercado e privatizações. Estas características repercutem

negativamente nas políticas públicas, com priorização da matriz econômica em detrimento do social, através da redução dos serviços públicos que passam a serem geridos pela iniciativa privada, tornando estas políticas sociais fragmentadas, focalizadas e seletivas, não privilegiando a universalidade dos direitos. As consequências desse processo refletem nos trabalhadores da política de saúde mental, através da precarização do trabalho, comprometendo a prestação de serviços à população usuária, em que os danos são ainda maiores.

Através da análise do contexto da Reforma Psiquiátrica brasileira, Maluf (2014), questiona o quanto uma política pública de saúde pode contribuir com o regime de diferenciação e de reprodução da diferença, podendo se constituir em mais um aparato a interpelar homens e mulheres na sujeição aos regimes da diferença, podendo atualizar antigas concepções sobre a diferenciação sexual provenientes do conhecimento médico e psicanalíticos.

Nessa perspectiva, o viés de gênero, ainda se faz presente em diferentes aspectos no campo da saúde mental, perpassando pela questão diagnóstica, formação de sintoma e descrição do transtorno mental, sendo descritos nos seus principais manuais diagnósticos (ZANELLO, 2014).

Widiger e First (2008) apontam essa concepção como problemática, já que o conjunto de critérios pode designar transtornos diferentes, contribuindo para patologizar comportamentos aceitáveis entre ambos os sexos. Aspectos estes, que tendem a colocar as mulheres mais suscetíveis a alguns sintomas e diagnósticos que vão ao encontro dos papéis sociais e comportamentos considerados femininos, reforçando ou naturalizando sintomas de forma gendrada. Em que a padronização de gênero poderia mascarar uma diferença genuína na prevalência entre homens e mulheres, escondendo importantes fatores etiológicos.

A lógica médico hegemônica sobre as mulheres, reflete na medicalização do sofrimento, onde questões do cotidiano, atravessado por dificuldades econômicas e sociais, situações que fazem parte da vida individual e coletiva passam a ser definidas e tratadas como condições médicas, reduzindo os sofrimentos, queixas e demandas sociais à medicalização, vem ocorrendo com grande frequência na atualidade (AMARANTE; FREITAS, 2015).

Essa lógica, pode refletir numa patologização de sofrimentos e medicalização da vida cotidiana das mulheres, com intervenções focadas apenas na prescrição medicamentosa como única possibilidade na atenção à saúde mental feminina,

questões que podem ocasionar um uso abusivo destas medicações e desencadear dependência química.

Conforme atenta Zanello (2014), o sofrimento psíquico deve ser compreendido em sua complexidade, a partir dos aspectos sociais e históricos, não apenas o biológico, enquanto constituição dos sujeitos, pois este sofrimento se relaciona com gênero, pobreza, baixa escolaridade, racismo, dentre outras questões.

De acordo com o Relatório sobre a Saúde Mental no Mundo da Organização Mundial de Saúde (OMS), as mulheres encontram-se em maior risco de desenvolver transtornos mentais, manifestando sofrimento psíquico. Esse relatório aponta que as mulheres estão entre o grupo vulnerável com necessidades especiais, por serem vítimas de discriminação sexual, concomitante à pobreza, à fome, à desnutrição, ao excesso de trabalho e à violência doméstica e sexual. Além do excesso de responsabilidade por desempenharem múltiplos papéis sociais como esposas, mães, educadoras e prestadoras de cuidados e a terem uma participação cada vez mais essencial no trabalho, constituindo-se como principal fonte de renda familiar (OMS, 2001).

Este Relatório também apresenta que a pobreza e as condições associadas a ela, como desemprego, baixo nível de instrução, falta de habitação, dificuldades de realizar uma alimentação adequada, dentre outras carências, estão muito difundidas nos países pobres, como também afetam uma minoria considerável nos países ricos. As pessoas mais pobres possuem maior prevalência de perturbações mentais e comportamentais, sendo que esta pode ser explicada tanto por uma maior suscetibilidade dos pobres, como pelo eventual empobrecimento de pessoas com transtornos mentais. No entanto, um indivíduo pode ser predisposto a perturbações mentais devido à sua situação social, enquanto outro, que apresenta perturbações, pode passar num contexto de vulnerabilidade por estar doente (OMS, 2001).

A partir desses dados, é possível compreender que o adoecimento psíquico das mulheres possui especificidades distintas a dos homens, no qual perpassam por valores e normas sociais construídos historicamente e não exclusivamente por fatores biológicos.

As determinações que atravessam os processos de saúde/doença estão intimamente relacionadas às condições enfrentadas pelos sujeitos nos seus contextos. Além disso, é possível perceber que as relações hierarquizadas

de gênero, ou seja, relações de poder, de conflito e violência tem significativa importância nestes processos (ANDRADE, p.74, 2014).

Por isso, é necessidade compreender o sofrimento psíquico enquanto expressão da questão social, intrinsecamente relacionada ao modo de produção capitalista, como um sistema de produção, dominação e exploração, causando diversas desigualdades de gênero, raça e/ou etnia e classe social.

#### 4. O ENTRELAÇAMENTO DAS CATEGORIAS CLASSE SOCIAL, RAÇA/ETNIA, GÊNERO NA VIDA DAS MULHERES

“A carne mais barata do mercado é a carne negra  
que vai de graça pro presídio  
e para debaixo de plástico  
que vai de graça pro subemprego  
e para os hospitais psiquiátricos”<sup>10</sup>

As mulheres não são constituídas de forma homogeneizante, suas opressões são múltiplas e complexas, por isso é necessário compreender as desigualdades de modo ampliado, analisando as interconexões que transversalizam a vida das mulheres e que as colocam num patamar desigual, com relação aos homens e entre as próprias mulheres.

A combinação dos sistemas patriarcal, racista e capitalista, são estruturantes na produção de desigualdades e modelam as relações sociais. Essas relações são antagônicas, além disso moldam de forma hierárquica e transversalizam a vida em sociedade gerando tensões entre diferentes grupos. Segundo Kergoat (2009) as relações sociais de sexo e a divisão sexual de trabalho são expressões indissociáveis que formam um sistema.

Nesse sentido, a compreensão das categorias - classe social, raça/etnia e gênero, se tornam relevantes a partir da análise do modo como se articulam e operam como marcas sociais na vida das mulheres, resultando em hierarquizações e processos desiguais e excludentes. Essas categorias se constituem como unidade dialética entre as subestruturas básicas de poder na sociedade capitalista e encontram-se organicamente interligadas (CISNE, 2014). Com isso, não podem ser analisadas de modo hierárquico e nem isoladamente, pois elas se entrelaçam e suas “relações são de produção e nelas a exploração, a dominação e a opressão se entrecruzam” (KERGOAT, 2010, p. 99).

As categorias classe social, raça/etnia e gênero se constituem como uma espiral dialética, que possuem partes distintas, mas que interagem entre si e reproduzem opressões e desigualdades de diferentes modos, como também se expressam de forma contraditória. A simbiose existente entre as categorias classe social, raça/etnia e gênero, não ocorre de forma harmônica, pois trata-se de uma

---

<sup>10</sup> Trecho extraído da música A Carne, composta por Seu Jorge, Marcelo Yuca e Wilson Capellette, cantada por Elsa Soares. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/elza-soares/a-carne.html>>

unidade contraditória, o que torna inconcebível isolar a responsabilidade dos sistemas de dominação/exploração consubstanciado no patriarcado/racismo/capitalismo, que cotidianamente agem sobre a vida das mulheres (SAFFIOTI, 1987).

Com base na concepção da socióloga francesa Daniele Kergoat, as relações sociais são analisadas através dos conceitos de consubstancialidade/coextensividade, a partir do pressuposto que:

[...] elas formam um nó que não pode ser sequenciado ao nível das práticas sociais, apenas em uma perspectiva analítica da sociologia; e elas são coextensivas: implantando as relações sociais de classe, de gênero e de "raça", se reproduzem e se coproduzem mutuamente (KERGOAT, (2012) apud Cisne, 2013, p. 117).

Essa concepção teórica a partir da perspectiva da consubstancialidade é utilizada como uma forma de compreensão da realidade social, articulando as categorias de modo dialético, considerando não apenas suas interconexões, mas abrangendo também suas singularidades. A coextensividade “aponta para o dinamismo das relações sociais. O conceito procura dar conta do fato de que as elas se produzem mutuamente” (KERGOAT, 2010, p. 100).

Para Kergot (2010) a consubstancialidade não alude a ideia que tudo está vinculado a tudo, porém seu entrecruzamento dinâmico e complexo das relações sociais, permite que cada uma imprima sua marca nas demais, ajustando-se as outras e construindo-se de forma recíproca. Ainda conforme essa autora,

[...] a metáfora da espiral serve para dar conta do fato de que a realidade não se fecha em si mesma. Portanto, não se trata de fazer um tour de todas as relações sociais envolvidas, uma a uma, mas de enxergar os entrecruzamentos e as interpenetrações que formam um “nó” no seio da individualidade ou um grupo. (2010, p. 100)

A análise de apenas uma categoria de forma isolada, não é capaz de explicar a totalidade, tendo em vista a diversidade humana, como por exemplo, analisar classe sem considerar sexo e raça/etnia, pois não dá conta da dinâmica social, sua complexidade e contradições.

Ao compreender a dinamicidade das relações sociais, o que as torna passíveis de transformações de acordo com o momento histórico, como também o reconhecimento de sua base estrutural permanente, sendo imprescindível apresentar a historicidade de cada categoria, analisando suas nuances e singularidades.

Partindo da premissa que as relações sociais no contexto da sociedade capitalista são marcadas pelo antagonismo de classe. A concepção de classe social não é unívoca, há diferentes concepções sobre sua conceituação e compreensão, denominando-a como fenômeno histórico, com análises pelo viés econômico, político e cultural, discutidos por diferentes teóricos em tempos históricos distintos, com interpretações reducionistas, como também com proposições teóricas mais abrangentes com releituras contemporâneas.

Marx em sua obra *O Capital*, a partir da análise sobre o modo de produção capitalista define que as classes sociais no sistema capitalista eram constituídas por “os proprietários de simples força de trabalho, os proprietários de terras, cujas respectivas fontes de receitas são o salário, o lucro e a renda do solo, ou seja, os operários assalariados, os capitalistas, os latifundiários” (MARX, 2013, p. 99).

Torna-se pertinente mencionar que a análise de Marx sobre classe social, corresponde ao momento histórico em que vivenciou e escreveu suas obras, tecendo importantes contribuições sobre o modo como se desenvolveu o processo de produção capitalista, apesar das diversas críticas que ainda recebe na atualidade, sendo acusado de analisar as classes sociais pelo viés econômico, mesmo que não tenha finalizado a escrita do seu livro *O Capital*, o que impossibilitou de ampliar o adensamento teórico sobre essa temática.

As classes sociais na contemporaneidade não se configuram mais conforme descrito por Marx, formadas por três grandes classes do regime capitalista de produção. No entanto, ao analisarmos esse conceito na atualidade, a partir da perspectiva marxiana, não podemos tratá-lo de forma estanque e linear, tendo em vista o movimento dialético da sociedade, compreendendo que a dialética para Marx

[...] não se reduz ao movimento que quer captar no fenômeno, mas que tal dialética se expressa no movimento próprio dos conceitos, de forma que eles se referem a momentos de aproximação e aprofundamento da análise que parte da aparência até a essência, da essência menos profunda até a mais profunda, por vezes da volta à aparência carregando os conteúdos conquistados até então (IASI, 2007, p.106,).

Com isso, hoje existem classes que não se enquadrariam nesses três grandes grupos, que ao deixarem de serem contempladas, as tornaria homogêneas, a-históricas, abstratas e negaria a própria dialética marxiana. Assim, o conceito de classe

“não pode ser feito pela análise abstraída de um grupo social, ao contrário, só se revela na relação com outra classe” (IASI, 2007, p.108).

A concepção de classe não corresponde como única e exclusivamente pela posição que se ocupa no processo de produção, pois tem que haver pertencimento e identificação com a classe que ocupa. Desse modo, há indivíduos que são oriundos da classe trabalhadora, mas se identificam política e ideologicamente com a classe burguesa, agindo conforme a classe dominante. Como também pode ocorrer de pessoas que nasçam na classe burguesa e vinculem suas ações e convicções com a classe trabalhadora. Para compreender a classe trabalhadora na contemporaneidade,

[...] de modo ampliado, implica entender este conjunto de seres sociais que vivem da venda da sua força de trabalho, que são assalariados e são desprovidos dos meios de produção. Nessa (nova) morfologia da classe trabalhadora, sua conformação é ainda mais fragmentada, mais heterogênea e mais complexificada do que aquelas que predominou nos anos de apogeu do taylorismo e do fordismo (ANTUNES, 2003, p. 218).

Com as transformações e reestruturações no qual passou o sistema capitalista, com a derrocada do modelo fordista e taylorista, e o incremento da flexibilização nos padrões de produção, acarretou profundas transformações no mundo do trabalho, trazendo maior diversificação e complexificação para a classe trabalhadora.

Portanto, não basta estar na mesma condição de trabalhador e vender a sua força de trabalho para pertencer a mesma classe, é necessário ter interesse em comum e pertencimento, que conforme Thompson (2001),

(...) as classes não existem como entidades separadas que olham ao redor, acham um inimigo de classe e partem para a batalha. Ao contrário, para mim, as pessoas se veem numa sociedade estruturada de certo modo (por meio de relações de produção fundamentalmente), suportam a exploração (ou buscam manter poder sobre os explorados), identificam os nós dos interesses antagônicos, debatem-se em torno desses mesmos nós e, no curso de tal processo de luta, descobrem a si mesmas como uma classe (...) (THOMPSON, 2001, p. 274).

A partir da compreensão de Thompson, as classes sociais são constituídas por processos históricos e não como resultado mecânico e estático do processo de produção, sua relação “é algo fluído que escapa à análise ao tentarmos imobilizá-la num dado momento e dissecar sua estrutura” (THOMPSON, 1987, p. 10). Esse autor, ancorado na teoria marxiana, problematiza e atualiza o conceito de classes sociais,

tecendo críticas ao pensamento positivista e ao estruturalismo althusseriano, devido ao reducionismo e economicismo ao qual abordam essa temática, em que desconsidera o papel dos sujeitos e das relações sociais nas transformações históricas.

Nessa mesma perspectiva, Thompson realiza críticas a concepção de que a classe adquire consciência de si e por isso realiza a luta de classes, como se fosse um passe de mágica, de forma involuntária, universal e imutável. Para esse autor a consciência de classes “é a forma como essas experiências são tratadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, ideias e formas institucionais (THOMPSON, 1987, p.10).

Portanto, para se ter consciência de classe é necessário que os indivíduos possuam interesses em comum e identidade, que perpassam por processos subjetivos e objetivos, que deve ser compreendido a partir do ponto de vista histórico que alguns grupos adquirem e com isso, passam a ampliar sua compreensão do mundo.

Nas classes sociais perpassam relações de poder e hierárquicas, tanto entre classes diferentes, como no interior de uma mesma classe que geram opressões e desigualdades sociais, dentre estas diferenciações encontram-se os marcadores de gênero e raça/etnia.

Engels (2012, p.22), refere que o “primeiro antagonismo de classe que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e a mulher na monogamia e a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo sexo masculino”.

Por isso, apreender as relações sociais de sexo vinculadas as relações de classe e de raça/etnia são fundamentais, tendo em vista que esses antagonismos são expressões do sistema capitalista, racista e patriarcal, tendo como base o trabalho e sua divisão sexual, como também a dominação e exploração. De acordo com Cisne (2014, p. 27), “não podemos compreender o sistema capitalista apenas por meio da explicação dos fatores que constituem a divisão da sociedade em classes antagônicas”

Saffioti (1987) assinala que com a emergência do capitalismo, ocorreu uma simbiose entre os sistemas de dominação/exploração e ressalta que sua separação só poderá haver como um meio de facilitar sua compressão, mas sem perder de vista que são inseparáveis e fazem parte de um processo simbiótico.

Dito isso, esse sistema de dominação/exploração impõe hierarquias sociais entre classes, sexo e raça/etnia, como forma de legitimar seu poder, que se refletem em desigualdades, como por exemplo na questão da diferença salarial, em que mulheres brancas recebem salários menores que os homens brancos e a mulher negra é a que está em maior desvantagem, pois seu salário é inferior ao homem negro e a mulher e homem branco.

O infográfico a seguir expressa a desigualdade de renda da população brasileira a partir dos quesitos gênero e raça/cor, demonstrando que a mulher negra possui a menor renda e os homens brancos estão no topo do ranking, se posicionando de modo superior aos demais grupos constituídos pelas mulheres brancas e homens e mulheres negras.



Esses dados demonstram a hierarquização social oriundas do sistema de dominação/exploração e expressam a articulação das categorias de classe social,

raça/etnia e gênero, que condicionam as mulheres negras a parcela mais pobre da sociedade brasileira, recebendo os menores salários e inseridas em condições de trabalho mais precárias.

Os dados do Relatório “País estagnado: um retrato das desigualdades brasileiras – 2018”<sup>11</sup>, publicado pela organização não governamental Oxfam Brasil, apresenta o aumento das desigualdades no país, com o aumento da pobreza e a equiparação de renda entre mulheres e homens e da população negra. Este levantamento mostra que no ano de 2016, as mulheres ganhavam em média cerca de 72% do que ganhavam homens no Brasil, proporção que caiu para 70% em 2017, resultando no primeiro recuo em 23 anos (OXFAM, 2018).

No que tange aos dados sobre a disparidade de renda entre grupos raciais, houve aumento na desigualdade nos dois últimos anos. No ano de 2016, a população negra ganhava em média R\$ 1.458,16, correspondendo a 57% dos rendimentos médios da população branca. Entretanto, em 2017 a população negra, recebeu em média R\$ 1.545,30 frente a R\$ 2.924,31 entre os brancos, diminuindo o percentual para 53%. O Relatório também aponta o percentual de aumento da pobreza na população negra, enquanto para a população branca houve o aumento de 3% na renda.

Essas informações expõem as facetas das desigualdades no país, marcadas pelo processo histórico de herança escravagista, que mesmo após a abolição, não houve nenhum projeto de inserção do negro na sociedade brasileira, refletindo em preconceitos e desigualdades.

Ao longo da história diversas culturas classificavam de modo hierárquico e repressor diferentes povos, estabelecendo relações de poder, inferiorização e dominação, seja através da colonização e/ou escravidão, impondo seus valores culturais, políticos e religiosos.

A ideia de raça representa o instrumento mais eficaz de dominação social inventado pela humanidade, produzida na formação da América e do Capitalismo, no trânsito do século XV para o XVI, assim como nos séculos que seguiram, sendo imposta sobre toda a população do planeta como elemento da dominação colonial da Europa (QUIJANO, 2000).

---

<sup>11</sup> Esse Relatório foi construído com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio Contínua de 2016 e 2017, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O sistema capitalista é atravessado pela questão de raça, utilizado como um modo de dominação, que na atualidade demonstra que esta noção de raça foi inventada para justificar as relações de dominação colonial, em particular a escravidão. Desde então, toda reflexão histórica sobre as cores de pele se mistura com a uma análise das relações de dominação e dos modos de produção (NDIAYE, 2006).

Com o advento do Iluminismo e da Biologia, enquanto ciência, inicia-se o estudo e construção do saber sobre os seres vivos através da análise classificatória dos grupos humanos, em que vários teóricos se utilizavam da cor da pele para essas diferenciações. Entre os séculos XVII e XX, diferentes cientistas utilizaram o termo raça para designar grupos humanos, obedecendo a diversos fatores na classificação de populações de acordo com suas características genéticas e fenotípicas (TEIXEIRA; MENEGHEL, 2015).

Na segunda metade do século XIX, o naturalista inglês Charles Darwin propõe a Teoria da Seleção Natural, com a publicação de seu livro *A origem das espécies*. A teoria de Darwin foi deslocada da esfera biológica para a sociológica, através da constituição do Darwinismo social que propagava a ideia de que algumas sociedades são mais evoluídas que as demais consideradas inferiores, utilizando-se de características biológicas e sociais para naturalizar as desigualdades sociais e impor a dominação e exploração dos povos considerados menos desenvolvidos.

No Brasil, na segunda metade do século XIX, havia o debate sobre a construção de um sentimento de nacionalidade e de identidade nacional, embasados em doutrinas raciais europeias, pautadas na preocupação com a origem multirracial do povo brasileiro, apreendida como fonte de contradições sociais e obstáculo à construção de uma identidade nacional (PETRUCCELLI, 2007).

Nesse sentido, a questão de raça era difundida para denominar grupos inferiorizantes e hierárquicos como “raças atrasadas”, consideradas um empecilho para a modernização do país, com estereótipos como preguiçosos, infiéis, imorais, vagabundos, inadequados, pervertidos, dentre outros rótulos utilizados ao se referirem a população negra e indígena, em que a supremacia branca europeia era considerada um modelo a ser seguido.

A construção do conceito de raça foi alvo de diversas críticas devido as atribuições negativas e hierárquicas na classificação dos povos, tratados como determinismo natural o que consistia em expressões da questão social. O conceito

de raça não corresponde a uma realidade natural, mas sim de um conceito que origina como uma forma de classificação social, baseada em uma atitude negativa frente a certos grupos sociais (GUIMARÃES, 2011).

Embora o termo raça não seja mais utilizado como classificação biológica, compreende-se que raça se constitui como uma categoria socialmente construída ao longo da história e utilizada com representação simbólica que determina o lugar e status na sociedade de acordo com os estereótipos dos indivíduos, em que os classifica, hierarquiza e os subalterniza. Para Foucault (1997) o Estado utiliza a hierarquização das raças para realizar a distinção entre os indivíduos que devem viver e aqueles que devem morrer.

O conceito de raça tem sido amplamente discutido, principalmente nas ciências sociais e no movimento negro, por se tratar de um conceito político e assim realizar a crítica as suas formas de dominação e exclusão. Desse modo, a utilização da categoria raça pode ser utilizada sozinha ou acrescida do termo etnia, havendo divergências entre diversos teóricos sobre a melhor forma de uso do termo.

A palavra raça e o conteúdo histórico desse conceito refere-se a algo que não existe. Raça nada mais exprime do que o entendimento que a ideologia racista quer que ela possua. Ao passo que etnia é uma palavra e um conceito que incorpora a condição biológica humana sem as gradações de superioridade e inferioridade, hierarquização que é inerente à raça dos racistas, ao mesmo tempo em que agrega o ambiente físico e cultural, em todas as suas dimensões (OLIVEIRA, 2003, p. 54).

De acordo com Munanga (2000), raça é um conceito carregado de ideologia e como todas as ideologias, há o ocultamento de relações de poder e de dominação, sendo este determinado pela estrutura global da sociedade e pelas relações de poder que a governam.

Problematizar a categoria raça é imprescindível, tendo em vista a negação referente ao racismo na sociedade brasileira, camuflado no discurso de que “somos todos humanos”. Estes preconceitos e as discriminações fazem parte do contexto histórico da formação brasileira, oriunda do regime de escravidão e que se expressam no cotidiano das relações pessoais e institucionais.

Num certo sentido a sociedade brasileira criou o melhor dos dois mundos. Ao mesmo tempo que mantém a estrutura de privilégio branco e a subordinação não branca, evita a constituição da raça como princípio de identidade coletiva e ação política. A eficácia da ideologia racial dominante manifesta-se na ausência de conflito racial aberto e na desmobilização

política dos negros, fazendo com que os componentes racistas do sistema permaneçam incontestados, sem necessidade de recorrer a um alto grau de coerção (HASENBALG, 1979, p. 246).

Desse modo, se perpetua na sociedade brasileira o mito da democracia racial, em que foi bastante difundida pelo sociólogo Gilberto Freyre em sua obra intitulada *Casa Grande Senzala*, contribuindo para a neutralização de conflitos raciais no país, propagando a ideia de “ausência de preconceito e discriminação racial no Brasil e, conseqüentemente, pela existência de oportunidades econômicas e sociais iguais para negros e brancos” (HASENBALG, 1979, p.242).

Entretanto, a concepção de democracia racial torna-se uma falácia diante dos dados que apontam a população negra ocupando piores indicadores na saúde, educação, renda, ocupação, habitação, entre outros. Os dados publicados pelo IBGE<sup>12</sup>, apresentados a seguir, exemplificam algumas desigualdades raciais existentes no Brasil.

---

<sup>12</sup> Os dados apresentados são oriundos da Revista Retratos, através de consulta eletrônica no site <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/21206-ibge-mostra-as-cores-da-desigualdade>

### Taxa de analfabetismo em 2016

PNAD CONTÍNUA 2016

Branco

4,2%

Pretos ou pardos

9,9%

### Em 2016, 1.835 crianças de 5 a 7 anos trabalhavam

PNAD CONTÍNUA 2016

Branca

35,8%

Pretas ou pardas

63,8%

### Rendimento médio de todos os trabalhos

PNAD CONTÍNUA 2017

Branco

R\$ 2814

Pardos

R\$ 1606

Pretos

R\$ 1570

### Taxa de desocupação

PNAD CONTÍNUA - 4º TRI 2017

Branco

9,5%

Pardos

14,5%

Pretos

13,6%

Nesse âmbito, a categoria raça representa um importante elemento nas estruturas sociais, em que a exploração de classe e a opressão racial se articularam como dispositivo de exploração do povo negro, resultando em desigualdades para esta população. Em consequência disso, a raça representa um critério de seletividade para o acesso à educação, trabalho e saúde, em que a cor da pele define o status social através de mecanismos racistas.

Nessa perspectiva, a mulher negra enfrenta maiores disparidades com relação a ocupação, renda e escolaridade. Fatores estes, expressos nos dados do Instituto de Pesquisa Econômica, que apresenta o retrato das desigualdades de gênero e raça de 1995 a 2015.

Em 2015, a taxa de desocupação feminina era de 11,6% — enquanto a dos homens foi de 7,8%. No caso das mulheres negras, a proporção chegou a

13,3% (a dos homens negros, 8,5%). Os maiores patamares encontram-se entre as mulheres negras com ensino médio completo ou incompleto (9 a 11 anos de estudo): neste grupo, a taxa de desocupação em 2015 foi de 17,4% (IPEA, 2017, p. 2).

Tais dados demonstram que as mulheres negras estão num nível mais elevado de desemprego do que as mulheres e homens brancos, o que reflete em maiores desigualdades, menores possibilidades de ascensão social, já que possuem mais dificuldade de ingressarem no mercado de trabalho, tendo que se submeter a trabalhos informais e precários. As mulheres negras, historicamente tem se constituído como maioria no emprego doméstico, espaço demarcado pela exploração e precarização.

As mulheres negras são as que mais sofrem com as relações de opressão e subordinação, demonstrando que a articulação entre as categorias gênero, raça/etnia e classe social demarcam lugares sociais distintos para as mulheres. No entanto, a utilização da categoria raça/etnia é parte indissociável ao abordar a realidade vivenciada pelas mulheres negras, tendo em vista que se utilizarmos como viés de análise somente a perspectiva de gênero apagaríamos todo o histórico de opressão submetidos as mulheres negras.

Nessa perspectiva, Sueli Carneiro traz importantes reflexões acerca da subalternização do gênero com relação a raça

As imagens de gênero que se estabelecem a partir do trabalho enrudecador, da degradação da sexualidade e da marginalização social, irão reproduzir até os dias de hoje a desvalorização social, estética e cultural das mulheres negras e a supervalorização no imaginário social das mulheres brancas, bem como a desvalorização dos homens negros em relação aos homens brancos. Isso resulta na concepção de mulheres e homens negros enquanto gêneros subalternizados, onde nem a marca biológica feminina é capaz de promover a mulher negra à condição plena de mulher e tampouco a condição biológica masculina se mostra suficiente para alçar os homens negros à plena condição masculina, tal como instituída pela cultura hegemônica (CARNEIRO, 2003, p.119).

A partir dessa problematização, é notório o distanciamento existente da construção do termo gênero para as mulheres negras. Tendo em vista que a conceituação de gênero é oriunda do movimento feminista a partir da década de 1970, utilizado por feministas americanas e inglesas, com base na luta pela igualdade entre os sexos e a necessidade de valorização da mulher. Entretanto, as particularidades das mulheres negras não faziam parte das pautas deste movimento.

De acordo com Carneiro (2003), o movimento feminista brasileiro esteve vinculado por muito tempo a uma perspectiva eurocêntrica e universalizante sobre as mulheres, o que impossibilitava o reconhecimento das diferenças e desigualdades de outras mulheres, com relação a sua identidade biológica e outras formas de opressão, que estavam além do sexismo, tornando-as invisibilizadas.

No movimento feminista o termo gênero é utilizado com a finalidade de reivindicar um campo de definição, a fim de “insistir sobre o caráter inadequado das teorias existentes em explicar desigualdades persistentes entre mulheres e homens” (SCOTT, 1995, p.19). Nessa perspectiva Scott menciona que:

A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”. O “gênero” sublinhava também o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade. As que estavam mais preocupadas com o fato de que a produção dos estudos femininos centrava-se sobre as mulheres de forma muito estreita e isolada, utilizaram o termo “gênero” para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. Segundo esta opinião, as mulheres e os homens eram definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de qualquer um poderia existir através de estudo inteiramente separado (1995, p.01).

Essa autora refere que o termo gênero é elemento constitutivo das relações sociais e históricas fundadas sobre diferenças apreendidas entre ambos os sexos, mas que não são consequências diretas nem da biologia, nem da fisiologia, mas que explicam as persistentes desigualdades entre mulheres e homens (SCOTT, 1995).

A partir dessa compreensão, o termo gênero se torna um conceito que visa à superação da abordagem biológica atribuída a homens e mulheres, utilizada para distinguir e separar os sexos. A finalidade do uso deste termo é de enfatizar essa origem social recusando a ideia de “uma determinação natural dos comportamentos de homens e de mulheres” (GROSSI, 1998, p. 4).

De acordo com Saffioti (2004) gênero também se constitui como uma categoria histórica e sua dimensão adjetiva exige uma inflexão do pensamento, podendo estar presentes nos estudos sobre a mulher. Pois, gênero refere-se:

às representações do masculino e do feminino, a imagens construídas pela sociedade a propósito do masculino e do feminino, estando inter-relacionadas. Ou seja, como pensar o masculino sem evocar o feminino? Parece impossível, mesmo quando se projeta uma sociedade não ideologizada por dicotomias, por oposições simples, mas em que masculino e feminino são apenas diferentes (SAFFIOTI, 2004, p. 116).

Dessa maneira, é importante compreender que gênero não se constitui como sinônimo de mulher, é relacional, pois se estabelece num caráter mais abrangente, em que considera as relações sociais existentes entre ambos. Assim, “para conhecer, por exemplo, como são as mulheres socialmente construídas, também temos que conhecer os homens, socialmente construídos” (STREY, 2012, p. 54).

Entretanto, é importante reconhecer que gênero também se constitui para além da concepção binária homem/mulher, considerando que a identidade de gênero ultrapassa as fronteiras dos papéis historicamente construídos para o sexo feminino e masculino. Butler (2010, p.24), ao rejeitar esse binarismo, refere que “a hipótese de um sistema binário dos gêneros encerra implicitamente a crença numa relação mimética entre gênero e sexo, na qual gênero reflete o sexo ou é por ele restrito”. Isso consiste em uma heteronormatividade, isto é, uma norma heterossexual imposta, que não reconhece que “homem e masculino podem, com igual facilidade, significar tanto um corpo feminino como um masculino, e mulher e feminino, tanto um corpo masculino como um feminino” (BUTLER, 2010, p. 24-25).

Além disto, a centralidade na categoria gênero provocou insatisfações de feministas negras, lésbicas e do terceiro mundo, suscitando outras problematizações, como a necessidade de articular gênero a outras categorias como raça, etnia, classe social, sexualidade, nacionalidade, religião. Donna Haraway (1991) aponta que ao se conceder centralidade ao gênero, se obscurece ou subordina as demais categorias, que emergem nitidamente das ‘políticas da diferença’, em um movimento imperialista do feminismo branco e ocidental (PISCITELLI, 2008).

As feministas negras realizavam críticas ao movimento feminista, pelo fato de serem liderados por quase que exclusivamente por mulheres brancas, que possuíam vivências diferentes e não abrangiam as necessidades específicas das mulheres negras e a falta de reconhecimento da discriminação racial sofrida por elas.

Fazer fechamento do capítulo categorias e saúde mental

## 5. PRODUÇÃO DO CONHECIMENTO: expressões das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero

“Não fomos vencidas pela anulação social  
 Sobrevivemos à ausência na novela, e no comercial  
 O sistema pode até me transformar em empregada  
 Mas não pode me fazer raciocinar como criada  
 Enquanto mulheres convencionais lutam contra o machismo  
 As negras duelam pra vencer o machismo, o preconceito, o racismo”  
 A gente quer ter voz ativa”<sup>13</sup>

No decorrer deste capítulo, trataremos a produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres a partir da consubstancialidade/coextensividade das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero, no intento de responder aos questionamentos que serviram de base para a construção da presente tese.

O processo de elaboração da análise esteve conduzido por meio dos seguintes objetivos: *“analisar as concepções das categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social presentes na produção do conhecimento referente a saúde mental das mulheres e investigar as implicações dessas categorias na compreensão da saúde mental das mulheres”*.

Nesse sentido, a investigação ocorreu por meio da ferramenta OMNIS, base de dados on-line da Biblioteca Central Irmão José Otão - PUCRS, com os descritores “saúde mental” AND mulheres, encontrando-se 828 produções, a partir da leitura de todos os resumos e seleção das produções que versavam sobre a saúde mental das mulheres, verificou-se que, dentre estas, 152 encaixavam-se no proposto. Sucedendo-se a isso com a leitura dos materiais em sua íntegra, constatou-se que dentro do montante haviam produções não correspondentes ao tema proposto, procedendo-se em nova seletiva e finalizando-se em 52 artigos a totalidade da amostra.

Com a leitura cuidadosa do material, construiu-se a tabulação<sup>14</sup> da análise com os dados: tema, ano de publicação, área de conhecimento, expressões acerca das categorias de análise (gênero, raça e/ou etnia e classe social) e observações da pesquisadora.

<sup>13</sup> Música Mulheres Negras cantada por Mulheres Negras por Yzalú.

<sup>14</sup> A tabulação consta nos apêndices deste estudo.

Na composição da análise dos dados bibliográficos foram emergindo reflexões, inquietações, conhecimentos, questionamentos e até mesmo surpresa com o conteúdo das produções, permitindo o adensamento teórico da temática de forma crítica para posteriormente se desenvolverem proposições.

A área de conhecimento das produções teóricas analisadas é majoritariamente oriunda do campo da saúde, com prevalência para a área da Enfermagem, seguidos da Psicologia, Medicina, Saúde Coletiva, Multiprofissional (saúde), com apenas uma produção oriunda do Serviço Social. Dentre estes, um dos artigos não se encontra no escopo das profissões da saúde, sendo apenas um proveniente da História.

<b>ÁREA DE CONHECIMENTO</b>	<b>QUANTIDADE</b>
ENFERMAGEM	17
PSICOLOGIA	16
MEDICINA	7
SAÚDE COLETIVA	5
MULTIPROFISSIONAL (SAÚDE)	5
SERVIÇO SOCIAL	1
HISTÓRIA	1

Fonte: Dados sistematizados.

A análise do campo de conhecimento das publicações apresenta o lócus da construção teórica do estudo, com diferentes abordagens sobre o mesmo tema, a partir de múltiplos saberes. O campo da história se distingue dos demais e por isso adquire grande importância, acrescentando outra perspectiva sobre a temática. Contudo, a área do Serviço Social possui parca produção teórica sobre o tema, o que gera estranhamento devido a sua inserção e reconhecimento legal<sup>15</sup> como campo da saúde e sua histórica atuação na área, evidenciando, portanto, a necessidade de produção teórica e a relevância desse estudo para a categoria.

As produções bibliográficas apresentam a saúde mental das mulheres com diferentes abordagens e vinculadas a várias temáticas como: violências e saúde mental como tema de maior predominância, seguida do enfoque sobre medicalização, uso de drogas, mundo do trabalho, atenção à saúde mental, aborto, gênero e saúde mental, envelhecimento, mulheres assentadas, depressão, cuidadoras, etnia e

---

<sup>15</sup> Conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997, que reconhece a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde e Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, que caracteriza o assistente social como profissional de saúde.

gênero na saúde mental, desigualdades nas cidades, maternidade e saúde mental das mulheres negras.

Dentre as temáticas encontradas, as produções teóricas analisadas são frutos de pesquisas com predominância do tipo qualitativa, utilizando como coleta de dados entrevistas com as mulheres usuárias dos serviços de saúde, trabalhadores e gestores, como também se encontrou pesquisas bibliográficas e documentais, do tipo qualitativo, análise institucional, pesquisa ação e estudo antropológico.

## 5.1 VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES E SAÚDE MENTAL

O fenômeno da violência contra as mulheres possui diversas tentativas de explicação na literatura, a partir de diferentes perspectivas, evidenciando esta temática como complexa e multifacetada (GROSSI; AGUINSKY, 2012). A violência contra a mulher pode se manifestar de diferentes formas, recebendo distintas denominações e atribuições; pode ser entendida como naturalizada ou ser condenada por alguma parcela da sociedade, modificando-se de acordo com o período histórico e cultural da sociedade.

A partir das lutas feministas pelo direito à igualdade, a pauta da violência contra a mulher foi incorporada em suas reivindicações e o conseqüente surgimento de denúncias de casos de violência, trazendo para o âmbito público uma realidade que estava apenas na esfera privada das famílias. A década de 1970 foi muito representativa nesse sentido em decorrência dos assassinatos de mulheres perpetrados por seus maridos e pelo modo como os casos foram conduzidos pelo judiciário: sob a escusa de legítima defesa da honra, o que, por seu turno, causou grande indignação e resultou na mobilização dos Movimentos Feministas.

As reivindicações das mulheres pelo direito de viver sem violência auferiram amplo destaque, garantindo avanços institucionais com a criação, em 1980, das delegacias da mulher e os Conselhos de Direito da Mulher nas três esferas de governo, assim possibilitando espaços de proteção e de direitos para as mulheres. A discussão do tema da violência contra a mulher também foi incorporada nas universidades, tornando-se presente em debates, conferências, pesquisas e demais

construções teóricas, qualificando a compreensão desta temática com estudos científicos.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher - conhecida como Convenção de Belém do Pará -, em 1994, foi pioneira em estabelecer o direito das mulheres de viver uma vida livre de violência, bem como em reconhecer a violência doméstica como uma violação aos direitos humanos, definindo-a como “qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada” (ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS - OEA, 1994).

Com base nesta convenção, o Brasil recebeu uma condenação pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH) da OEA, em razão das inúmeras denúncias proferidas por Maria da Penha Fernandes, enviada conjuntamente pelo Centro de Justiça e Direito Internacional e pelo Comitê Latino-Americano de Defesa dos Direitos da Mulher, em razão das agressões sofridas e tentativas de assassinato pelo marido, culminando em uma lesão medular que a deixou paraplégica. A denúncia alegava que o Brasil atuava com tolerância à violência cometida contra Maria da Penha, resultando na acusação de descumprimento aos tratados internacionais, de não garantia de um processo justo contra o agressor e de morosidade no tratamento do caso pelo governo brasileiro (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Em consequência disso, houve a promulgação da Lei Maria da Penha (nº 11.340, de 7 de agosto de 2006), instrumento de grande êxito para as mulheres no quesito de direito à vida sem violência e de garantia de sua proteção.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhece a violência como um importante problema de saúde pública mundial, classificando-as por tipologias em violência dirigida a si mesmo (auto infligida), violência interpessoal e violência coletiva bem como define a natureza de atos violentos em forma física, sexual, psicológica que envolvem privação ou negligência (OMS, 2002). Portanto, a complexidade que envolve a violência e seus rebatimentos não deve ser objeto de intervenção de apenas um setor, mas necessita de um conjunto de instituições e políticas públicas para confrontar as consequências dela decorrentes.

A temática da violência contra a mulher teve grande expressividade nos artigos analisados, em razão dos impactos causados na vida das mulheres e no seu processo de adoecimento psíquico. Essas publicações revelam que é no âmbito familiar que

ocorrem a maioria dos casos de violência contra as mulheres, tendo como agressor o marido/companheiro, pai, filho e/ou demais membros com quem possua vínculo familiar ou afetivo.

O estudo sobre o impacto da violência sexual sofrida por mulheres com transtornos mentais desenvolvido em serviços especializados para o atendimento em saúde mental apresenta em suas conclusões os impactos negativos dessa violência em diversas esferas de vida das mulheres, tais como a perda do prazer nas relações sexuais, a baixa autoestima, o uso álcool e outras drogas, a ideação suicida, dificuldades de defesa e reação, contexto de exclusão, pobreza, baixa escolaridade e desamparo social (BARBOSA et al.,2015).

Os resultados demonstram que a violência sexual ocorreu, na maior parte dos casos, no espaço familiar, tendo como agressor o pai ou o companheiro; a ocorrência fora do âmbito familiar se deu em menor número. Em consequência disso, algumas mulheres referiram dificuldades para “reagir a essas situações, atribuídas ao fato de sentirem-se fracassadas em seus papéis de mãe e esposa, repercutindo em permissividade ao ato e descaso diante dos apelos das vítimas” (BARBOSA et al.,2015, p. 276).

A violência sexual contra a mulher ocorrida nas relações conjugais tende a ser naturalizada pelas mulheres e pela sociedade, pois está intrinsecamente relacionada aos valores patriarcais, em que a cultura do estupro, enraizada em nossa sociedade, culpabiliza a vítima e dificulta o reconhecimento do fato como violência. Por conta disso, as mulheres expressam que mantém relações sexuais com seus parceiros de forma obrigatória, “a fim de proporcionar prazer a ele, o que se verificou estar associado à representação de ser um dever da esposa tolerar e atender o parceiro sexualmente”(BARBOSA et al.,2015, p. 276).

A violência contra as mulheres é histórica e vinculada ao sistema de dominação-subordinação patriarcal, estabelecendo relações hierárquicas entre homens e mulheres, impondo uma supremacia masculina sobre a submissão feminina. Sua raiz ideológica permeia as relações sociais e reflete nos comportamentos, em virtude disso a mulher torna-se objeto de passividade, naturalizando-se os atos violentos sobre elas.

O artigo problematiza a forma como as mulheres em adoecimento psíquico são retratadas pelos profissionais da saúde e pela sociedade, sendo consideradas assexuadas ou hiperssexualizadas, havendo poucas intervenções nos serviços de

saúde que abordem a sexualidade das usuárias nos atendimentos ofertados, o que decorre numa negação e omissão da saúde sexual dessas mulheres, corroborando com a invisibilidade da situação de violência e suas implicações na vida e no processo do adoecimento psíquico feminino.

Dentre as discussões realizadas no artigo, as autoras elucidam a violência sexual sofrida pelas mulheres, “como decorrente das normas hierárquicas de gênero, que levam os homens a se acharem no direito de controlar e usar o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder” (BARBOSA et al., 2015, p. 274).

Entretanto, a perspectiva de gênero utilizada no decorrer da escrita foi pouco mencionada, não consta a conceituação desta categoria, o que torna superficial a análise da violência sexual contra as mulheres, desconsiderando-se a complexidade que abarca este fenômeno, com raízes profundas na estrutura social, sendo isso um reflexo da ideologia patriarcal que legitima a cultura do estupro e dificulta as denúncias pelas vítimas e o acesso aos cuidados necessários para sua saúde.

A partir da análise das categorias classe social, gênero e raça e/ou etnia nestas produções, a dimensão de gênero foi a de maior predominância na discussão sobre a violência contra as mulheres, ressaltando-se gênero como determinante de saúde mental e que também reflete em desigualdades, hierarquias, dominação, poder, papéis e normas sociais.

A categoria classe social possui pouca abordagem, dentre os artigos é mencionada como um dos determinantes de saúde mental, utilizada para descrever a condição social em que vivem as mulheres vítimas de violência, através do termo classe menos favorecidas, estando presente nas características sociodemográficas e sendo definida por meio do Questionário de Classificação Econômica Familiar da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa, que avalia o poder de compra familiar. Também é referenciada como questão social que deve ser considerada e refletida pelos profissionais da saúde em suas intervenções profissionais.

Com relação a categoria raça e/ou etnia, sua utilização é a menos frequente nas publicações, um dos escritos aponta para a falta de dados a respeito das mulheres em situação de violência que abordem questões sobre raça e as suas condições socioeconômicas. Apesar de algumas produções trazerem em seus dados a menção da cor da pele acompanhado do termo raça, explica-se apenas de forma numérica que as mulheres não brancas padecem maior índice de violência, não havendo análise reflexiva sobre o processo de violência dessas mulheres.

Diante da escassa abordagem dessas categorias nas produções teóricas, a compreensão do fenômeno da violência contra a mulher torna-se limitado, pois não abrange a dimensão estruturante das desigualdades e opressões decorrentes do sistema patriarcal, racista e capitalista que se consubstanciam nas relações sociais e refletem em situações de violência vivenciadas pelas mulheres como também não abrangem as repercussões que incidem em sua saúde mental gerando adoecimento psíquico.

Desse modo, não se pode perder de vista a “complexidade do fenômeno da violência contra mulheres, que não pode ser entendida de maneira desarticulada do lugar ou do contexto que ocupa em uma rede mais ampla de violência estrutural” (BANDEIRA, 2013, p. 63), considerando os determinantes de gênero, raça e/ou etnia e classe social enquanto fatores que se articulam e promovem desigualdades às mulheres.

Em virtude dos fatores mencionados, a maioria destas publicações apontam contradições existentes na atenção à saúde mental das mulheres vítimas de violência, nos diferentes serviços de saúde e nas políticas públicas de saúde, com questionamentos e críticas ao processo de cuidado das mulheres vítimas de violência devido à falta de reconhecimento dessa problemática e sua invisibilidade. Acerca disso, observa-se que:

A (in)visibilidade do tema, dentre os profissionais, é relacionada assim, por um lado, a sua nítida percepção e, por outro, a uma omissão que acaba por invisibilizar a violência sofrida pelas usuárias e a subsumi-la em diagnósticos psiquiátricos. Isso se deve tanto pela não qualificação dos profissionais nessa temática quanto pela falta de busca dos instrumentos legais que poderiam embasar sua prática. A partir das entrevistas, foi possível observar que a atuação é baseada na intuição e no senso comum, não em conhecimentos teóricos e práticos (PEDROSA; ZANELLO, 2016, p. 6).

A ausência de conhecimento das dimensões que englobam a violência contra a mulher pode resultar em intervenções inadequadas com diversos impactos para a saúde das mulheres, tendo em vista o não reconhecimento de suas necessidades e demandas nos serviços de saúde. Conforme Barbosa et. al (2015, p.318), “a invisibilidade gerava interações psiquiátricas para observação, desnecessárias, e tornava a noção de articulação de rede intersetorial como uma ação impossível de ser realizada”.

Nesse contexto, as intervenções profissionais acabam por expressar “práticas manicomialis de segregação e preconceito, ferindo os direitos básicos destas mulheres que, muitas vezes, são diretamente encaminhadas aos hospitais psiquiátricos onde são internadas e medicadas (BARRETO et al.,2013, p.201).

O estudo realizado por Barbosa et.al (2014), identificou que as mulheres em situação de violência e com diagnóstico de transtorno mental possuíam dificuldades de acessar serviços da rede que as atendesse de forma integral. A partir das entrevistas realizadas com as equipes que atuam nos Centros de Referência de Violência contra as Mulheres e nos Centros de Atenção Psicossocial, verificou-se que as mulheres eram acolhidas apenas para a demanda específica do serviço. Em função disso, os CAPS realizavam intervenções focadas nos sintomas do adoecimento psíquico e o Centro de Referência atinha-se ao atendimento da violência, fragmentando o processo de cuidado das mulheres pela falta de articulação entre os serviços, o que resulta em desassistência às suas demandas.

Na pesquisa desenvolvida por Porto (2006) com o propósito de verificar o posicionamento de gestores municipais do SUS sobre o atendimento psicológico envolvendo a violência contra a mulher, constata-se que há uma dissociação de procedimentos e um reducionismo da problemática pela gestão, ao se ressaltar que o fenômeno da violência contra a mulher necessita de atendimento psicológico, havendo uma tendência de psicologização da questão em vez de intervenções interdisciplinares pela rede de atenção psicossocial.

Outro fator preponderante nas intervenções profissionais revela que “as falas dos profissionais que atuam nos espaços da saúde sugerem que o agravo é reconhecido quando associado às marcas visíveis que as mulheres apresentam (GOMES et al., 2012, p.517). Com isso, as demais naturezas da violência tornam-se veladas e inexistentes, considerando-se as dificuldades das mulheres expressarem verbalmente sua situação de violência, manifestando-se em sintomas como “quadros de ansiedade e outros distúrbios psicossomáticos, que muitas vezes são erroneamente diagnosticados e desqualificados pelo profissional, que considera a queixa apresentada pela mulher como algo fantasioso ou para chamar a atenção” (MACHADO et al., 2013, p.227).

Dessa forma, os discursos das mulheres tornam-se desqualificados por profissionais, que desrespeitam seu sofrimento, rotulando-as como ‘reclamona’ e utilizando o diagnóstico de ‘poliqueixosas’, pelo fato das mulheres buscarem mais os

serviços e falarem mais sobre si e seus problemas”. Assim, “ao não se levar em consideração o que vem por trás dos sintomas, há uma redução da história vivida pela mulher à sua condição psiquiátrica” (PEDROSA; ZANELLO; 2016, p.3).

As intervenções profissionais descritas nas produções demonstram o descaso, a desqualificação e a violação de direitos as quais as mulheres estão expostas nos serviços de saúde, com a falta de acolhimento de suas demandas e condutas inadequadas, gerando mais uma violência para estas mulheres.

Entretanto, as produções teóricas também apontam outras barreiras no processo de trabalho nos serviços de saúde que contribuem para que a atenção à saúde mental das mulheres não seja efetiva e qualificada, assim:

A ausência de recursos humanos e de infraestrutura, dificuldades em acolher e compreender os casos e a desarticulação com a rede de atenção psicossocial local foram identificados como obstáculos aos acolhimentos de demandas em saúde mental. Tais obstáculos impediam a garantia de continuidade da atenção no âmbito psicossocial e jurídico (BARRETO et. al, 2013, p.203).

O processo de cuidado em saúde se desenvolve de forma contraditória e com diversas implicações que envolvem atravessamentos vinculados a interesses políticos e econômicos que desencadeiam diversos desafios para a consolidação do SUS e dizem respeito a questões referentes ao subfinanciamento, recursos humanos insuficientes, terceirização, privatização, seletividade e focalização da política de saúde.

Conseqüentemente, a precarização causa impacto tanto aos trabalhadores como aos serviços prestados e é uma barreira que impede o desenvolvimento do SUS, pois afeta a relação dos trabalhadores com o sistema, além de danificar a qualidade e o prosseguimento dos serviços essenciais ofertados à população (CAVALCANTE; LIMA, 2013).

Além disso, os artigos ressaltam “não haver uma política voltada para as mulheres vítimas de violência doméstica com transtornos mentais” (BARBOSA et. al, 2014, p. 314). Assim como “o fenômeno da violência contra as mulheres parece não pertencer às preocupações da Política Nacional de Saúde Mental” (BARRETO et. al, 2013, p.199).

Portanto, a análise das produções com o tema violência contra a mulheres demonstra que apesar dos avanços legais para o enfrentamento desta violência, a

complexidade deste fenômeno ainda é compreendida de modo restrito e sob perspectiva micro estrutural, em que as políticas públicas de saúde mental possuem uma abordagem generalista e homogeneizante, invisibilizando especificidades que determinam o adoecimento psíquico, como a violência contra as mulheres.

Assim sendo, as políticas públicas acabam contribuindo para ratificar desigualdades, tendo em vista a superficialidade com a qual são tratadas diversas temáticas em seus textos - havendo casos inclusive em que tais temáticas não são abordadas -, sem considerar os impactos dos determinantes sociais na saúde mental das mulheres. Contudo, é necessário que haja mudanças na organização dos serviços de saúde para o enfrentamento dos diferentes problemas de saúde e a superação do paradigma biomédico na atenção à saúde com vistas a que um dos importantes princípios do SUS, a integralidade, passe a fazer parte do cotidiano dos processos de cuidado. Assim, do mesmo modo que as estas políticas estabelecem diretrizes para a atenção em saúde mental, as (os) trabalhadoras (os) desenvolvem o processo de cuidado nos serviços a partir de tais premissas.

O Ministério da Saúde estabeleceu por meio da portaria nº 104 a obrigatoriedade para todos os profissionais da área da saúde em realizar a notificação compulsória em casos suspeitos ou confirmados de violência. Essa notificação é feita através do preenchimento de ficha de notificação, cujos dados são inseridos no Sistema de Informação de Agravos de Notificação e compõem os dados da vigilância epidemiológica para ser utilizada como análise à formulação das políticas de saúde. Nesse sentido, também foram publicadas normas técnicas para o atendimento de diversas formas de violência assim como cartilhas para orientação sobre a notificação compulsória.

No entanto, constata-se que essas publicações, muitas vezes, não chegam aos serviços de saúde e as (os) profissionais não tomam conhecimento de tais documentos que poderiam qualificar o seu processo de trabalho. As produções analisadas denunciam as dificuldades com relação à ficha de notificação de violência, pela qual “os profissionais de saúde demonstraram não conhecer a função desse mecanismo e não o executaram adequadamente” (PEDROSA; ZANELLO, 2016, p.6), o que resulta em subnotificação desses casos de violência e em baixa qualidade dos dados epidemiológicos. Logo, a “complexidade e o tamanho da ficha foram dificuldades relatadas pelos profissionais e que devem ser levadas em consideração, a fim de tornar mais eficaz o cumprimento da normativa” (idem).

Os trabalhos analisados não mencionam as mulheres negras, tornando-se invisibilizando suas opressões, essa omissão contribui com a naturalização da violência contra as mulheres negras, o Mapa da Violência demonstra crescimento nos índices de violência contra elas, sendo as mulheres negras as que mais sofrem violências, suas opressões são consubstanciadas pelo sexismo e racismo, estruturantes das relações sociais.

Desse modo, a implantação e a efetivação da educação permanente em saúde poderiam ser algumas das estratégias para qualificar as intervenções profissionais, promovendo reflexões e transformações nos processos de cuidado para mulheres em situação de violência, pautados na ética, integralidade, equidade e na humanização da assistência a fim de responder às demandas com responsabilização e resolutividade.

Dessa forma, o desenvolvimento da equidade na atenção à saúde das mulheres fica comprometido, pois a equidade é um dos princípios fundamentais que constituem o SUS. Compreendendo que todos os cidadãos têm o direito de acesso aos cuidados prestados por esse sistema, a equidade contempla a realidade que locais e pessoas diferentes têm necessidades distintas, e por isso soluções e esforços diferentes devem ser feitos de acordo com o contexto em que estão inseridas.

## 5.2 ABORTO E SAÚDE MENTAL

A discussão sobre o aborto no Brasil ainda é um tema polêmico que permeia diferentes instâncias tais como a religiosa, a médica, a judiciária e a da saúde, com posicionamentos diversos de cunho moral, espiritual, legal, de defesa do direito ao corpo, direito reprodutivo, direito à vida e a escolhas. Atualmente o aborto é legalizado na maior parte dos países desenvolvidos e criminalizado na maioria dos países pobres, fatores como nível de religiosidade de cada nação também contribuem para a sua criminalização.

Na legislação brasileira, segundo o Código Penal de 1940, o aborto é considerado um crime contra a vida, mas permitido em casos de risco de morte da mulher em período gestacional, em decorrência de violência sexual e em gestações de fetos diagnosticados como anencéfalos. Entretanto, há dificuldades de acesso a

esse direito no país devido aos poucos serviços públicos existentes para a atenção às mulheres em casos de abortos previstos na lei, concentrando-se em cidades de grande porte e em capitais. Por outro lado, também ocorre a recusa de profissionais médicos em realizar a intervenção (TEIXEIRA; SILVEIRA, 2017).

No entanto, a proibição do aborto não impede a sua prática, porém, determina em que circunstâncias e riscos será realizado, tendo em vista a clandestinidade, a insegurança e o alto custo para se obter o procedimento. Com isso, expõem-se a riscos a saúde e a vida das mulheres, sobremaneira as mais pobres que não desfrutam de recursos financeiros e submetem-se a procedimentos inseguros.

Os movimentos feministas no Brasil debatem sobre o aborto desde a década de 1970, a partir da discussão dos direitos sexuais e reprodutivos como um modo de defesa da autonomia da mulher em decidir sobre o seu próprio corpo, sob a perspectiva da luta por sua descriminalização convertidas em denúncias das consequências nefastas, mormente às mulheres pobres e negras, da criminalização da prática.

Os dados sobre aborto são estimados por meio de pesquisas em internações de hospitais públicos. A Pesquisa Nacional sobre Aborto, realizada em 2016, mostra que no Brasil 1 em cada 5 mulheres aos 39 anos de idade já fez aborto – sendo que 67% destas mulheres têm filhos e 88% declararam ter religião - concentrando-se as maiores taxas entre mulheres negras e indígenas, com menor nível de instrução, residentes dos estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste do país (DINIZ; MEDEIROS, 2016).

Nessa perspectiva, o aborto se constitui como significativo problema de saúde pública, sendo temática de produções científicas, a partir do desenvolvimento de pesquisas que possibilitam o adensamento teórico do reconhecimento de suas implicações na vida das mulheres. Ainda relativamente ao tema, constaram em quatro artigos científicos dentre os dados bibliográficos analisados.

No estudo sobre os avanços e os desafios em pesquisas sobre o aborto no Brasil, as autoras referem as dificuldades para o desenvolvimento da pesquisa do tema por envolver aspectos morais e religiosos com forte sanção social, o que implica na dificuldade da coleta de informações junto às mulheres devido à sua ilegalidade e cujo desmembramento da investigação requer o máximo de cuidados metodológicos e éticos, o que torna escassos os estudos de base populacional sobre o assunto (MENEZES; AQUINO, 2009).

As demais temáticas abordadas nas produções versam sobre fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de depressão após abortamento; associação entre aborto provocado e violência doméstica e as repercussões para a saúde mental das mulheres; e os aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto em mulheres com diagnóstico de depressão. Nestes estudos foram utilizadas como técnica de coleta de dados a entrevista com as mulheres que realizaram o procedimento de aborto provocado.

A relação entre o aborto provocado e a situação de violência contra as mulheres mencionou-se nos estudos, demonstrando que:

A maioria das entrevistadas disse ter história de violência doméstica, praticada pelo cônjuge e expressa nas formas psicológica, física e sexual. Quase metade das mulheres a vivenciaram durante a gravidez atual, 67% das quais declararam ser este o motivo que as levou a decidir pelo aborto (DINIZ et al.,2012, p.1014).

Estes dados revelam a importância da discussão sobre os impactos das diferentes naturezas de violência contra a mulher e a descriminalização do aborto, considerando que juridicamente a legalidade para o aborto incide somente sobre os casos de violência sexual. Em conta disso, é imprescindível que a proteção a atenção à saúde da mulher não seja negligenciada pelo Estado e pelo poder judiciário, levando em consideração os perigos da ilegalidade para as mulheres, sendo necessária a superação da lógica punitiva, controladora e criminal sobre os corpos das mulheres, ancoradas em valores religiosos e moralistas, resultando para elas em maior prejuízo.

As repercussões do aborto para a saúde mental das mulheres estiveram presentes nas discussões das análises dos dados das produções teóricas, havendo grande prevalência de mulheres com diagnóstico de depressão, principalmente as que estiveram sujeitas a diferentes formas de violência, estando mais “propensas a sofrer de estresse, depressão, consumir mais álcool e drogas e isso pode incluir a perda do interesse da mulher por sua saúde” (DINIZ, 2011, p.1013). No entanto, alguns profissionais da saúde não percebem que estes sintomas de origem psicossocial estão associados a situações de violência (GOMES et al., 2012).

São apontados fatores considerados estressores que podem refletir na saúde mental das mulheres: a falta de atenção humanizada nos serviços de saúde, a

divulgação da prisão de mulheres durante a internação hospitalar e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (MENEZES; AQUINO, 2009).

O sentimento de culpa esteve presente em diversas mulheres entrevistadas, vinculados à percepção de desvio das necessidades internas, com base na “crença de que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, já que, biologicamente, a mulher possui uma ‘função’ maternal que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho” (NOMURA, 2011, p. 648).

O perfil das mulheres participantes das pesquisas demonstra a prevalência de mulheres jovens, negras, com baixo nível de escolaridade e renda, dentre as que necessitaram se submeter ao aborto provocado. Tais fatores refletem nos dados de mortalidade destas mulheres ao recorrerem aos procedimentos inseguros:

As mortes por aborto atingem preferencialmente mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas as negras que apresentam um risco três vezes superior de morrer por essa causa 27,36, quando comparadas às brancas (MENEZES; AQUINO, 2009, p.196).

Nesse contexto, os dados demonstram que são as mulheres pobres, negras e jovens que se encontram submetidas a maiores riscos e mortes pela realização do aborto em locais inadequados e clandestinos. Por outro lado, as mulheres com maior poder aquisitivo tendem a procurar lugares, mesmo que ilegais, que possuem maiores condições sanitárias e profissionais especializados para a sua realização.

Por isso, a análise das condições de vida materiais e subjetivas destas mulheres são imprescindíveis, pois a criminalização do aborto aprofunda ainda mais suas desigualdades de gênero, raça e/ou etnia e classe social. O direito ao aborto seguro é um eixo central para autonomia das mulheres e para o respeito aos seus direitos sexuais e reprodutivos, assim como o acesso a educação sexual e aos métodos contraceptivos seguros.

Para Menezes e Aquino (2009), as mulheres possuem relatos distintos sobre o aborto provocado, de acordo com gênero, raça e/ou etnia e classe social, que refletem os vários significados atribuídos a gravidez e ao próprio aborto, vinculados a fatores de diferentes ordens que poderiam mostrar as desigualdades sociais entre mulheres e homens em relação à gravidez não planejada.

As produções revelam diversas motivações para a decisão das mulheres em interromper a gravidez, que envolvem “argumentos particulares e individuais, de

modo geral, fundamentados em questões sociais, econômicas e emocionais, mas por vezes é permeada também pela violência doméstica ou sexual” (NOMURA et al., 2011, p. 650).

Os dados de pesquisa apresentados por Diniz (2011, p. 1012) mostram que a “situação econômica (36,7%) foi o principal motivo alegado pelas mulheres para a prática do aborto, estando está associada à falta de condições para criar o filho”. Além deste, a violência doméstica (27,9%), aparece como o segundo motivador, seguido da questão da pouca idade (19%) e de comprometimentos em planos futuros (10%).

Entretanto, em outro artigo as autoras apontam dados sobre as razões na decisão do aborto, que chamam a atenção pelos termos utilizados

Estudo realizado com profissionais de saúde, aponta motivos que levariam uma mulher a abortar são: a questão econômica; a irresponsabilidade da mulher; a gravidez resultante de relacionamento extraconjugal; a rejeição de suas famílias; a ausência de informação para prevenir uma gravidez indesejada; a gravidez na adolescência; o abandono do namorado e a conseqüente rejeição do feto; o número de filhos; não aceitação da gravidez pelo marido; a questão das relações sexuais precoces e desprotegidas; a promiscuidade; a falta de fiscalização pelas autoridades (MARIUTTI et al., 2010, p.186).

O conteúdo utilizado pelas autoras para se referirem às mulheres do estudo possui viés pejorativo e moralista, ao referir às mulheres que se submeteram ao aborto como irresponsáveis, atribuir-lhes a culpa pelo ato, numa avaliação reducionista, sem considerar os diversos aspectos estruturais da sociedade que determinam esta decisão. O uso da palavra promiscuidade também foi mencionado em outro parágrafo como: “as mulheres revelam também problemas com drogas, associados com o ato de abortar e a promiscuidade” (MARIUTTI et al., 2010, p.186).

De acordo com dicionário de língua portuguesa[3], promiscuidade é conceituada como comportamento que viola o que é considerado moral; relacionamento com vários parceiros sexuais. Com isso, não foram considerados os preceitos éticos em pesquisa com seres humanos (Resolução nº 466/2012), que refere a não estigmatização dos participantes da pesquisa e a garantia da não utilização de informações que possam trazer prejuízo às pessoas em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Os artigos atentam para a importância da educação sexual, pois suas análises constataram a carência de informações das mulheres a respeito dos métodos contraceptivos, tornando-se necessária a orientação sobre os recursos

disponibilizados pelo SUS, a fim de promover a prevenção e cuidados com a saúde das mulheres.

As assimetrias de gênero demonstram que “a submissão da mulher ao homem a coloca em posição de aceitar sem questionar as vontades do companheiro, inclusive no que se refere às relações sexuais desprotegidas” (DINIZ et al. 2011, p. 1011).

A partir do exposto, os dados apresentados nas produções teóricas evidenciam que todas as questões que perpassam a temática do aborto estão intrinsecamente relacionadas às categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero. Porém, os estudos trouxeram pouquíssimas problematizações destas categorias, detendo-se à mera apresentação dos dados, sem elaborar reflexões que possibilitassem emergir o cerne das opressões e desigualdades a que estão expostas as mulheres participantes das pesquisas.

Portanto, para o desenvolvimento da atenção à saúde das mulheres é fundamental a compreensão dos papéis sociais atribuídos às mulheres, como por exemplo a maternidade compulsória enquanto algo inerente à condição de mulher, condicionada ao viés universalizante. Em vista disso, é imprescindível que as mulheres possam ter autonomia sobre seus corpos, como também é essencial respeitar o significado e o momento da maternidade para cada mulher, assim como o direito de não querer ser mãe deve ser respeitado. Por isso, é preciso que o aborto seja debatido não só como uma questão de saúde pública, mas como expressão de autonomia das mulheres, sem que seus corpos sejam regulados pelo sistema capitalista, racista e patriarcal.

### 5.3 ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS MULHERES

O processo de atenção à saúde mental das mulheres na saúde pública brasileira esteve por um longo período centrada no modelo hospitalocêntrico e manicomial, sendo o isolamento o único destino para as mulheres que recebiam dos psiquiatras o timbre da loucura.

A loucura é também um rótulo imposto pela sociedade à mulher que se atreve a se desviar ou a tentar escapar dos padrões estabelecidos, rótulo que

aprisiona e oprime e é particularmente punitivo para quem tentou libertar-se da 'normalidade' (GARCIA, 1996, p.54).

Com base nessa premissa, as mulheres foram condenadas ao confinamento manicomial, forjado como tratamento para impor o lócus de controle sobre seus corpos inadequados para viver em uma sociedade que se rege pela moral e os bons costumes. Por isso, pesquisas que retratem essa temática são de suma importância para compreender a lógica perversa orquestrada pelo sistema patriarcal, capitalista e racista em relação às mulheres.

O estudo desenvolvido por Passos (2017), evidencia o trabalho das mulheres negras nos manicômios brasileiros, denunciando o racismo como elemento ideológico de dominação na formação social do país e a subalternidade no tratamento do tema da questão racial em pesquisas e produções acadêmicas.

A partir da apreensão de embarcações com escravos (as) africanos que entravam de forma ilegal no país e recebiam tutela do Estado, determinava-se o cumprimento de no mínimo 14 anos de trabalho. Desta forma as mulheres negras passaram a trabalhar no espaço manicomial, realizando atividades de organização, limpeza, cuidadoria e demais serviços gerais (PASSOS, 2017).

No artigo que traça o perfil das mulheres na internação psiquiátrica entre os anos de 1931 a 2000, a partir da análise dos dados sociodemográficos presentes nos prontuários e relativamente aos dados sobre raça e/ou etnia das mulheres internas, “constata-se a predominância de brancas (91,3%) em relação às não-brancas”, modificando-se nos anos 40, com “aumento progressivo da proporção de não-brancas, passando de 0,55% para 11,55% na década de 90”(GASTAL et al., 2006, p. 247).

Essa predominância de mulheres brancas nos registros deste espaço asilar corresponde ao perfil populacional da região onde foi desenvolvida a pesquisa, caracterizada por alto percentual de população branca. Tais fatores divergem dos dados apresentados por Pegoraro e Caldana (2008, p.86), em que “as mulheres com pele negra e/ou origem pobre enlouqueciam e se faziam presentes em maior proporção no manicômio, se comparadas a indivíduos do sexo masculino com as mesmas características”.

Com o processo de transformação no modelo de cuidado proposto pela Reforma Psiquiátrica brasileira, promovendo a construção de uma rede de atenção à

saúde mental para as pessoas com transtorno mental, a fim de promover uma assistência em liberdade, pautadas na integralidade, cidadania e na singularidade.

A Reforma Psiquiátrica também propõe transformações estruturais na sociedade que possibilitem a mudança nas condições sociais das pessoas em adoecimento psíquico, constituindo-se como um processo que abarca dimensões diversas que se imbricam numa teia de interrelações, caracterizando-se conforme a percepção de Rotelli (2001) de processo social complexo, compreendendo a Reforma enquanto movimento (AMARANTE E GULJOR, 2005, p. 68).

Conforme Amarante (2007), as transformações na dimensão teórico conceitual no campo da saúde mental enfatizam a estratégia de se colocar a doença entre parênteses, para poder se ocupar dos sujeitos, em contraponto ao método historicamente utilizado pela psiquiatria de colocar o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença.

Com isso, faz-se necessário compreender como as premissas propostas pela Reforma Psiquiátrica incidem em transformações no processo de cuidado das mulheres nos serviços substitutivos em saúde mental. Os dados bibliográficos apresentam importantes reflexões sobre este tema.

Na produção teórica que apresenta experiências de desinstitucionalização no contexto da reforma psiquiátrica brasileira, a partir de uma abordagem de gênero, as autoras referem que há um expressivo número de mulheres nestes novos serviços:

[...]presença significativa de questões de gênero nas experiências de desinstitucionalização desencadeadas pelo processo da reforma psiquiátrica brasileira, nas práticas assistenciais, e nos modos de subjetivação de mulheres e homens que frequentam os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Estas e outras questões demonstram a complexidade e a relevância de se abordarem as questões de gênero no âmbito da reforma psiquiátrica brasileira, visto que seus desdobramentos são expressivos tanto nos modos de subjetivação quanto nas práticas institucionais e singulares de experimentar a assistência psiquiátrica no Brasil. (ANDRADE; MALUF, 2017, p.815).

A Reforma Psiquiátrica brasileira ainda é um processo em construção e esbarra em diversos empecilhos para sua consolidação como o atual contexto social, político e econômico de reforma do Estado, tendo como base o modelo neoliberal que impõe a retração na efetivação das políticas públicas e de seus financiamentos e que se constituem como barreira para as transformações propostas.

Em pesquisa desenvolvida em um Centro de Atenção Psicossocial, tendo como base a análise de gênero na experiência do adoecimento psíquico das (os) usuárias (os) deste serviço demonstra em seus resultados que “a experiência do adoecimento psíquico e o sentido/vivência da doença são gendrados, manifestadas nos discursos das mulheres é baseado nos estereótipos de gênero, ao referir que doença atrapalha o exercício de cuidado dos filhos e da casa” (ZANELLO; COSTA, 2015, p.245).

Os estereótipos de gênero atribuem os papéis sociais para mulheres e homens, determinando o modo como os indivíduos devem se comportar nos diferentes espaços sociais, estabelecendo atribuições de acordo com o sexo, com delegações distintas e de modo binário, sem o reconhecimento de outras formas de expressão das identidades humanas e suas sexualidades.

Os papéis sociais de gênero são mencionados na grande maioria das bibliografias analisadas, revelando diferentes repercussões na vida das mulheres, no adoecimento psíquico, nos processos de cuidado e em suas subjetividades. Com isso, em estudo desenvolvido por Soares e Camargo (2009) demonstra-se que o fenômeno da maternidade para usuárias dos serviços de saúde mental necessita de que suas demandas sejam reconhecidas para além do seu diagnóstico psiquiátrico, em que as desigualdades de gênero, classe social e várias formas de violência contra a mulher podem acarretar malefícios a sua saúde.

Conforme pesquisa desenvolvida por Pretto (2015), as experiências de maternidade e paternidade se constituem em fatores geradores de sofrimento para as mulheres, em que os estereótipos de gênero se constituem como normas para o desenvolvimento de múltiplas tarefas de cuidado com os filhos e com o lar, gerando sobrecarga e esgotamento. Estas questões precisam serem considerados pelos serviços de saúde para a organização e planejamento dos atendimentos prestados que abarquem as especificidades das mulheres para proporcionar estratégias de promoção da saúde.

Nessa perspectiva, Pinho e Araújo (2012, p.571), apontam que “as características que envolvem o trabalho doméstico acentuaram o efeito da sobrecarga doméstica sobre os transtornos mentais”, associados a isso os fatores que emergem de sua condição de classe, baixa gratificação, acesso e tempo limitado para o lazer, falta de visibilidade na realização do trabalho doméstico e que constituem quadro determinante para esse adoecimento psíquico.

Esta pesquisa apresenta a variável cor em seus dados, ilustrando em gráfico, que as mulheres que se autodenominam negras são as que possuem maior sobrecarga. Todavia, a análise sobre os aspectos que refletem esta sobrecarga em seu adoecimento não é mencionada no decorrer da escrita, corroborando com a naturalização e a invisibilidade das questões sociais na saúde mental das mulheres negras.

No trabalho doméstico se articulam os estruturantes sociais de gênero, raça e/ou etnia e classe social, já que é majoritariamente executado por mulheres negras e pobres, e expressam a reprodução das opressões/exploração que fazem parte das raízes sócio-históricas da sociedade brasileira.

Do mesmo modo, essas opressões se reverberam em outros espaços institucionais, dentre estes o sistema prisional, em que encarceramento feminino tem expressiva conotação de classe social, raça e/ou etnia e gênero, evidenciados em dados da pesquisa produzida por Figueiró et al. (2015) que versa sobre o consumo de medicação psicotrópica em prisão feminina.

A população feminina nesta prisão é composta por maioria de mulheres “negras e pardas somam mais de 90%”, em cumprimento de pena por tráfico de drogas. No sistema prisional, as mulheres possuem dificuldades de acesso à assistência médico psiquiátrica e ausência de visitas e de contato com a família.

#### 5.4 CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

O artigo possui como temática o discurso das mulheres que fazem uso de álcool e aborda os papéis sociais que se esperam das mulheres com características como delicadeza, sensibilidade, passividade, subordinação e obediência. Além disso, cita a condição biológica das mulheres, como o fato de engravidar e amamentar, o cuidado com o marido, o lar e os filhos, em que esses papéis sociais são reforçados pelas culturas patriarcais (LIMA et al, 2010).

A partir disso, este estudo cita dados epidemiológicos que demonstram o uso e dependência do álcool com grande prevalência nos homens, apontando em suas reflexões:

As hipóteses elaboradas em diversos aspectos (biológicos, culturais, sociais e econômicos) têm considerado o papel da mulher na sociedade, a identificação da virilidade com hábito de beber, a utilização do álcool como ansiolítico entre os homens e o estigma que cerca o consumo de álcool em mulheres (LIMA et al, 2010, 498).

Com base nessas considerações, o artigo passa a desenvolver a análise de gênero com relação ao uso de álcool realizado por mulheres como “um conjunto de fatores relacionados ao ser mulher no espaço social e ser mulher alcoolista, numa relação dialética entre o plano identitário e os processos de subjetivação hegemônicos de gênero” (LIMA et al, 2010, 498). Também menciona as motivações para o beber feminino como uma forma de lidar com experiências adversas que lhes causam sofrimento.

A análise desenvolvida sobre o consumo de álcool feminino a partir do viés de gênero demonstra a disparidade entre mulheres e homens existentes no ato de beber relacionada aos papéis sociais que ambos ocupam, evidenciando que “os processos sociais de gênero repercutem na saúde mental, inclusive, constituindo fator desencadeante no processo saúde-doença mental, que é notoriamente desfavorável ao feminino” (LIMA et al, 2010, 502).

O consumo de drogas em mulheres possui particularidades distintas, tendo em vista que historicamente o uso de drogas realizado por elas esteve obscurecido e relegado a figura masculina, pois este ato está em descompasso com os papéis sociais, refletindo em preconceitos e estigmas que obstaculizam a busca por tratamento em saúde mental e conseqüentemente resultam em agravos sociais e de saúde (BOLZAN, 2016). Essas especificidades também são apontadas em outro estudo analisado sobre o uso do álcool feminino

O preconceito que atinge a mulher que faz uso de bebida alcoólica é enorme. Vários sentimentos tomam conta da mulher mais facilmente do que do homem, como vergonha, culpa, medo, baixa estima e, por isso, muitas delas tentam evitar a todo custo que alguém descubra o seu problema. [...] Os resultados mostram que as mulheres ainda continuam enfrentando obstáculos dentro de uma cultura discriminatória, oriunda de uma construção sociocultural tradicional, acentuada pelas transformações sociais e alterações enfrentadas a partir do século XX (ASSIS; CASTRO, 2010, p.367).

Do mesmo modo, em outro estudo problematiza sobre as barreiras e as facilidades no que tange ao acesso ao tratamento especializado de mulheres que fazem o uso problemático de drogas e demonstra que “o estigma posto sobre as

mulheres usuárias de substâncias psicoativas existe, apesar do enfrentamento e das mudanças no papel social da mulher”, como também “o empobrecimento da rede de suporte social, as atitudes negativas dos profissionais de saúde, a rede de serviço ineficaz, a falta de transporte direto para os serviços, cuidado com os filhos e horários inflexíveis” (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016, p.27).

Esses fatores explicitados pelas mulheres expressam as implicações de gênero e as repercussões que incidem no processo de cuidado de sua saúde, demonstrando que há uma baixa prevalência de mulheres em serviços especializados para o tratamento de mulheres que fazem uso de álcool e outras drogas, pois estas mulheres “quando buscam ajuda, tendem inicialmente a procurar os serviços clínicos e psiquiátricos não específicos para tratar a dependência de drogas” (ALBUQUERQUE; NÓBREGA, 2016, p.27).

A realidade expressa nestes dados contradizem concepções históricas sobre a atenção a saúde das mulheres, por considerar que buscam com maior frequência e mais cedo o atendimento em saúde em relação aos homens, evidências apresentadas na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), em que 76,1% das mulheres haviam consultado médicos nos últimos 12 meses, entre os homens essa proporção foi de 58,8% (IBGE, 2010).

No entanto, é preciso observar as motivações das buscas por atendimentos das mulheres na área da saúde. De acordo com a pesquisa que investigou sobre o acesso e a acessibilidade das mulheres nos serviços de saúde especializados para o uso de álcool e outras drogas, Bolzan (2016) traz problematizações que demonstram que as mulheres buscam os serviços de saúde para a resolução de demandas referentes a sua saúde sexual e reprodutiva e acompanhamento dos (as) filhos (as), ou seja, para situações consideradas socialmente aceitas para o seu estereótipo de gênero. No que se refere ao uso de drogas, há uma restrição das mulheres na busca pelo serviço, ao mesmo tempo em que há maior procura por parte dos homens, devido aos papéis sociais atribuídos a ambos os sexos, resultando em barreiras de acesso ao tratamento das mulheres.

Nesse sentido, os papéis sociais enquanto determinantes de gênero, podem contribuir para aprofundar agravos na situação de saúde das mulheres, naturalizando estereótipos, hierarquias e desigualdades, que resultam na falta de reconhecimento destes determinantes e de suas implicações no processo de saúde e doença.

## 6. CONCLUSÃO: “A ESPERANÇA EQUILIBRISTA, SABE QUE O SHOW DE TODO ARTISTA TEM QUE CONTINUAR”

“Resta esse constante esforço para caminhar dentro do labirinto  
 Esse eterno levantar-se depois de cada queda  
 Essa busca de equilíbrio no fio da navalha  
 Essa terrível coragem diante do grande medo,  
 e esse medo infantil de ter pequenas coragens”.  
 Vinicius de Moraes

A canção O bêbado e a equilibrista, inspiração para a construção da tese, possibilitou abordar um tema complexo, como a saúde mental das mulheres, permeado por diversos eixos de opressão, motivando a buscar na arte expressões que suavizassem a espinhosa e dura realidade cotidiana. Por isso, a finalização desse processo segue com a mesma música que o originou, ao andar sobre o aguçado fio de uma navalha da construção do conhecimento, buscando o equilíbrio, tal qual como o bêbado dançando na corda bamba de sombrinha, que em cada passo pode se machucar, ainda que uma dor assim pungente, não há de ser inutilmente, mas é preciso uma esperança equilibrista para que esse show possa continuar por novos caminhos.

Abordar a saúde mental das mulheres numa perspectiva histórica, revela as diferentes marcas de opressão que as nominaram como loucas, bruxas, vadias, históricas, pecadoras, nervosas, servindo como meio de controle dos seus corpos, confinando-as ao manicômio, personificando suas existências errantes na exclusão do asilamento. Este controle orquestrado em nome da ciência, determinava o padrão de normalidade vigente na época por intermédio do saber médico e definia o destino das mulheres em nome da moral e dos bons costumes.

A história da loucura é marcada pelo sexismo e racismo, tendo o manicômio como locus da exclusão social, em razão disso foi depositário das mulheres segregadas da sociedade fundamentado em opressões de gênero, classe social, raça e/ou etnia, se refletindo no modo como as mulheres eram tratadas nesse espaço e na determinação dos seus diagnósticos.

A luta do Movimento Antimanicomial por uma sociedade sem manicômios e o cuidado em liberdade para pessoas com transtorno mental, propiciou a construção do

aparato legal da Reforma Psiquiátrica, desencadeando a criação de uma rede de cuidados e uma nova percepção da loucura.

Nessa trajetória de mudanças, é que se dá análise das políticas públicas de saúde da mulher e saúde mental, com o propósito de identificar como as categorias gênero, classe social, raça e/ou etnia são formuladas e repercutem na elaboração e na implementação das Políticas Públicas voltadas a saúde mental das mulheres.

Ao analisar as Políticas Públicas de Saúde para as mulheres, constata-se que esta possui em seu texto um item específico sobre a saúde mental das mulheres, reconhece gênero como um dos determinantes para o adoecimento das mulheres e refere a importância de reconhecimento das questões raciais para qualificar a atenção. No entanto, apresenta as categorias sem tecer reflexões dos impactos para as mulheres, não menciona o racismo e demais opressões no item sobre a mulher negra, as categorias são apenas citadas, mas de forma rasa e fragmentada e a torna incipiente em suas intervenções.

As políticas públicas de saúde mental que correspondem ao aparato legal da Reforma Psiquiátrica, apresentam uma abordagem generalista, sem abranger as inúmeras singularidades e os determinantes sociais para o adoecimento psíquico, ao assumir essa postura homogênea e androcêntrica, invisibilizando as mulheres, reforçando suas assimetrias.

Assim, as Políticas Públicas de Saúde para as mulheres e saúde mental, possuem características fragmentadas e universalizantes, causando lacunas nos processos de cuidado, já que não atentam para distintas singularidades das usuárias e corroboram para o negligenciamento do direito à saúde e os demais princípios que constituem o SUS.

A partir do modelo de atenção à saúde mental proposto pela Reforma Psiquiátrica, com a construção de uma rede de cuidados, baseado no respeito aos direitos humanos, reinserção social, cuidado em liberdade, valorização da singularidade das (os) usuárias (os) no processo de cuidado e o deslocamento da perspectiva da doença para o sofrimento psicossocial, a partir da integralidade e equidade, não se reverberam na prática cotidiana dos serviços de saúde mental.

Contudo, é preciso assinalar as contradições das Políticas Públicas, enquanto conjunto de ações do Estado, implementadas para responder às necessidades da população. Todavia, seu contexto no Estado capitalista, assume a lógica que este lhe determina, isto é, a neoliberal, atuando em favor do econômico em detrimento do

social, dessa forma suas ações irão corresponder aos interesses hegemônicos da "fina flor" capitalista. Assim, as políticas públicas se caracterizam de forma fragmentada, focaliza e com subfinanciamento, atuando como forma de controle, criminalização e opressão das desigualdades sociais.

No intento de analisar como se expressam as categorias gênero, raça e/ou etnia e classe social na produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres, por meio de pesquisa bibliográfica a amostra foi composta por 52 artigos. As temáticas dos trabalhos analisados versam sobre: violências contra a mulher e saúde mental, aborto, medicalização do sofrimento, uso de drogas, mundo do trabalho, atenção à saúde mental, gênero e saúde mental, envelhecimento, mulheres trabalhadoras assentadas, depressão, cuidado e saúde mental, etnia e gênero na saúde mental, desigualdades nas cidades, maternidade e saúde mental das mulheres negras.

O processo de análise da produção do conhecimento foi exaustivo, devido a diversidade de temáticas abordadas, o que conferiu densidade aos dados. O desenvolvimento da análise com base no método dialético crítico implicou grande imersão no material coletado, com aproximações sucessivas, formação de provisórias totalizações, flexibilidade na apreensão dos dados com modificações e revisões, tendo em vista as expressões do movimento dialético.

Nessa dinâmica emergiram reflexões, problematizações, compreensões, tensionamentos e indignações sobre o fenômeno, assim como as contradições vivenciadas no processo de trabalho em saúde mental em instituição com viés biomédico, emergindo situações cotidianas que se coadunam com as expressas nos dados. Partindo do princípio expresso por (DEMO, 2002, p.32), afirma que “[...] a pesquisa é a arte de questionar de modo crítico e criativo, para melhor intervir na realidade”

As categorias de análise da realidade são apresentadas nos dados de formas distintas, sendo gênero a mais recorrente nos textos, demonstrando a compreensão dos autores sobre as categoria, utilizada como sinônimo de sexo, apresentadas de forma fragmentada ao longo do texto, escopo de análise do sofrimento e das práticas assistenciais em saúde mental, determinante para o adoecimento a partir dos papéis ocupados pelas mulheres com consequências para a sobrecarga, implicações no envelhecimento, homogeneização, barreiras de acesso a atenção à saúde, dentre outras.

A articulação de gênero com as demais categorias opressoras foi escassa nos estudos analisados, ao isolar a categoria, ela torna-se hierarquizada sobre as demais e impede a análise complexa do fenômeno, a compreensão fica assim fragmentada e impede a percepção dos estruturantes sociais.

No entanto, as produções com dinamicidade das categorias auferiram destaque nas análises apresentadas a contrapelo sobre as mulheres negras trabalhadoras no espaço manicomial, tecendo contribuições sobre esta temática oculta na história da loucura e desvelada nesta escrita.

Entretanto, as questões raciais estiveram invisibilizadas na maior parte das produções, alguns estudos apresentam dentre os dados sociodemográficos a variável classe social, porém sem que se proceda a análise destes dados. Do mesmo modo, a violência foi a temática com maior incidência, ao passo que as mulheres negras ficaram praticamente inexistentes nas produções.

A classe social é comumente apresentada associando-se à renda e de forma isolada. Ao reduzir a categoria somente às privações materiais e à insuficiência de rendimentos, não se compreendem diversos impactos como a fragilidade de acesso aos serviços, direitos, oportunidades, informações e participação sociopolítica de determinadas pessoas inseridas em relações sociais desiguais. Mas, também percebida em conjunto com raça e/ou etnia e gênero como expressão do sistema capitalista, racista e patriarcal reproduzindo desigualdades sociais.

A produção do conhecimento sobre a saúde mental das mulheres a partir da consubstancialidade/coextensividade das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero, demonstra que estes estudos desconhecem como se estruturam as relações sociais e promovem exclusões, opressões e desigualdade às mulheres, em consequência disso são determinantes para o adoecimento psíquico e se impõem como barreiras de acesso para a atenção em saúde mental.

Da mesma maneira, os profissionais da área da saúde, ao não compreenderem essas contradições oriundas do sistema de opressão/exploração capitalista, patriarcal e racista, contribuem e reforçam para a manutenção das desigualdades, pois que reproduzidas na formação social brasileira e transversalizadas nas políticas públicas de saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica propiciou importantes mudanças nos processos de cuidado em saúde mental, contudo, as mulheres permanecem subalternizadas e invisibilizadas nos processos de trabalho, suas singularidades e necessidades são

ocultas e homogeneizadas, contribuindo para o aprofundamento das assimetrias e opressões sociais.

Os desafios atuais impostos para a Reforma Psiquiátrica, em que “o trem da história avança em direção ao abismo”, suscitam a retomada de princípios rompidos com a luta antimanicomial, pois o manicômio ainda pulsa em muitos processos de cuidado dos serviços substitutivos em saúde mental como orientador dos eixos estruturais dos sistemas opressores em que “a revolução é a interrupção dessa viagem” (BENJAMIN, 1987, p.152-55). Por isso, necessitamos continuar reivindicando uma sociedade sem manicômios, sem racismo nem sexismo.

Diante dos retrocessos da atual conjuntura social, (com tanta mentira, tanta força bruta!) precisamos “remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças nas rotas dos ventos e das marés na vida em sociedade” (IAMAMOTO, 1998, p. 141). Para assim reescrevermos a história das mulheres na saúde mental, fundamentada pela perspectiva benjaminiana de escovar a história a contrapelo, e dessa forma regressar ao passado, utilizando uma chave analítica contra hegemônica para romper com a concepção tradicional da história da loucura, apontar as contradições que nublaram os fatos e assim deslindar a história pela ótica das mulheres que estiveram nas sombras do confinamento manicomial. “A história continua aberta, ela comporta outras possibilidades, revolucionárias, emancipadoras e/ou utópicas” (BENJAMIN, 1987, p.152-55).

Diante disso é imprescindível problematizar e romper com as concepções hegemônicas acerca das mulheres ao longo da história, reconhecendo as opressões, exclusões e desigualdades que estão enraizadas neste processo sócio-histórico. O processo de construção do conhecimento necessita compreender de forma complexa as contradições sociohistóricas que estruturam a sociedade capitalista, a fim de contribuir com estudos que abarquem a realidade social e propiciem em mudanças da realidade.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro. Ed.FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho; FREITAS, Fernando. Medicalização em psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2015.

AMARANTE, Paulo; GULJOR, Ana P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben A. de. A construção social da demanda: direito à saúde; trabalho em equipe e participação e espaços público. Rio de Janeiro: IMS/Uerj/Cepesc/Abrasco, 2005.

ANTUNES, Ricardo. A Nova Morfologia do Trabalho e o Desenho Multifacetado das Ações Coletivas. In: SANTANA, M.A.; RAMALHO, J.R. Além da Fábrica: trabalhadores, sindicatos e a nova questão social. Editora Boitempo, São Paulo, 2003.

ARAÚJO, Maria José de Oliveira; SIMONET, Maria Cecilia Moraes. Saúde das Mulheres: questões que o debate sobre políticas públicas ainda tem que enfrentar. In: BRASIL. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Revista Observatório Brasil da Igualdade de Gênero*. 1ª Impressão. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, abril, 2014.

BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado: o mito do amor materno. São Paulo: Círculo do Livro, 1980.

BAHIA, Ligia. A cor do SUS. Disponível em: < <http://oglobo.globo.com/opiniaio/a-cordo-sus-10859761> >. Acesso em 13 maio de 2017.

BANDEIRA, Lourdes. *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas*. Brasília: CEPAL/SPM, 2005.

BANDEIRA, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Vinte anos da convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 23(2): 352, maio-agosto/2015.

BARDIN, Laurence. *Análise de Conteúdo*. Rio de Janeiro, 1997.

BEAUVOIR, Simone. Segundo o sexo: Fatos e Mitos. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980.

BENEVIDES, Maria Auxiliadora da Silva et al. *Perspectiva da Equidade no Plano Nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: Atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BENJAMIN, W. Magia e Técnica, arte e Política: ensaios sobre literatura e história da cultura. Tradução de Paulo Sérgio Rouanet. São Paulo: Brasiliense, 1994.

BORIS, Georges Daniel Janja Bloc; CESÍDIO, Mirella de Holanda. Mulher, corpo e subjetividade: uma análise desde o patriarcado à contemporaneidade. *Revista Mal-estar e subjetividade – Fortaleza – vol. vii – Nº 2 – p. 451-478 – set/2007*.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção integral à saúde da mulher*. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR). *Política Nacional de Saúde Integral da População Negra*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Perspectiva da equidade no pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal: atenção à saúde das mulheres negras*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005

\_\_\_\_\_. *Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001*. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 5 nov. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política nacional de atenção integral à saúde da mulher*. princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. *Portaria n. 3.088, de 23 de setembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

CARELLI, Vivian. Triste, louca ou má. Soltasbruxa. São Paulo: Navegantes, 2016.

FOUCAULT, Michel. A ordem do discurso. Campinas: Loyola, 1996.

CARNEIRO, Sueli. A mulher negra na sociedade brasileira – o papel do movimento feminista na luta anti-racista. Brasília: Fundação Cultural Palmares, 2003.

CECCON, Roger Flores; MENEGHEL, Stela Nazareth. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. In: *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 27. out.dez. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/physis/2017.v27n4/1087-1103/> Acesso em: 20 nov.2017.

COLLING, Ana Maria. O currículo de História e as relações de gênero hierarquizadas. *Salle Revista de Educação, Ciência e Cultura* | v. 15 | n. 2 | jul./dez. 2010.

\_\_\_\_\_. A construção histórica do corpo feminino. *Caderno Espaço Feminino - Uberlândia-MG* - v. 28, n. 2 – Jul./Dez. 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/Liana%20Bolzan/Downloads/34170-Texto%20do%20artigo-139131-2-10-20160521.pdf.> Acesso em: 12 out. 2018.

CRENSHAW, Kimberlé. *Documento para encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero*. *Estudos Feministas*, v.10, nº 1, p. 171-188, 2002.

COSTA, Jurandir Freire. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

CUNHA, Maria Clementina Pereira. Loucura, gênero feminino: as mulheres do Juquery na São Paulo do início do século XX. *Revista Brasileira de História*, São Paulo, v.9, n.18, p.121-144. ago.-set. 1989.

\_\_\_\_\_. De Historiadoras, brasileiras e escandinavas loucuras, folias e relações de gêneros no Brasil (século XIX e início do XX). *Tempo*, Rio de Janeiro, Vol. 3, nº 5, 1998.

CURY, Carlos Roberto Jamil. *Educação e contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo*. São Paulo: Cortez, 2001.

DAVIS, Angela. *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELPRIORE, Mary. *História das mulheres no Brasil*. São Paulo: Expressão Popular, 2015.

ENGEL, Magali. *Psiquiatria e Feminilidade*. In: DEL PRIORE, Mary (Org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2015.

ENGELS, Friedrich. *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*. Tradução de Leandro Konder. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

FERNANDES, Leonísia Moura. et al. *POLÍTICA E PATRIARCADO: a cultura do estupro em tempos de impeachment no Brasil*. In: *CAPTURA CRÍPTICA: direito, política, atualidade*. Florianópolis, n.5., v.1., jan./dez. 2016.

FREIRE, Gilberto. Casa Grande Senzala. Rio de Janeiro: Maia e Schmidt Ltda., 1933.

FOUCAULT, Michel. A Loucura, a Ausência da Obra. In: Manoel Barros da Motta (org.): Problematização do sujeito: Psicologia, psiquiatria e psicanálise. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 2000.

\_\_\_\_\_. Os Anormais. São Paulo: Martin Fontes, 2014.

\_\_\_\_\_. História da sexualidade. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Em defesa da sociedade: Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1997.

FEDERICI, SILVIA. Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva. Tradução coletivo sycorax. São Paulo: Elefante, 2017.

GADOTTI, Moacir. *Concepção dialética da educação*: um estudo introdutório. São Paulo: Cortez, 1983.

GARCIA, Carla Cristina. Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1994.

GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2008.

GOELLNER, Silvana Vilodre. Corpo. In: Dicionário Crítico de Gênero. Dourados: UFGD, 2015.

GONÇALVES, A. M. A mulher que cuida do doente mental em família. 1999. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1999.

Gonzaga, Doralyce; Duffrayer, Silvia. Nós Somos Mulheres. Disponível em: <<https://www.lettras.mus.br/samba-que-elas-querem/nos-somos-mulheres/>> Acesso em: 10 jun. 2019.

GROSSI, Patrícia Krieger; AGUINSKY, Beatriz Gershenson. Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, Patrícia Krieger et al. **Violência e gênero**: coisas que a gente não gosta de saber. Porto Alegre: EDIPUC, 2012.

GUIMARÃES, Antonio Sérgio Alfredo. Raça, cor, cor da pele e etnia. In: cadernos de campo, São Paulo, n. 20, p. 1-360, 2011.

HALL, Stuart (1997). Representation: cultural representations and signifying practices. London: Sage.1997.

HARVEY. David. O enigma do capital e as crises do capitalismo. Tradução de João Alexandre Peschanski. São Paulo: Boitempo, 2011.

HASENBALG, Carlos. Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

HIRATA, Helena. Globalização e divisão sexual do trabalho. Cadernos Pagu, (17/18) 2001, pp. 139- 156.

HOOKS, Bell. Intelectuais Negras. Revista Estudos Feministas, V.3, nº 2, 1995.

IAMAMOTO, Marilda V . O Serviço Social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional. São Paulo: Cortez, 1998.

IASI, Mauro Luis. Ensaio sobre consciência e emancipação. Expressão Popular, 2007.

KERGOAT, Danièle. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: Dicionário crítico do feminismo. HIRATA, H. et al (orgs). São Paulo: Editora UNESP, 2009.

\_\_\_\_\_. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. tradução de Antonia Malta Campos. Revista Novos Estudos CEBRAP 86, março 2010 pp. 93-103.

KOSIK Karel. *Dialética do Concreto*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

KONDER, Leandro. *O que é dialética*. São Paulo: Brasiliense, 2008.

LAQUEUR, T. Inventando o Sexo. Corpo e Gênero dos gregos a Freud. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 2001.

LEFEBVRE, Henri. *Lógica formal, lógica dialética*. 6 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.

LÓPEZ, Laura Cecília. O conceito de racismo institucional: aplicações no campo da saúde. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.16, n.40, p.121-34, jan./mar. 2012.

\_\_\_\_\_. Uma Análise das Políticas de Enfrentamento ao HIV/Aids na Perspectiva da Interseccionalidade de Raça e Gênero. In: Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.3, p.590-603, 2011.

LÖWY, Michael. Walter Benjamin: Aviso de incêndio - Uma leitura das teses sobre o conceito de história. Trad. Wanda Nogueira Caldeira Brant. São Paulo: Boitempo, 2005.

MAIA, Suzana. Identificando a branquidade inominada: corpo, raça e nação nas representações sobre Gisele Bündchen na Mídia Transnacional. Cadernos Pagu (38), janeiro-junho de 2012, p. 309-341.2012

MANDU, Edir Nei Teixeira; et al. *Atenção integral à saúde feminina: significados e implicações*. Rev. esc. enferm. USP, 1999, vol.33, n.1, pp. 31-38.

MARCONI, Marina de Andrade e LAKATOS, Eva Maria. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração e análise e interpretação de dados*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Orientações Básicas para a Pesquisa. In: MOTA, A.E. et al. (Orgs). *Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: Cortez, 2006.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MARTINELLI, Maria Lúcia. (org). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora, 1999.

MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política*. Livro primeiro: O processo de produção do capital. volume I, tradução Regis Barbosa e Flávio R. Kothe. São Paulo: Editora Nova Cultural Ltda, 1996.

MATTOS, Ruben Araujo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roneni; MATTOS Ruben Araujo (orgs). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, IMS: Abrasco, 2001.

MAZZOTI, Alda Judith Alves. *A “revisão da bibliografia” em teses e dissertações: meus tipos inesquecíveis – o retorno*. In: *A bússola do escrever – desafios e estratégias na orientação de teses e dissertações*. Alda Judith Alves Mazzotti. Florianópolis/São Paulo: Editora da UFSC/Cortez Editora, 2002.

MAYER, Ana Rita. A Categoria “Mulata” e a negação de sua própria libertação como negra e como mulher. *Mosaico Social - Revista do Curso de Ciências Sociais da UFSC*. Ano V, n. 05 – 2010: 250-267.

MÉSZÁROS, Istivan. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNANGA, K. Uma abordagem conceitual das noções de raça, racismo, identidade e etnia. In: Programa de Educação sobre o Negro na Sociedade Brasileira. Niterói: Eduff, 2000. Disponível

em: <http://www.uff.br/penesb/images/publicacoes/Penesb%205%20-%20Texto%20Kabenguele%20Munanga.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2018.

NDIAYE, P. Questions de couleur: histoire, idéologie et pratiques du colorisme. In: FASSIN, D.; FASSIN, E. (Org.). *De la question sociale à la question raciale?: représenter la société française*. Paris: La Découverte, 2006.

NOGUEIRA, Claudia Mazzei. A feminização no mundo do trabalho: entre a emancipação e a precarização. *Idéias - Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas*, Campinas, Ano 9, 2004.

Organização dos Estados Americanos - OEA. (1994). *Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e erradicar a Violência contra a mulher*. Acesso em 30 de novembro, 2013, em <http://www.oas.org/juridico/portuguese/treaties/A-61.htm>

PASSOS, Raquel Gouveia. Mulheres e Reforma Psiquiátrica: o lado esquecido da história. *Anais do XXVI Simpósio Nacional de História – ANPUH • São Paulo*, julho 2011.

PELLEGRINI, Luis. “Saartjie: a Vênus Hotentote”. *Revista Planeta*, São Paulo, Editora Três, n. 442, jul.2009. Disponível em: [www.terra.com.br/revistaplaneta/edicoes/442/artigo144012-1.htm](http://www.terra.com.br/revistaplaneta/edicoes/442/artigo144012-1.htm). Acesso em: 24 maio, 2019.

PERROT, Michelle. *Minha história das Mulheres*. 1.ed., São Paulo: Contexto, 2008.

PETRUCCELLI, Jose Luis. *A Cor Denominada*. Estudos sobre a classificação racial, DP&A/LPP-UERJ, Rio de Janeiro, 2007.

PISCITELLI, Adriana. *Atravessando fronteiras: teorias pós-coloniais e leituras antropológicas sobre feminismos, gênero e mercados do sexo no Brasil*. Contemporânea, São Carlos, v. 3, n. 2, p. 377-404, jul./dez. 2013.

\_\_\_\_\_. *Interseccionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras*. *Sociedade e Cultura*, vol. 11, núm. 2, jul/dez. 2008, p. 263-274. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, Brasil.

PRIORE, Mary Del. *Histórias Íntimas: sexualidade e erotismo na história do Brasil*. São Paulo: Editora Planeta, 2011.

DEL PRIORE, Mary (org). *História das Mulheres no Brasil*. São Paulo: Contexto, 2015.

OLIVEIRA, Fátima. *Saúde da População Negra: Brasil ano 2001*. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2003. Disponível em: <http://www.opas.org.br/sistema/arquivos/0081.pdf> >. Acessado em 15 mar. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Geneva: OMS, 2001.

OSIS, Maria José Martins Duarte. *PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil*. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível: <http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22. junho. 2017.

QUIJANO, Aníbal. Colonialidad del Poder, Cultura y Conocimiento en América Latina. In: Anuário Mariateguiano. Lima: Amatua, v. 9, n. 9, 2000.

PRATES, Jane Cruz. O método e o potencial interventivo e político da pesquisa social. In: *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS n. 9, ano V, jan/jun 2005 – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

\_\_\_\_\_. Mini-curso Introdução ao Método em Marx. In: *III Congresso Internacional de Direito e Marxismo*. Caxias do Sul, 2013.

RIBEIRO, Djamila. Lugar de fala. São Paulo: Pólen, 2019.

\_\_\_\_\_. Quem tem medo do feminismo negro? São Paulo: Companhia das Letras, 2018.

ROHDEN, Fabíola. Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

ROSEN, George. Uma história da saúde pública. Tradução arcos Fernando da Silva Moreira e José Ruben de Alcantara Bonfim. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROUSSEAU, J.J. Emílio ou Da Educação. Trad. Roberto Leal Ferreira. Martins Fontes. 2ª Ed. São Paulo. Martins Fontes. 1999.

RUBIN, Gayle. Pensando Sexo: Notas para uma Teoria Radical das Políticas da Sexualidade. Trad. Felipe Bruno Martins Fernandes, 2012.

SAFFIOTI, Heleieth I. B. O Poder do Macho. São Paulo: Editora Moderna, 1987.

\_\_\_\_\_. A mulher na sociedade de classes. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado e violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SAFFIOTI, Heleieth; BONGIOVANI, Iara. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina. (orgs.) Uma questão de gênero. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, p.183-215, 1992.

SANTOS, Joselito. *Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social*. São Luis – MA, 2005. Disponível em: <[http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina\\_PGPP/Trabalhos2/Joselito\\_Santos236.pdf](http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Joselito_Santos236.pdf)>. Acesso em: 23 junho. 2017.

SCOTT, Joan. *Gênero: uma categoria útil para análise histórica*. Educação e Realidade. Porto Alegre, v.20, n. 2, jul./dez,1995.

SETÚBAL, Aglair Alencar. Análise de Conteúdo: suas implicações nos estudos das comunicações. In: MARTINELLI, Maria Lúcia (org). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras, 2003. p. 59-85.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. *A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher: uma análise de integralidade e gênero*. Rev. Ser Social, Brasília, v.10, n.22, p. 161-182, jan./jun. 2008.

SOUZA-LOBO, Elisabeth. *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo, Editora da Fundação Perseu Abramo, 2011.

TEDESCHI, Antonio Losandro. *As mulheres e a história: uma introdução teórico metodológica*. Dourados, MS: Ed. UFGD, 2012.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas, 1987.

THOMPSON, E. P. *A formação da classe operária inglesa*. 1. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

THOMPSON, E. P. Algumas observações sobre classe e 'falsa consciência'. In: NEGRO, A. L.; SILVA, S. (Org.). *As peculiaridades dos ingleses e outros artigos*. Campinas: Edunicamp, 2001. p. 271-272.

\_\_\_\_\_. *A formação da classe operária inglesa*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, vol. 1, 1987.

TURATO, Egberto Ribeiro. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: RJ, VOZES, 2003.

TURNER, R. J.; AVISON, W. R. Status variations in stress exposure: Implications for the interpretation of research on race, socioeconomic status and gender. *J Health Soc Behav*, v. 44, n. 4, p. 488-505, dec. 2003.

VELOSO, Caetano; GIL, Gilberto. *Divino Maravilhoso*. Disponível em: <<https://www.vagalume.com.br/gilberto-gil/divino-maravilhoso.html>>. Acesso em: 10 jun. 2019.

WADI, Yonissa Marmitt. *Experiências de vida, experiências de loucura: algumas histórias sobre mulheres internas no Hospício São Pedro (Porto Alegre, RS, 1884-1923)*.

## APÊNCIDE A – ROTEIRO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

**Pesquisa: “A saúde mental das mulheres a partir da perspectiva de classe social, raça e/ou etnia e gênero”**

### INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

#### ROTEIRO DE FORMULÁRIO PARA ANÁLISE DOCUMENTAL

---

#### IDENTIFICAÇÃO DA COLETA

Pesquisadora: Liana de Menezes Bolzan

Data: 08/2018

---

Os documentos para este estudo são os textos das Políticas Públicas de saúde da mulher e saúde mental em âmbito nacional. Serão pesquisadas nas legislações as seguintes informações:

- a. Data de publicação;
- b. Identificar ações referentes a saúde mental das mulheres;
- c. Identificação das categorias classe social, raça e/ou etnia e gênero.

## APÊNDICE B – TABULAÇÃO DA ANÁLISE BIBLIOGRÁFICA

	Título	Tema	Ano	Área	Tipo de Estudo	Categorias	Observações
1	(In)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental	Compreensão dos profissionais sobre a violência contra as mulheres na saúde mental	2017	Psicologia	Pesquisa qualitativa; Bibliográfica Entrevista	Foco nos sintomas – biologização – história da mulher reduzida a condição psiquiátrica Foco – diminuir sintomas para exercer papéis sociais Responsabilização da mulher pela violência Mulheres são a maioria no CAPS	Gênero – visão dos profissionais homogeneizantes e falta de equidade. Cita raça, classe social - reflexão dos profissionais sobre as questões sociais que auxiliam na configuração dos sofrimentos psicológicos.
2	A doença mental feminina em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil (1870-1910)	Identificação e tratamento de mulheres consideradas loucas no período de 1870 até 1910, em manicômio na cidade de Porto Alegre	2007	História	Pesquisa documental Prontuários Jornais	Classes populares Visão médica sobre loucura feminina difere da masculina Doenças mulheres – ciclos de vida – reprodutora – biológica Diagnóstico mania aguda, erotismo Padrão de normalidade – mãe, esposa Mulher frágil e passiva Internação feita por família ou comunidade – desajustamento social	Mulher classes populares – papel de provedoras Papéis de gênero de acordo com a classe social
3	A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: projeto mãe-criadeira	Prática interventiva com gestantes negras, a fim de contribuir para a diminuição dos efeitos nocivos do racismo nessa população de mulheres	2008	Psicologia	Pesquisa ação	Consequências do racismo discriminação e da intolerância racial na saúde mental existentes da população negra. Desigualdade social, econômica, e a falta de acesso aos serviços de saúde que expõem as mulheres negras	Aponta a necessidade de aprofundar relações de gênero e raça
4	Aborto provocado e violência doméstica entre mulheres atendidas em uma maternidade	Associação entre aborto provocado e violência doméstica em mulheres internadas em maternidade pública e as repercussões para a sua saúde mental	2011	Enfermagem	Pesquisa quantitativa Entrevista	Raça – maioria das mulheres trabalhadoras em setores com rendimentos menores e baixa possibilidades de ascensão – trabalho doméstico Viés de classe sem usar essa terminologia- baixa renda, emprego precário	Gênero – sem usar essa terminologia – papéis sociais – tarefas domésticas, cuidado com os filhos, dependência econômica

	pública de Salvador-BA						
5	Abuso de álcool e drogas e violência contra as mulheres: denúncias de vividos	Interface entre o uso abusivo de álcool e outras drogas pelos companheiros e situações de violência contra mulheres	2014	Enfermag em	Pesquisa qualitativa Entrevista	Profissionais – considerar as questões de gênero, de raça/etnia, de geração e de classe na exacerbação do fenômeno do uso abusivo do álcool e de outras drogas. Gênero como categoria analítica; abordagem de gênero na atenção à saúde das mulheres em todas as etapas de sua vida. Papeis de gênero construídos e exercidos na ordem patriarcal.	Foco no gênero, cita as categorias e não aborda gênero desiguais
6	Alcoolismo feminino: início do beber alcoólico e busca por tratamento	início do uso do álcool pela mulher e as condições reguladoras da busca pelo tratamento	2010	Enfermag em	Pesquisa quali Entrevistas	Diferenças de gênero na incidência e prevalência no uso de álcool, sendo que as mulheres apresentam menor prevalência no uso de substâncias psicoativas, incluindo o álcool.	Os tabus sociais, estigmatização e a culpa são fatores que dificultam a procura de tratamento
7	Antropofagia e sustentabilidade : vínculos em mulheres dependentes de substâncias psicoativas	Possibilidades e limites encontrados por uma equipe multidisciplinar de um programa ambulatorial específico para mulheres em tratamento para dependência química	2013	Medicina	escuta clínica e na observação atenta de movimentos inconscientes	Proporcionar às mulheres um espaço próprio de tratamento que seja responsivo às necessidades de gênero, ou seja, cujas estratégias procurem atender às peculiaridades das mulheres dependentes de álcool e outras drogas	Usa termo como dependente químicas  Apenas cita gênero – sem análise das implicações
8	Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados	Análise da experiência do sofrimento psíquico a partir de relatos de homens e mulheres usuários de um CAPS	2009	Multiprofis sional	Pesquisa Entrevista	Estudos de gênero e saúde mental muito pouco explorados Diferenças de gênero no adoecer. Proposta para as políticas públicas de abordar a saúde mental e as relações de gênero Não utiliza o termo classe, mas refere a diferença do adoecimento por este viés	Não aborda raça e/ou etnia
9	Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres	Transtornos mentais comuns em mulheres associados a sobrecarga doméstica	2012	Saúde Coletiva	Estudo epidemiológico de corte transversal	Aborda gênero como fator importante na construção de políticas públicas; as condições de vida das classes menos favorecidas seriam determinantes do aparecimento dos	Refere mulheres de cor preta nos dados – não apresenta a análise;

10	Atenção a mulheres em situação de violência com demandas em saúde mental	Cuidados ofertados às mulheres em situação de violência com transtornos mentais pela rede de atenção psicossocial/RAPS em dois dispositivos que a compõem - Centro de Referência e Casa Abrigo	2013	Psicologia	qualitativa na modalidade de pesquisa-intervenção.	Intersecção entre a violência de gênero contra as mulheres e assistência primária à saúde. Gênero utilizado para mencionar a violência contra mulheres; Cita que faltam dados a respeito das mulheres, principalmente sobre as questões relativas à violência, assim como a questão sobre a raça e condições socioeconômicas"	Estigma – violação de direitos Saúde mental e periculosidade Desassistência -não atendendo à demanda das mulheres que trabalham.
11	Barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca por tratamento especializados	Identificação de barreiras e facilidades encontradas por mulheres usuárias de substâncias psicoativas na busca de tratamento especializado para dependência química num Centro de Atenção Psicossocial	2016	Enfermagem	Pesquisa quantitativa	Barreiras como negação da severidade do problema com a bebida, a consideração que o tratamento é ineficaz, o medo de estigmatização por parte dos familiares e profissionais, a preocupação sobre a perda da guarda dos filhos por estarem em tratamento, culpa, vergonha, medo de transtornar a família e sofrer represálias dos companheiros, também usuários de drogas.	Culpabilização da mulher na busca ao tratamento. Parca problematização sobre gênero e papéis sociais. Não aponta categoria classe social e raça e/ou etnia, apenas menciona a baixa renda das mulheres nos dados.
12	Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares	Saúde mental das mulheres em situação de pobreza diagnosticadas com câncer de mama	2007	Enfermagem	Pesquisa qualitativa Entrevista	A classe social das pacientes é considerada importante fator prognóstico no câncer de mama valores associados à saúde e à doença diferenças regionais importantes, em função da classe social, da idade, do gênero e atitudes, crenças e valores	Não aborda raça e/ou etnia das participantes da pesquisa No contexto das camadas populares, que "mulher não pode se dar ao luxo de ficar doente", dado que cabe à figura feminina papel fundamental para a manutenção do bem-estar familiar, o qual, muitas vezes, inviabiliza seu próprio bem-estar.
13	Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de	Análise das características sociodemográficas e clínicas de internações psiquiátricas de mulheres acometidas por depressão.	2013	Enfermagem	Pesquisa documental – banco de dados do Hospital	Estudos feitos no Brasil e no exterior mostram que a depressão pode ocorrer tanto em homens como em mulheres, de todas as idades e de qualquer classe social.	Gênero com sinônimo de sexo Mulheres possuem maior facilidade em admitir que estejam deprimidas e a procurar ajuda ao contrário dos homens.

	mulheres com depressão					Diferenças entre gêneros acordo com os fatores sociais, como pressões externas, estresse crônico, nível reduzido de satisfação no desempenho de papéis comumente femininos, ou pela maneira diferente que os dois gêneros lidam com problemas e procuram soluções.	
14	Condições de vida, gênero e saúde mental entre trabalhadoras rurais assentadas	Prevalência de TMC em mulheres assentadas	2014	Psicologia	Pesquisa quanti e quali Entrevista	Maior vulnerabilidade = classe e gênero – determinantes sociais Sobrecarga de trabalho – gênero	Articulação entre pobreza, violência de gênero, sobrecarga laboral e TMC - resultados
15	Condições de vida, saúde mental e genero em contextos rurais: um estudo a partir de assentamentos de reforma agraria do nordeste brasileiro	Saúde mental, gênero e condições de vida de mulheres assentadas	2017	Psicologia	Pesquisa Entrevista Questionário Sócio-demográfico e Ambiental e do SRQ-20	Correlação entre tmc e gênero – mulheres são mais vulneráveis; Maior expressão de adoecimento nas mulheres está associada às diferenças de gênero, sobretudo, ao fato da mulher ter que conciliar trabalho e responsabilidades com o lar Implicações das condicionalidades de gênero na produção de sofrimento Não há atendimento adequado às necessidades das mulheres, nem reconhecimento de que parte desses sintomas estão associados a um quadro de violência de gênero. determinantes tais como desigualdade social, problemas de acesso às políticas de educação e saúde e aos modos de subjetivação em torno das relações de gênero.	Desigualdades entre os sexos Medicalização Sofrimento mental está associado à sobrecarga de trabalho doméstico, violência de gênero e estressores do cotidiano
16	Consumo de medicação psicotrópica em uma prisão feminina	o uso de medicação psicotrópica em mulheres em situação de cárcere em uma prisão feminina	2015	Psicologia	Pesquisa intervenção Análise institucional francesa Entrevista Rodas de conversas	Ausência de políticas públicas que considerem a mulher encarcerada como sujeito de direito e, além disso, que atendem para as especificidades atreladas ao gênero feminino	Processo de medicalização social, caracteriza por essa expansão do campo da biomedicina, transformando experiências e comportamento humano em problemas médicos Ausência de visitas de familiares, parentes e amigos.

							As mulheres presas que possuem filhos têm a situação agravada; Dificuldade de assistência em saúde e problemas presentes no cotidiano da prisão Isolamento – Instituição total Gênero – sem análise Perfil das mulheres – maioria negra e parda(90%) e baixa renda – <b>não discute classe e nem raça e/ou etnia</b>
17	Cuidado com corpos: um olhar (de gênero) para políticas de saúde	Políticas públicas de saúde mental e gênero para a atenção em saúde álcool e outras drogas	2015	Psicologia	Pesquisa (não menciona o tipo)	Gênero atravessa a constituição e o funcionamento de serviços assistenciais, políticas sociais, corporais e de subjetivação de uma sociedade; Políticas sociais tendem a se construir e a funcionar também de modo genericado; Projetos institucionais, terapêuticos e corporais dos serviços que compõem as políticas de saúde, dividindo, hierarquizando, assegurando a formação de corpos e sujeitos sexuados, genericados e sexualizados. Gênero como norma regulatória fundamental no processo de feitura de corpos organizados e governáveis, mas também como categoria analisadora de paisagens corporais inéditas que ousam desfazer o gênero dado. Corpo e gênero como construções político-culturais, mas também político-éticas; “Desfazer o gênero”, desarranjar suas divisões e hierarquizações, lançar-se em outras performances, abrir-se para “um mundo pós-gênero”.	Modos de produção do cuidado articulado com a necessidade de formatar corpos, de culpabilizar sujeitos e seus corpos, individualizá-los, corrigir/(re)abilitar suas condutas, trazer as vidas infames para a claridade do mundo humano, um mundo regulado por normas de gênero, um mundo supostamente sem drogas. Mulheres e drogas Normas de gênero PTS – operam como pedagogias como elementos formadores de condutas: gestos são inscritos nos corpos, processos de ensino aprendizagem se tecem, organizando corpos, constituindo sujeitos, ou seja, formando profissionais e usuários/as, personagens que ali se encontram, “cada um com uma função, um lugar, um rosto bem-definido
18	Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo	Mulheres com depressão que vivem no contexto de uma periferia	2007	Multiprofissional	Estudo qualitativo, Observação etnográfica Entrevistas	Inferioridade nas relações de gênero. Desigualdades de gênero – responsabilidade doméstica e provisão material da família (dupla jornada)	Não menciona raça e/ou etnia das mulheres e não contém dados referentes a cor da pele

						As relações de gênero vividas por estas mulheres com agressividade não era só do lado de fora de casa, também viviam situações de extrema dependência e fragilidade. Classe social – nível socioeconômico	
19	Depressão, aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto: comparação entre duas capitais Brasileiras	Aspectos emocionais e sociais na vivência do aborto e o diagnóstico de depressão maior em mulheres a partir da comparação entre duas capitais brasileiras	2011	Medicina	Estudo transversal Entrevista	O tema enfoca as perspectivas de gênero, sexualidade e acesso a direitos reprodutivos.	Vivência do aborto, é elevada a proporção de mulheres que apresentam  diagnóstico de depressão maior; A crença de que a mulher que não gera filhos saudáveis foge ao padrão cultural imposto, uma vez que a sociedade espera que todas as mulheres tenham filhos, já que, biologicamente, a mulher possui uma “função” maternal que inclui proteger, nutrir e abrigar o filho. Os desvios dessas necessidades internas desencadeiam a culpa Papéis sociais Não menciona gênero na análise - superficial
20	Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades	desigualdades de classe e gênero dos TMC	2008	Medicina	Discussão teórica	Classes sociais determinam as condições materiais de vida e a estrutura ocupacional - mediações que explicam a magnitude e a distribuição das doenças nas populações. As relações sociais, determinadas por conflitos de classe no modo de produção capitalista, podem ser expressas por critérios de estratificação, mas a complexidade do conceito de classe não pode ser reduzida a elas. Classe – determinante de saúde mental Somatória de atribuições tradicionais de gênero e novas identidades, com jornadas ampliadas de trabalho, múltiplos papéis, acompanhado de antigos e novos modelos de subjetividade feminina, pode gerar conflitos e uma sensação de sobrecarga	Violência – impactos na saúde mental feminina  Não aborda raça e/ou etnia

						(role overload) levando à fadiga, ao estresse e a sintomas psíquicos Causalidade da doença mental não se encontra numa determinada classe ou gênero, mas sim nas relações estabelecidas entre classes e gêneros, caracterizadas pela opressão e subordinação de um grupo por outro. Perspectiva de classe e gênero, as necessidades sociais não são reconhecidas nos serviços de saúde	
21	Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000	Perfil evolutivo institucional de mulheres admitidas em um serviço de internação psiquiátrica	2006	Medicina	Pesquisa documental em Hospital Psiquiátrico	Aponta perfil racial inicialmente prevalente mulheres brancas e aumento de conforme período fato explicado pela característica demográfica da região onde o estudo foi realizado Analisando a variável classe social, observa-se que o subproletariado representa 86,8% das internações O subproletariado mostrou-se como classe social prevalente nas internações femininas importância de atentar para as peculiaridades de gênero na epidemiologia e nos programas de atenção e cuidados à saúde	Os motivos para a admissão de mulheres em serviços psiquiátricos apresentaram uma série de mudanças no decorrer dos anos dupla jornada motiva contradições e conflitos, estando estes provavelmente envolvidos na psicogênese e no desencadeamento dos transtornos psiquiátricos. Sobrecarga – mundo do trabalho e maternidade Papéis sociais Gênero – sinônimo de sexo
22	Estratégias de Cuidado e Suporte em Saúde Mental Entre Mulheres Assentadas	estratégias de cuidado e apoio psicossocial oferecidas a mulheres adultas residentes de assentamentos rurais do Brasil.	2015	Psicologia	Pesquisa qualitativa Self-Reporting Questionnaire Entrevista	Fatores como baixa escolaridade e gênero feminino quando associados à pobreza e à condição precária de trabalho aumentam, sobre- maneira, o risco de desenvolvimento de TMC. Relações de gênero no contexto rural Desigualdades de gênero – interferem no sofrimento Classes populares - pobreza	Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e escassez de ofertas; “problemas dos nervos” Modelo biomédico – foco diagnóstico Estratégia de cuidado: religião, medicação e trabalho Falta de reconhecimento das demandas Gênero – sexo Medicalização
23	Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica	Desinstitucionalização e gênero	2017	Multiprofissional	Estudo Etnográfico Observação participante Entrevista	Configurações de gênero que tendem a reproduzir lugares historicamente constituídos para homens e mulheres e revelam que “as questões geradoras do	Mulheres são a maioria na maior parte dos serviços de saúde mental criados no processo da reforma psiquiátrica

	brasileira: uma abordagem de gênero					sofrimento psíquico têm sua base nos estereótipos de gênero; Gênero constitui discursos e práticas dos agentes do Estado, profissionais que atuam nos serviços públicos (não apenas na área de saúde e, também, de usuários e usuárias desses serviços. O gênero institui normativas que definem e configuram as relações entre homens e mulheres e de ambos com suas experiências de sofrimento, adoecimento e cuidado. Os modos como as experiências de sofrimento são definidas no campo psiquiátrico ou psicológico quanto o gênero vêm constituindo regimes de subjetivação que se desdobram nas políticas públicas e nos modos de cuidar e buscar cuidados nos serviços de saúde mental. Gênero em práticas que tendem a reforçar as assimetrias baseadas no discurso da diferença sexual. Gênero tem marcado as experiências dos sujeitos e as práticas assistenciais. Classes populares	brasileira, como: trabalhadoras, usuárias e/ou familiares atendimento de álcool e outras drogas, a clientela maior é formada por homens, o que indica diferenças socioculturais nos modos como homens e mulheres buscam alívio para seus sofrimentos; Dicotomia público-privado violência doméstica Discurso naturalizado que subjuga as mulheres = 'natureza' feminina das questões de ordem psicológica e/ou psiquiátrica Ainda são limitados os esforços para a compreensão mais ampliada das articulações entre o gênero e as experiências de sofrimento no campo da reforma psiquiátrica  Não aborda raça e/ou etnia
24	Experiências de parentalidade como fatores geradores de sofrimento em mulheres	Experiências de parentalidade e fatores geradores de sofrimento nas mulheres.	2015	Psicologia	Pesquisa qualitativa Entrevista	Classe trabalhadora – dificuldades econômicas – ingresso mulher no mercado do trabalho Vivência da parentalidade a partir de modelos tradicionais de gênero, caracterizados pela centralidade do perfil de mãe; Gênero expressa nas falas a partir dos papéis sociais	Papeis sociais – mãe – espaço privado do lar – normatizado – sofrimento  Não faz análise de classe e ne raça e/ou etnia
25	Fatores protetores e de risco para depressão da mulher após o aborto	Fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de depressão após abortamento	2010	Enfermagem	Pesquisa qualitativa Entrevista	Gênero assimetria de gênero e falta de negociação no exercício da sexualidade	Termos moralistas: promiscuidade e irresponsabilidade da mulher Descaso do parceiro também são situações que podem propiciar a ocorrência do aborto e o sofrimento psíquico; responsabilidade feminina sobre a gravidez e o aborto

							Dificuldade no uso de métodos contraceptivos, a resistência, a falta de informações sobre estes efeitos colaterais – julgamento
26	Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum	Associação entre violência por parceiro íntimo relatada por mulheres e a incidência de transtorno mental comum	2017	Multiprofissional	Estudo de coorte prospectivo, Entrevistas	Violência - condições socioeconômicas das mulheres e dos seus parceiros e dos contextos socioculturais nos quais a hierarquia de gênero é mais ou menos legitimada, o que contribui para o aumento ou diminuição dos relatos de violência. Violência de gênero	Dados raça/cor branca, não branca (maioria) Mas não realiza análise dos dados
27	Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes	Medicalização em mulheres idosas	2008	Medicina	Pesquisa qualitativa Entrevista	Gênero e envelhecimento - determina singularidades no modo de uso dos medicamentos, formando gestos, conceitos, comportamentos e concepções sobre doenças e saúde Mulheres das classes populares Classe social à qual o idoso pertence, marcada pela subalternidade, pelas condições de moradia e pela solidão, podendo levar a doenças mentais A necessidade de dar continuidade ao trabalho doméstico e a negação do envelhecimento são justificativas indutoras do uso de calmantes, sendo utilizados como mediadores para reafirmar e manter o papel de gênero, ao fornecer sensações de tranquilidade e paz, contribuindo para que reações da mulher frente à estrutura de gênero vigente sejam anuladas	tratar conflitos e questões cotidianas por meio do uso de medicamentos
28	Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva	História de vida de mulheres na maturidade que apresentam queixa depressiva	2005	Psicologia	Pesquisa Entrevista clínica individual	Discussão da categoria gênero na área da Saúde Mental utiliza-se o termo gênero no lugar de sexo para se demonstrar que foram entrevistados homens e mulheres noção de perda não é a mesma para cada classe social Os valores investidos sobre a sexualidade de homens e mulheres variam de acordo com sua classe social Discute condicionantes de gênero na saúde mental das mulheres	Sobrecarga Famílias monoparentais violência doméstica e sexual Papéis sociais Não aborda raça e/ou etnia

29	Mulheres portadoras de transtornos mentais e a maternidade	fenômeno da maternidade para usuárias de um ambulatório de saúde mental	2009	Enfermagem	Pesquisa qualitativa Interacionismo Simbólico Entrevista	Abordar a saúde mental feminina e buscar compreender as condições que a determinam, tem sido reforçada a atenção para a discriminação de gênero, pobreza, posição social e várias formas de violência contra a mulher e naquilo que esses aspectos podem acarretar à sua saúde.	Utiliza ao longo do texto gênero para definir mulheres Papel social – Violência adesão e a desistência do tratamento, revelando trajetória de idas e vindas aos serviços de saúde. Estigma associado ao transtorno mental. O transtorno mental refletindo nos filhos Importancia dos profissionais perceberem a mulheres para além do transtorno
30	Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental	condições da mulher que recebe e provê cuidados em saúde mental.	2008	Psicologia	Discussão teórica	Preconceitos de gênero, raça e classe” – manicômio Papéis de gênero – desconsiderados nos serviços de saúde universos de classe a partir de comportamentos necessariamente diversos de mulheres de diferentes origens e lugares sociais”	Concepção histórica da loucura feminina A inexistência de investigações que estudem a compreensão das próprias mulheres acerca de sua saúde mental pode levar a uma política de saúde que não leve em conta prioridades fundamentais, tais como aquelas vividas por mulheres com transtorno mental grave que tenham filhos ainda dependentes. Mulheres negras no manicômio
31	O consumo de benzodiazepínicos por mulheres idosas	Concepções sobre o consumo de benzodiazepínicos em mulheres idosas a partir da interação de fatores biológicos, sociais e culturais envolvidos na dependência	2005	Medicina	Pesquisa qualitativa entrevista	Mulheres de camadas populares mais pobres, pouco ensino, trabalho doméstico e aposentadas Afetividade como justificativa para a medicalização Classe social e construção social de gênero e envelhecimento relevantes para compreender o consumo Importancia de compreensão do contexto social	Família chefiada por mulheres utilizam menos os serviços de saúde Mulheres fora do mercado de trabalho – consomem mais medicações Idosas – uso comum Dependência pouco enfatizada Uso prevalente em mulheres Depressão, ansiedade, insônia e nervosismo

							Após os 40 anos uso de serviços de saúde mental intensificado Início do uso após fato marcante em suas vidas Alívio de sintomas como choro e barulho na cabeça Corpo “acostumar com o remédio” Efeitos colaterais – memória, tremor, insônia, mal estar Falta de percepção da dependência Consumo interage com questões sociais – exigências de corpo disciplinado e controlado
32	O cuidar em saúde mental: contribuições fenomenológicas acerca de mulheres trabalhadoras em situação de climatério	Saúde da Mental das Mulheres Trabalhadoras em Situação de Climatério	2015	Enfermagem	estudo qualitativo, de abordagem fenomenológica heideggeriana, entrevista de modalidade fenomenológica	Preconceito e discriminação produzem efeitos danosos na Saúde da Mulher de modo geral, ainda assim a discriminação racial e de gênero têm repercussões nos serviços de saúde, inclusive no que diz respeito à Assistência de Enfermagem Determinação de gênero -saúde mental	Não aprofunda as categorias Não aponta viés de classe
33	O papel de mulheres idosas consumidoras de calmantes alopáticos na popularização do uso destes medicamentos	Consumo de calmantes realizado por mulheres idosas	2005	Enfermagem	abordagem qualitativa com entrevistas	o consumo de calmantes de acordo com cada classe social - analisar suas marcas, seus valores, sua linguagem, as diferenças simbólicas, como somos produtores da realidade ao mesmo tempo em que somos produzidos por ela; Sinergismo entre envelhecimento, gênero e psiquiatria, contribuindo para que se transformem em “especialistas populares” sobre terapias medicamentosas, popularizando o uso de calmantes alopáticos.	Consumo de calmantes alopáticos não está relacionado apenas à relação médico/paciente, mas engloba o contexto no qual o paciente está inserido, o que foi possível analisar através do modo como estes medicamentos são consumidos e disseminados através do conhecimento de suas usuárias
34	Padrão de distúrbios psíquicos menores em mulheres	padrão de ocorrência de distúrbios psíquicos em mulheres vítimas de violência	2008	Saúde Coletiva	estudo do tipo transversal, de caráter exploratório e descritivo	Violência contra as mulheres -normas sociais baseadas nas relações de gênero- regras que distinguem papéis para homens	Violência é exteriorizada, não levando em consideração, por exemplo, a violência psicológica que não deixa marcas visíveis, mas que pode trazer sérias

	vítimas de violência atendidas em uma unidade de urgência e emergência					e mulheres em um processo hierárquico de dominação e poder. Características sócio-demográficas no que se refere à idade, cor da pele, situação conjugal, nível de escolaridade, ocupação, renda e religião, além de variáveis relacionadas ao enfrentamento da violência Na investigação de violência sexual, o estudo considerou as mulheres que fizeram sexo apenas para satisfazer ao parceiro, o que culturalmente pode ser considerada uma prática aceitável.	requerentemente para a saúde da mulher. Prescrição de medicamentos Quando as requerentemente são expressas através de quadros de ansiedade e somatização, a situação é banalizada, sendo as mulheres tratadas até mesmo com ironia, numa demonstração da violência institucional
35	<b>Pesquisa sobre o aborto no Brasil: avanços e desafios para o campo da saúde coletiva</b>	Aborto no Brasil a partir de pesquisa	2009	Saúde Coletiva	Pesquisa Bibliográfica	Os relatos de aborto provocado são distintos, segundo gênero, raça e grupo social, refletindo a multiplicidade de significados que podem ser atribuídos a cada gravidez e ao próprio aborto, associados a fatores de diferentes ordens. As mortes por aborto atingem preferencialmente mulheres jovens, de estratos sociais desfavorecidos, residentes em áreas periféricas das cidades. São também mais acometidas as negras que apresentam um risco três vezes superior de morrer por essa causa 27,36, quando comparadas às brancas.	Curetagem pós aborto tem sido mais realizados em hospitais públicos com pouca escuta e atenção às necessidades das mulheres O grande volume de internações para tratamento de complicações e eventuais requent pós-aborto têm implicado gastos elevados para o setor saúde
36	<b>Práticas terapêuticas na rede informal com ênfase na saúde mental: histórias de cuidadoras</b>	histórias das cuidadoras da rede informal de saúde que usam práticas não alopáticas no cuidado com a saúde mental.	2008	Enfermagem	história oral temática	Os transtornos psíquicos não são restritos a classes sociais baixas. O acúmulo de trabalho e as exigências do mercado competitivo também resultam em sofrimento psíquico A prescrição de psicofármacos vem aumentando a cada ano, principalmente para as pessoas mais pobres	mulher desempenha muitos papéis e acaba se descuidando de sua própria saúde Críticas ao modelo biomético
37	<b>Probabilidade de internação psiquiátrica e características sociodemográficas</b>		2013	Enfermagem	Estudo quantitativo descritivo e exploratório	Resultados de estudos epidemiológicos desenvolvidos em diferentes nações, culturas e etnias, revelam que a depressão é cerca de duas vezes mais prevalente em mulheres do que em homens; o que também é verificado entre idosos, sendo que entre	Concepção biológica sobre o adocimento da mulher Clientela Sabe-se que o diagnóstico psiquiátrico depende de diversos fatores, entre os quais

	<b>deportadores de depressão</b>					estes, os sujeitos de gênero feminino apresentam maior percentual de depressão	a forma de interpretação do profissional médico Mulheres apresentaram probabilidade cerca de três vezes maior de desenvolver depressão quando comparadas aos homens e dentre as possíveis explicações para isso, destacam-se as alterações hormonais nas diferentes fases da vida reprodutiva da mulher populações mais velhas, com baixo nível de escolaridade e mulheres dar tratamento peculiar aos depressivo
38	Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico		2015	Psicologia	Pesquisa qualitativa Entrevista	Experiência do adoecimento psíquico é gendrada A ideia de “mulher”, compreendida sob uma tendência essencialista, foi sendo substituída pelas diversas possibilidades em suas interseccionalidades com raça/etnia e classe social, geradoras de sofrimento psíquico tem sua base nos estereótipos de gênero. Invisíveis as questões de gênero existentes no adoecimento psíquico, debater essa articulação permite não só a reflexão do quanto a loucura e a expressão dos sintomas podem ser engendradas, mas também do quanto a naturalização dessas questões sociais pode ser intensificada pelas práticas psiquiátricas.	experiência do sofrimento psíquico é construída socialmente O sistema de atenção à saúde mental pode reforçar os papéis sociais, bem como estigmatizar as condutas desviantes ao modelo patriarcal caráter engendrado do sintoma, abre-se espaço para uma semiótica própria e uma prática onde a experiência do sofrimento psíquico pode ser compreendida sob uma lógica constitutiva, na qual dimensões psicodinâmicas tomam formas e contornos específicos mudanças que vão desde a escuta e o acolhimento ao diagnóstico e estratégias de intervenção e de tratamentos para além do uso de psicotrópicos.
39	Saúde mental na atenção à mulher	fatores influenciadores da saúde mental da mulher	2010	Enfermagem	Pesquisa bibliografica	As diferenças de gênero vão afetar diretamente a saúde mental da mulher. A forma com que é vista pela sociedade, os tabus e preconceitos que são endereçados a	Violência como fator de risco para o adoecimento necessário identificar as suas especificidades para

						ela e as próprias transformações fisiológicas que passa desde a infância, menarca, gravidez e menopausa.	que o cuidado prestado seja qualificado.
40	Saúde Mental, Gênero e Velhice na Instituição Geriátrica	relações de gênero vivências por idosas e idosos institucionalizados	2015	Psicologia	Pesquisa Entrevista	Fenômeno do envelhecimento especificidades importantes no que tange a diferenças raciais, de gênero e de classe econômica que dão a este processo determinadas facetas. Envelhecimento - leitura social das mudanças e atribuições de certos papéis sociais (ou perda/ausência deles). pouco se sabe sobre a prevalência epidemiológica dos transtornos mentais entre os idosos levando em conta sua frequência distinta entre os gêneros Dados apontam para um sofrimento gerado da velhice na instituição geriátrica. Valores de gênero são necessários na formulação de políticas públicas de saúde mental para idosos.	Representações sociais prevalentes da velhice em nossa cultura são, em geral, estigmatizantes, pois a reduzem a uma percepção estritamente relacionada à aparência corporal e à perda da juventude havendo um predomínio da população de mulheres idosas denominado feminização da velhice
41	Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público	Busca por tratamento de mulheres com diagnóstico de depressão atendidas em um serviço de saúde mental	2012	Saúde Coletiva	Pesquisa etnográfica Entrevista	Desigualdade nas relações de gênero e a violência doméstica presente no cotidiano das mulheres com depressão.	Aborda pobreza Não aborda classe e raça e/ou etnia
42	Significados do feminino no discurso de alcoolistas e a interface com a saúde mental	discurso de alcoolistas os significados do feminino e a interface destes com a saúde mental.	2010	Enfermagem	Pesquisa qualitativa Entrevista	Gênero – uso do álcool – violência os processos sociais envolvendo gênero, no contexto do alcoolismo, repercutem na saúde mental, inclusive, constituindo fator desencadeante no processo saúde-doença mental, que é notoriamente desfavorável ao feminino	Gênero como sinônimo de sexo Uso do álcool para suportar sofrimento; Pouco apoio familiar; Estigmas passividade e submissão frente ao masculino Papéis sociais maior suscetibilidade para o sofrimento e adoecimento
43	Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa		2010	Psicologia	Pesquisa quantitativos e qualitativos	relações de gênero permeiam a atividade laboral, de acordo com culturas e épocas diferentes e influenciam tanto no tipo de	Gênero abordado como sinônimo de sexo Sobrecarga – pouco tempo para lazer

	quantitativa e qualitativa entre bombeiros					<p>trabalho, quanto nas condições em que ele é desempenhado.</p> <p>Local de trabalho militarizado – contrasta com o perfil da mulher frágil e envolvida emocionalmente, típico da época em que as mulheres ingressaram na carreira militar</p>	<p>Insatisfação com a “situação financeira”, discurso feminino os “problemas de “saúde”, como complicações na gravidez, ansiedade crônica e ganho excessivo de peso em pouco tempo; além disso, a “jornada dupla de trabalho” foi citada por duas mulheres, que tinham família (marido e filhos), por terem que fazer tarefas domésticas e, ao mesmo tempo, trabalhar</p> <p>Hierarquização – relações de poder – muita cobrança e pouco reconhecimento</p> <p>“militarismo”, foi citado como responsável por proporcionar uma rotina cansativa e por conferir inflexibilidade e rigidez na tomada de decisões</p> <p>Aumento no número de mulheres como bombeiras</p> <p>limitação física” – proporciona a elas “desgaste físico mais acentuado” do que aos homens</p> <p>formação militar para o efetivo feminino deveria ser diferenciada</p> <p>necessidade de “provar que são capazes” de desempenhá-las, mesmo quando essas atividades não envolvem o uso da força.</p> <p>preconceito” contra o trabalho feminino</p>
44	Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades	Prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades de atenção básica	2015	Enfermagem	pesquisa quantitativa, transversal e correlacional-descriptiva Entrevista	<p>unidades de atenção básica à saúde precisam disponibilizar profissionais treinados que conheçam o papel que sexo e gênero exercem na saúde física e mental, a ampla possibilidade de intervenções necessárias para enfrentar TMC em mulheres</p>	<p>Análise superficial da categoria gênero</p> <p>Alta prevalência de mulheres que reportaram sintomas de ansiedade e de-pressão, ou seja, TMC. Embora o uso de</p>

	básicas de saúde em um centro urbano brasileiro					e, principalmente, a efetividade de tais intervenções para essa população específica	psicofármacos tenham sido altamente prevalente, não encontraram-se evidências documentadas que justificassem sua prescrição.
45	Transtornos mentais comuns em mulheres: estudo comparativo entre donas-de-casa e trabalhadoras	Prevalência entre transtornos mentais comuns entre donas-de-casa e trabalhadoras inseridas no mercado de trabalho	2006	Enfermagem	estudo epidemiológico	Gênero- distribuição desigual do trabalho doméstico contribuir para ocorrência de problemas físicos e emocionais.	Análise incipiente das categorias
46	Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família	Impactos na saúde, trabalho e na família de mulheres que sofreram violência conjugal física	2010	Medicina	Estudo de corte transversal Entrevista	Classes sociais menos favorecidas – dificuldades de se manter empregos A classe social foi determinada por meio do Questionário de Classificação Econômica Familiar da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), que avalia o poder de compra familiar Gênero – utilizado para denominar violência e relações de gênero entrelaçadas a menor renda e nível educacional baixo contribui para maior número de violência	Análise incipiente das categorias
47	Violência conjugal: elementos que favorecem o reconhecimento do agravo	apontar elementos que favoreçam o reconhecimento da violência conjugal como agravo à saúde das mulheres.	2012	Enfermagem	Pesquisa qualitativa Entrevista	Violência contra a mulher encontra-se ancorada na relação desigual entre masculino e feminino, podendo ser mais bem compreendida tomando-se por base a categoria gênero; Desigualdade de gênero se traduz em relações assimétricas de força e dominação que têm como extremos a manifestação da violência contra as mulheres. O estudo revelou que a formação acadêmico-profissional não contempla a temática violência doméstica, tampouco aspectos relacionados à construção social da desigualdade de gênero, o que guarda relação com a dificuldade de reconhecimento do agravo.	Naturalização dos papéis socialmente atribuídos a homens e a mulheres; Hierarquia e da relação de poder existente dentro da família dificulta que a própria mulher se reconheça em situação de violência ou mesmo que revele tal circunstância violência institucional
48	Violência contra a mulher e atendimento	Concepção dos gestores municipais na área da saúde sobre o atendimento	2006	Psicologia	Pesquisa qualitativa Documental Entrevista	Violência sendo determinada pelos modelos culturais do que é ser homem, do que é ser mulher e de qual a função da violência nas	

	psicológico: o que pensam os/as gestores/as municipais do SUS	psicológico realizado com mulheres vítimas de violência				relações interpessoais e de poder. Essa condição de gênero determina a existência desse tipo de violência, mais freqüentemente, no espaço socialmente estabelecido para as mulheres: o espaço privado, a família, o domicílio a violência contra a mulher aparece como resultado do conflito de gênero.	
49	Violência sexual: narrativas de mulheres com transtornos mentais no Brasil	Impacto da violência sexual sofrida por mulheres com transtornos mentais a partir de autorrelato de suas experiências.	2015	Multiprofissional	Pesquisa qualitativa Entrevista	violência sexual encontram-se fortemente relacionados com situações de pobreza e exclusão, baixa escolaridade, uso de álcool e representações ligadas aos estereótipos de gênero Decorrente das normas hierárquicas de gênero, que levam os homens a se acharem no direito de controlar e usar o corpo feminino, configurando uma situação de abuso de poder Papéis de gênero Aborda pobreza, baixa escolaridade, dependência financeira das mulheres	Mulheres - para viver com eles, é preciso satisfazê-los sexualmente As dificuldades de algumas mulheres para reagir a essas situações são atribuídas ao fato de sentirem-se fracassadas em seus papéis de mãe e esposa. Esse histórico parece contribuir para uma permissividade ao ato e para a cegueira e surdez diante dos apelos das vítimas
50	“De escravas a cuidadoras”: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira	trabalho das mulheres negras como cuidadoras em saúde mental, a perpetuação do racismo desigualdades de classe, gênero e raça/etnia reproduzidas na formação social brasileira e que perpassam a política de saúde mental.	2017	Serviço Social	Discussão teórica	Presença das escravas e das africanas livres que serviam nos hospícios brasileiros. Subalternidade do tema da escravidão e da questão racial nas pesquisas e nas produções acadêmicas relações de gênero e da questão racial – poucas pesquisas pós reforma naturalizamos as desigualdades e opressões sociais, raciais/étnicas e de gênero nas relações sociais do cotidiano O pensamento escravocrata, patriarcal e colonialista ainda permanece nas relações sociais brasileiras contemporâneas, principalmente quando questionamos o “mito da democracia racial” A luta “por uma sociedade sem manicômios” coloca-se contrária às desigualdades de classe, gênero, raça/ etnia e a favor da superação da propriedade privada. Desigualdades de raça e classe – trabalho feminino	Atribuições das mulheres negras era a higiene das roupas dos internos e dos demais africanos As marcas desse passado escravista e colonial estão ainda vivas nas instituições políticas brasileiras; na forma de organização da produção material; na maneira como nós brasileiros, nos relacionamos entre nós e com o mundo essencialização do feminino, para a mulher negra, tende a ser explorada de forma avassaladora e perversa, Reforma Psiquiátrica e a Atenção Psicossocial, identificamos que as mulheres negras permanecem no “mesmo lugar social”, ou seja, continuam exercendo atribuições

						desigualdades de classe, gênero e raça/etnia reproduzidas na formação social brasileira e que perpassam a política de saúde mental.	subalternas e consideradas inferiores
51	Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental	características relacionadas a etnia e gênero e suas intersecções com a saúde mental.	2012	Saúde Coletiva	Pesquisa Bibliográfica	<p>dimensões étnicas e de gênero passaram a mediar suas relações com a sociedade o gênero acrescido com as dimensões étnico-raciais, que se constituíram, associados aos condicionantes de classe social, as bases fundantes das desigualdades que historicamente marcaram a dinâmica da sociedade brasileira</p> <p>Discutir os pertencimentos identitários de gênero e etnia pode permitir ampliar a análise dos indicadores de avaliação na democratização de acesso e permanência nos serviços de saúde, a partir de tais categorias</p>	<p>Múltiplos papéis desempenhados pelas mulheres – descuido de sua própria saúde</p> <p>violência contra a mulher – causa prejuízos psicossociais à mulher, tais como isolamento social, maior dependência econômica, entre outros</p> <p>multiplicidade de papéis – atingir a sua integridade emocional</p> <p>violência, a pobreza e o machismo, fatores desencadeadores de sofrimento mental</p> <p>Dificuldades dos serviços de saúde e do sentimento de impotência dos profissionais em oferecer uma assistência resolutiva;</p> <p>dissociação entre as queixas das mulheres com relação às suas vivências da violência. estereotipadas como</p> <p>‘poliqueixosas</p> <p>tendência de psicologização da questão, reduzida ao atendimento psicológico</p> <p>o papel social das mulheres à ‘mãezinhas’, reduzindo sua identidade à maternidade.</p> <p>Suprimem, assim, sua condição feminina</p> <p>leitura focada nas mulheres de maneira uma e homogeneizadora, sem destacar, por exemplo, outros pertencimentos, tais como étnico-raciais,</p>

						etários/intergeracionais ou mesmo de classe social	
52	Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re) pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços	Atenção à saúde das mulheres com demandas em saúde mental nos serviços especializados para o enfrentamento da violência contra as mulheres e na rede de atenção psicossocial		Psicologia	Análise Institucional Francesa Entrevista	Gênero – violência Violência de gênero – atinge todas as classes sociais Cita classe e gênero como expressões que determinam a saúde mental	Crítica a visão biológica das mulheres e saúde mental Falta de política voltada para as mulheres vítimas de violência doméstica com transtornos mentais CAPS – visão abrangente, dificuldade de atender violência rede de atenção às mulheres ratifica tal lógica, refutando a acolhida das usuárias. Dificuldades na articulação com a rede de atenção psicossocial sem condições para o acolhimento e continuidade de cuidados



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
Pró-Reitoria de Graduação  
Av. Ipiranga, 6681 - Prédio 1 - 3º. andar  
Porto Alegre - RS - Brasil  
Fone: (51) 3320-3500 - Fax: (51) 3339-1564  
E-mail: [prograd@pucrs.br](mailto:prograd@pucrs.br)  
Site: [www.pucrs.br](http://www.pucrs.br)