

Mulheres e Saúde Mental: Reflexões a Partir da Bibliografia e de um Relato de Experiência

Segislane Moésia Pereira da Silva¹, Marlene Helena de Oliveira França² e Louise Hermania de Oliveira Marques³

Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Pernambuco, Brasil

Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil

Resumo: Este estudo objetiva compreender a relação entre a loucura e as mulheres, assim como apontar alguns dos principais fatores sociais contemporâneos que afetam a saúde mental das mulheres. Consiste em um estudo bibliográfico que incorpora relatos de experiência enquanto profissional residente em saúde mental (2021-2023). Inicialmente, discute-se como a loucura foi e é associada à figura da mulher, de maneira estigmatizante. Em seguida, realiza-se uma análise fundamentada no feminismo marxista acerca dessa problemática. Por fim, destacam-se questões que evidenciam a influência do atual modelo de sociabilidade capitalista no agravamento da saúde mental das mulheres, abordando: violência de gênero; maternidade; e trabalho doméstico e “cuidado” como atribuição feminina. Os resultados indicam um acentuado adoecimento e sofrimento mental em mulheres, com prevalência de problemas como depressão, transtornos de ansiedade e tentativas de suicídio, dentre outros.

Palavras-chave: saúde mental, gênero, capitalismo, feminismo

Women and Mental Health: Reflections from the Bibliography and an Experience Report

Abstract: This study aims to understand the relationship between madness and women, as well as point out some of the main contemporary social factors that affect women’s mental health. It consists of a bibliographic study that incorporates experience reports as a professional resident in mental health (2021-2023). Initially, it discusses how madness was and is associated with the figure of women, in a stigmatizing way. Next, an analysis based on Marxist feminism regarding this issue is carried out. Finally, issues that highlight the influence of the current model of capitalist sociability on the worsening of women’s mental health are highlighted, addressing: gender violence; maternity; and domestic work and “care” as a feminine task. The results indicate a marked illness and mental suffering in women, with a prevalence of problems such as depression, anxiety disorders and suicide attempts, among others.

Keywords: mental health, gender, capitalism, feminism

¹ Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco. Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde Mental pelo Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental, do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Formação em Educação pela Universidade Paulista. Residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Intensivismo Neonatal pela Maternidade Escola Januário Cicco da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Campina Grande. Possui Licenciatura em Sociologia pelo Centro Universitário Leonardo Da Vinci Polo João Pessoa/PB. João Pessoa/PB. *E-mail:* segislane15@gmail.com

² Doutora em Sociologia pela Universidade Federal da Paraíba. Possui graduação em Direito (2017) e em Serviço Social (2000) pela Universidade Federal da Paraíba. Mestrado em Serviço Social pela Universidade Federal da Paraíba (2003). Atualmente, é Professora Adjunto IV e Chefe do Departamento de Habilitações Pedagógicas/CE, da Universidade Federal da Paraíba. Integra o Banco de Avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior — BASIS/INEP/MEC. *E-mail:* marlenecel@hotmail.com

³ Mestra em Direitos Humanos, Cidadania e Políticas Públicas pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Gênero e Diversidade na Escola pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Direito Constitucional pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Especialista em Direito Administrativo pela Faculdade Batista de Minas Gerais. Bacharela em Direito pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Cajazeiras. Cajazeiras/PB. *E-mail:* louisemarques_@hotmail.com

Submetido em: 01/06/2023. Primeira decisão editorial: 09/10/2023. Aceito em: 23/10/2023.

Introdução

Este artigo, fruto de um Trabalho de Conclusão de Residência em Saúde Mental, busca apresentar um estudo, embasado, em parte, num relato de experiência, originado da vivência da autora Assistente Social enquanto residente do Programa de Pós-graduação em Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Universidade Federal da Paraíba (RESMEN-UFPB)⁴ implementado nos diversos cenários da Rede de Atenção Psicossocial de uma cidade do Estado da Paraíba.

Tal estudo aborda questões de gênero que permeiam os serviços de saúde mental. Contudo, por que refletir sobre as problemáticas de gênero em uma residência de saúde mental? A expressão “de bruxa a louca” ilustra bem. A motivação central deste trabalho reside no fato de que, por séculos, as mulheres foram categorizadas e subjugadas a uma cultura capitalista, expondo-as a incontáveis formas de violência, desigualdade, inferiorização e opressão social. Durante o desenvolvimento da humanidade, os descontentamentos das mulheres foram interpretados — predominantemente por homens brancos — como manifestações de histeria ou loucura. Seus corpos foram geridos de acordo com interesses econômicos, religiosos e masculinos. Esta primeira vítima do capitalismo — a mulher, como menciona Silvia Federici em “Calibã e a Bruxa” (2017) — foi retratada desde a Bíblia até o “Malleus Maleficarum”, passando pela medicina, historiografia e psiquiatria, como o segundo sexo, ou como bruxas e loucas.

As mudanças nas últimas décadas, apontadas pelas teorias feministas sobre conquistas de gênero (direitos civis, trabalhistas, políticos, entre outros), configuram um novo território de reflexões. Todavia, paralelamente a isso, o capitalismo vem atuando de maneira direta nas diversas esferas da vida da mulher, através das desigualdades, da misoginia, do controle sobre seus corpos e, especialmente, sobre suas subjetividades. Em consonância com isso, dados

⁴ As Residências Multiprofissionais em Saúde são programas de pós-graduação *latu sensu* voltados à mudança do modelo médico-assistencial tradicional, promovendo integração ensino-serviço de maneira multiprofissional. Possuem carga horária de 5.760 horas, com 80% práticas e 20% teórico-práticas, e têm uma natureza interdisciplinar.

(Fundação Oswaldo Cruz [Fiocruz], 2020; Santos & Diniz, 2018; Zanello, 2014) apontam a incidência e prevalência de transtornos mentais e da exacerbada medicalização dessas mazelas.

Diante disso, surgem algumas inquietações: como se estabeleceu a associação entre loucura e as mulheres ao longo da história e como essa relação é compreendida atualmente? O comprometimento da saúde mental das mulheres seria resultado exclusivamente de fatores orgânicos e biomédicos — uma visão determinista amplamente criticada pelos diversos movimentos feministas — ou estaria relacionado à dinâmica da sociedade em que vivemos, considerando que esta perpetua uma lógica de dominação e opressão sobre os corpos e subjetividades das mulheres? Quais seriam os principais apontamentos derivados de uma análise interseccional dessa problemática?

Assim, o principal objetivo deste estudo é explorar a relação histórica e atual entre loucura e mulheres e apontar os principais impactos da sociedade atual na saúde mental das mulheres através de uma análise interseccional.

Metodologia

Este artigo se baseia em uma revisão bibliográfica, com ênfase em autoras feministas que possuem domínio teórico sobre o tema, tais como: Angela Davis (2016), Heleieth Saffioti (2004), Valeska Zanello (2014), Carla Akotirene (2018), entre outras. É importante mencionar que este estudo adota uma perspectiva do feminismo marxista, que surgiu como uma reinterpretação da visão marxista em relação ao trabalho e à produção de valor. Em outras palavras, busca-se analisar as estruturas sociais e a segmentação do trabalho com base no gênero, intensificada pelo capitalismo.

A natureza do estudo é qualitativa, adotando o método de análise crítico-dialético. Cabe salientar que parte da vivência profissional da autora ao longo de dois anos (de março de 2021 a março de 2023) foi nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do município onde é implementado o Programa de Residência em Saúde Mental. Esta experiência abrangeu todos os níveis de atenção (básica,

média, alta complexidade e gestão) e as variadas modalidades de cuidado (álcool e outras drogas, transtornos, infantojuvenil).

A coleta de dados foi realizada através de registros de informação da profissional, como Diário de Campo, documentos e relatórios como instrumentos de apoio. Os relatos têm origem nas experiências adquiridas durante atendimentos, escutas qualificadas e interconsultas. Para análise dos dados, foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo.

Nesse passo, na tentativa de respondermos à problemática central do nosso estudo, traçamos o seguinte caminho: primeiro discutimos, de maneira breve, a relação entre ser mulher e a loucura ao longo da história com base na bibliografia apresentada. Em seguida, trouxemos observações a partir da ótica da teoria feminista marxista sobre a loucura e as questões de gênero. Logo mais, realizamos apontamentos através de algumas notas, embasadas na experiência da autora enquanto profissional residente nos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), acerca do agravamento dos problemas de saúde mental nas mulheres, de forma interseccional, a partir das categorias: *violência de gênero; maternidade; trabalho doméstico e cuidado*. Por fim, realizamos nossas considerações finais.

Além disso, por se tratar de um estudo que não envolve a coleta de dados dos participantes de forma sistemática, não foi necessário a submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). Isso porque os dados utilizados foram com base em registros profissionais e não envolvem informações pessoais identificáveis.

Entre Ser Mulher e Louca na História: Breves Considerações

Heleieth Saffioti (2004) aponta que o masculino e o feminino são resultantes de uma construção histórica, social e cultural complexa, com múltiplas dimensões. Trata-se aqui como uma forma de construção dos sujeitos, em que são estabelecidos lugares de poder, que há um aspecto biológico por trás, porém, que não é determinante.

O feminismo, enquanto corrente teórica, é fundamental para nossa discussão sobre o que é ser mulher e sua relação com a loucura na História. Vale

mencionar que a teoria feminista marxista enfatiza assertivamente que a desigualdade de gênero tem suas raízes no sistema capitalista. Esta desigualdade perdura até os dias atuais e, conforme Heleieth Saffioti (2004) pontua, mantém tanto a dominação quanto a exploração de mulheres no mundo. Isso porque os homens, especialmente brancos e burgueses, como enfatiza Angela Davis (2016), desde sempre validados pelo patriarcalismo, buscaram explicar a mulher e seus descontentamentos por um viés meramente biológico e encoberto de teor misógino.

A priori, ao tratar sobre mulher e saúde mental, cabe elucidar que os diversos problemas foram associados ao seu “útero”. O campo relacionado a “problemas da mente” é de onde surge o termo *histeria*, que, do grego, significa útero. Segundo Wilza Vilela (1992), no Egito Antigo, o corpo da mulher era associado à condição de malignidade, devido à presença do útero e as particularidades desse órgão, que ao “deslocar-se pelo corpo da mulher” produzia sintomas semelhantes aos atribuídos à histeria, que por sua vez foi associada à loucura. Mary Del Priori (1999) também elucida que, na Idade Antiga, a melancolia era bastante relacionada aos “vapores advindos do sangue menstrual” que causava “alucinações” nas mulheres.

Na Idade Média, não podemos deixar de citar o período da Inquisição, também denominado Tribunal do Santo Ofício — grupo de instituições dentro do sistema jurídico da Igreja Católica Romana em que o principal objetivo era o combate a heresias, isto é, os desvios da fé, que, por sua vez, deu início à “caça às bruxas”. De acordo com Jeffrey Russell e Brooks Alexander (2019), esse período durou cerca de 200 anos e se configurou um capítulo da história da maldade humana, equivalente aos crimes do nazismo. Suas vítimas, na grande maioria mulheres, acusadas de bruxaria eram torturadas, condenadas e assassinadas das diversas e mais cruéis formas, eram queimadas vivas, apedrejadas, enforcadas e decapitadas em locais públicos, tudo em nome da defesa da doutrina cristã (Russell & Alexander, 2019).

Grande evidência da perseguição da Igreja Católica às mulheres pode ser encontrada no livro *Malleus Maleficarum* ou *Martelo das Bruxas*, escrito 1486 por Heinrich Kramer e James Sprenger, dois

monges alemães. O mesmo foi um tipo de “manual contra bruxaria”, em que alegava que mulheres são propensas à prática de bruxaria pelo fato de serem “mais frágeis, mais estúpidas, supersticiosas e sensuais” (Russel & Alexander, 2019, p. 88).

Consoante Renata Pegoraro e Regina Caldana (2008), as condutas “demoníacas” hoje assemelham-se a quadros compreendidos como melancolia, ansiedade e depressão. No Brasil, a mulher negra sofreu ao longo da história em face do racismo estrutural frente aos seus credos e crenças, interpretados pelo colonialismo eurocêntrico como feitiçarias e magias. Ainda como afirma Souza (2016, p. 155), “diamantes e impiedades caminharam juntos no Brasil Colônia”. Assim, a mulher negra teve não apenas seu corpo, mas suas subjetividades escravizadas, e isso repercutiu até a contemporaneidade.

É importante enfatizar o desenvolvimento do sistema capitalista, que nessa nova sociedade composta por classes dá sequência às injustiças de gênero de forma acentuada nos âmbitos econômico, cultural, social e político. Não somente isso, mas como elucida e acrescenta Heleith Safiotti (2004) e Angela Davis (2016), a sociedade é composta principalmente pelo patriarcado/racismo/capitalismo, e o sistema patriarcal, especialmente, juntamente com sua ideologia impregnam a sociedade e o Estado.

Partimos da premissa de que o conceito de patriarcado — superado analiticamente — refere-se ao fato de que teorias feministas mais recentes têm enfatizado abordagens interseccionais, que consideram como diferentes sistemas de opressão (como raça, classe, orientação sexual, identidade de gênero, entre outros) interagem e se sobrepõem. Em outras palavras, ao invés de ver o patriarcado como uma forma única e monolítica de opressão, muitas feministas contemporâneas o entendem como parte de um complexo entrelaçamento de sistemas de poder e dominação.

Dessa forma, o feminismo marxista argumenta que a verdadeira libertação das mulheres só pode ocorrer através da superação do capitalismo juntamente com o patriarcado. Para eles, ambos estão entrelaçados e sustentam mutuamente a opressão das mulheres, como aponta Mirla Cisne (2018).

Com o advento do século XIX, a solução para a perturbação mental feminina passa a ser o casamento e a concepção. Segundo Carroll Smith-Rosenberg (1985), aqui emergiu um duplo e contraditório papel imposto à mulher, a de mulher verdadeira (frágil, delicada e dependente) *versus* a de mãe ideal (estoica e eficiente), o que passa a sobrecarregá-la, acarretando perturbações em sua saúde mental. Importante ressaltar que o tratamento destinado a essas mulheres se baseava em violência física e humilhação na busca pela “cura” dos “ataques histéricos”.

É nesse contexto que surgem as instituições asilares/manicomiais como locais destinados ao isolamento e punição dessas pessoas, ou, assim como afirmou Michel Foucault nas famigeradas obras *Vigiar e punir* (1987, p. 223) e *História da loucura* (1972, p. 92), nessa mesma ordem, esses espaços são “instâncias de controle” e “esquema de exclusões superpostas”. Isto é, o cenário ideal para o depósito de mulheres consideradas indesejadas pela sociedade, pelos homens e pelo capitalismo.

Nesse processo histórico, em que as mulheres passaram de bruxas a doentes mentais, os tratamentos eram à base de eletrochoques, gelo em suas vaginas, entre outras violências absurdas, sob o argumento de estarem sendo submetidas a um “tratamento”. Essa questão, por exemplo, é abordada por Daniela Arbex (2013) que resgatou os horrores do holocausto brasileiro com mulheres no hospício de Barbacena até o fim dos anos de 1980. Mas, afinal, o que trazem as teorias feministas acerca dessa problemática?

Compreensões Feministas sobre a Loucura

Consoante Linda Nicholson (2000), os estudos feministas surgem por volta das décadas de 1960/70 e buscavam desconstruir a ideia do feminino, de essência feminina, tal como discutir os ambientes sociais desprivilegiados que eram destinados às mulheres. A partir disso, com o desenvolvimento desse pensamento diante uma lógica polifônica — pensamentos em que estão presentes várias vozes das teorias feministas — a ideia de “mulher”, pode ser compreendida como um produto cultural. Dessa

maneira, essas teorias compreendem o conceito de gênero no sentido oposto ao determinismo biológico que, como vimos, foi utilizado durante séculos para estigmatizar mulheres. Para além, damos destaque à importância de trabalharmos as problemáticas de gênero através de suas interseccionalidades de classe social, raça/etnia, entre outras.

Ao tratar sobre saúde mental e gênero, é importante destacar que algumas leituras enfatizam a relevância dessa articulação, como exemplo a de Valeska Zanello (2014), quando afirma que o sofrimento psíquico, ou os problemas de saúde mental em mulheres, são construídos socialmente e moldados de acordo com valores e ideais estereotipados de gênero, construindo caminhos distintos e privilegiados de subjetivação para homens e mulheres.

Sob essa ótica, o sofrimento psíquico é construído socialmente, carregando uma conformação de normas e valores em determinada sociedade e época histórica. É a partir dessa concepção que Anna Maria Santos (2009, p. 1178) aborda:

[...] aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, e também a vivência de cada um como mulher ou como homem, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social.

Ou seja, as particularidades do contexto social influenciam diretamente na saúde mental dos indivíduos. Dessa forma, Mabel Burin (2000) denomina tais sofrimentos e enfermidades como *psicopatologias de gênero*, ultrapassando aspectos biológicos hormonais, e configurando problemas resultantes da opressão e da imposição dos papéis de gênero, sexuais, entre outros.

Foucault (1972, p. 71) já havia afirmado que “a doença só tem realidade e valor de doença no interior de uma cultura que a reconhece como tal”, isto é, a doença não se resume meramente ao fator biológico, nem psicológico, mas como um momento de ruptura no fluxo das experiências dos sujeitos, exigindo o reconhecimento de que somos passíveis de sofrimento, e o corpo e a subjetividade são a base onde esse sofrimento opera. A loucura

então é uma condição humana, o sofrimento é uma condição humana. Isto é, o sofrimento, nas palavras de Andrade (2014b, p. 157), em sua obra *Louca, eu?*, é “uma experiência subjetiva atravessada pelos modelos e significados do processo de adoecimento e cura atribuídos por cada sujeito e permeada pelas características socioculturais dos contextos em que se desenvolvem”.

Sob essa ótica, entre a loucura e a histeria pode estar caracterizada uma relação de revolta e sofrimento ocasionado pelo patriarcado apoiado no sistema capitalista. Como afirma Davis (2016, pp. 51-52), “uma consequência ideológica do capitalismo industrial foi o desenvolvimento de uma ideia mais rigorosa de inferioridade feminina” e, como salienta Valeska Zanello (2014), a medicina falha justamente ao buscar verdades pautadas apenas em mecanismos biológicos e não leva em consideração o contexto de agressões, estupro, violência doméstica, que a cada dia crescem e atingem mulheres de determinadas classes sociais de forma única e particular. Para Phyllis Chesler (2005), a própria estrutura patriarcal pode fazer com que algumas mulheres desenvolvam distúrbios mentais. Diante disso, seria então o corpo feminino mais propenso a tais transtornos ou esses problemas possuem relação com nossa atual sociedade capitalista-patriarcal-racista?

Notas Acerca do Adoecimento Mental em Mulheres Usuárias da Rede de Atenção Psicossocial

Luciana Santos e Gláucia Diniz (2018) afirmam que as taxas de prevalência e incidência de transtornos mentais são inegáveis quanto à questão de gênero. Ainda de acordo com as autoras, trata-se de problemas como transtornos comuns, depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e transtornos associados ao ciclo reprodutivo, transtornos afetivos, ansiosos e dissociativos, entre outros, em que as mulheres são mais acometidas do que os homens.

Como podemos observar no decorrer do estudo, o adoecimento mental em mulheres não possui ligação única com fatores biológicos. Com base nas teorias feministas apresentadas, fatores endógenos e exógenos, desigualdade, precarização das condições de trabalho, opressão, violência,

maternidade, sobrecarga, comportamentos, entre outros, também podem ser fortes influentes e geradores de adoecimento nas mulheres, conforme foi observado pela autora deste estudo durante a atuação profissional como residente de saúde mental.

Para tanto, sinalizamos ainda que, ao tratarmos dos aspectos exógenos como fatores de adoecimento mental nas mulheres, é importante que isso se faça por viés interseccional, ou seja, levando em consideração os múltiplos sistemas de opressão articulados também às particularidades de raça e de classe. Essa análise interseccional é necessária, pois, como afirma Carla Akotirene (2018), a interseccionalidade demarca o paradigma teórico e metodológico da tradição feminista negra, promovendo intervenções políticas e letramentos jurídicos sobre quais condições estruturais o racismo, sexismo e violências correlatas se sobrepõem, discrimina e cria encargos singulares às mulheres negras.

Nesse instante, podemos citar o caso da senhora Maria (nome fictício), uma de tantas mulheres atendidas que sofre com o racismo estrutural. Dona Maria, uma mulher negra e pobre foi acusada de roubo enquanto olhava esmaltes em uma farmácia e desde o ocorrido desenvolveu sucessivas crises de pânico, ansiedade e picos depressivos, chegando inúmeras vezes a tentar suicídio. Dona Maria teve atendimento e acompanhamento profissional na sua Unidade de Saúde (USF) e foi encaminhada para o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) onde permanece em tratamento até o período da realização desse estudo. Esse é só um exemplo de como o racismo impactou a saúde mental dessa mulher, ocasionando tanto sofrimento ao ponto de querer tirar sua própria vida.

A partir disso, podemos refletir, assim como Carla Akotirene (2018), que questões de gênero estão associadas também a questões de classe e raça e que dentro do sistema socioeconômico que vivemos é exigida uma lente analítica aguçada e crítica acerca da interação estrutural e seus efeitos na vida das mulheres. Além disso, como afirma Heleieth Saffioti (1969, p. 86), “o patriarcado e o capitalismo não são autônomos, nem mesmo interconectados, mas o mesmo sistema. Como formas integradas, eles devem ser examinados juntos”.

Essas idiossincrasias são ainda mais evidenciadas quando tratamos de mulheres com transtornos mentais, sejam em decorrência do uso abusivo de substâncias ou transtornos de base, “cuidadoras”, mães, mulheres expostas a diferentes contextos de violência, sejam meninas, adolescentes, idosas, brancas, pardas, pretas, indígenas, cada qual com suas singularidades dentro de uma sociedade que as consideram nada mais que o *segundo sexo*. A partir disso, traçaremos alguns apontamentos quanto à saúde mental de mulheres usuárias da RAPS a partir de algumas notas que consideramos importantes.

Violência de Gênero: Quando Não nos Matam, nos Adoecem

Uma das questões mais marcantes da experiência enquanto residente ao tratar dos assuntos de gênero e saúde mental diz respeito às que envolveram os impactos da violência de gênero na vida das mulheres. Como afirma Davis (2016), alguns problemas sociais só são reconhecidos como uma questão séria quando assumem proporção epidêmica, quando parece não ter solução, e dessa maneira ocorreu com as múltiplas violências contra a mulher.

Não obstante, consoante Valeska Zanello (2014), somente na década de 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a violência contra mulheres como problema de saúde pública. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), violência se remete ao uso intencional da força em forma de ameaça decorrendo em lesão, dano psíquico, morte, privação. Além disso, a Lei nº 11.340 de 2006⁵, conhecida como Lei Maria da Penha, enfatiza a violência doméstica como uma das formas de violação de direitos humanos e vem tipificar a violência como: física, sexual, psicológica, patrimonial e moral.

Em todos os serviços de saúde mental foram observadas questões relacionadas aos tipos de violência e como impactam na saúde mental das mulheres. As meninas, crianças e adolescentes no Brasil sofrem em maior parte com a violência sexual e, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2020), 57%

⁵ Para ver a Lei na íntegra acessar: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm

dos casos ocorridos são de origem intrafamiliar. Os impactos na vida e saúde mental dessas meninas são graves, podendo desenvolver inúmeros transtornos, como ansiedade, depressão e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Além disso, de acordo com o *Atlas da Violência 2020*, 67% das vítimas de agressão física registradas no país foram mulheres, 68% das mulheres assassinadas eram negras, 30% do total foram mortas em casa. Cabe destacar que, nos estados do Ceará, Rio Grande do Norte e Paraíba, a taxa de homicídio de mulheres negras foi quatro vezes maior que de mulheres não negras (Brasil, 2020). Só em 2017, a taxa de estupro foi 89% para mulheres, as negras configuram a taxa de 73% de violência sexual. Nesse passo, como salienta Davis (2016), o abuso sexual de mulheres negras nem sempre se manifesta na forma de uma violência tão aberta e pública, isso porque o racismo estrutural fortalece a coesão social e estimula o estupro, e isso foi evidenciado na passagem pelo CAPS infantojuvenil, onde muitas das meninas usuárias atendidas relataram já haver sofrido algum tipo de violência sexual ou física e até então isso afetar a saúde mental.

Durante a vivência no CAPS Álcool e Outras Drogas, em especial na participação do grupo de mulheres que buscava realizar escuta coletiva sobre as demandas das mulheres usuárias do CAPS, foi evidenciado como a violência de gênero perpassa a vida dessas mulheres de forma avassaladora. Dentre as problemáticas, angústias e sofrimentos levantados nas falas das mulheres, a imensa maioria relatava já ter vivido ou ainda viver em um contexto de violência física, psicológica, moral e/ou sexual.

Em um momento do grupo, uma mulher negra relata ter sido vítima de estupro por um traficante com o qual tinha uma dívida no valor de 50 reais. Como não tinha o dinheiro, o homem a estuproou como forma de “pagamento”. Isso ocasionou um profundo sofrimento mental na mulher, sendo necessário ser realizado o acolhimento no CAPS durante o período de 15 dias e todo o acompanhamento da equipe multiprofissional durante muitos meses subsequentes. O fato ocorrido é mais um fruto da desigualdade, da violência de gênero e do racismo estrutural que permeia a sociedade brasileira até os dias atuais.

Para além do cenário do CAPS AD, a violência de gênero perpassa todos os demais cenários de atenção à saúde. A Atenção Básica (AB), porta de entrada dos serviços de saúde, tornou evidente o quanto a violência afeta a vida e a saúde das mulheres. Muitas Fichas de Notificação/Investigação de Violência foram preenchidas ao longo dos seis meses em uma Unidade de Saúde da Família (USF). Esse instrumento é utilizado como ferramenta de registro dos diversos tipos de violência, assim, possibilitando o acionamento da rede de proteção. Foram diversas mulheres, de diversas idades, que durante a escuta qualificada foi possível identificar o sofrimento mental em decorrência de alguma forma de violência de gênero.

Com base nisso, fica evidente que a violência de gênero se configura então grande propulsora do adoecimento mental das mulheres. Como afirma Chesler (2005), o próprio patriarcalismo e seus desdobramentos levam ao sofrimento e uma diversidade de problemas psicológicos na vida das mulheres. Depressão, ansiedade, fobias, estresse pós-traumático, suicídio, tentativa de suicídio, abuso de álcool e drogas, insônia, exacerbação de sintomas psicóticos, problemas alimentares, depressão pós-parto, transtorno bipolar, são exemplos desse adoecimento em decorrência da violência de gênero, e todos esses problemas eram apresentados pelas mulheres da RAPS.

Cabe citar também que, além disso, como alerta Valeska Zanello (2014), os transtornos mentais comuns têm forte relação com condições socioeconômicas e de gênero e o saber biomédico apenas realiza a medicalização dessas mazelas sociais, negligenciando as raízes desses problemas, o que torna extremamente necessária uma análise multidimensional acerca de tal problemática.

Maternidade: Amor ou Martírio?

Outro problema que afeta diretamente a saúde mental das mulheres é a maternidade. Iniciamos essa nota com a mesma indagação de Elisabeth Badinter (1985) em sua obra *Um amor conquistado: o mito do amor materno*: será o amor materno um instinto, uma tendência feminina inata

ou esse depende da época, cultura ou costumes? E ainda acrescentamos: e isso impacta na saúde mental das mulheres?

Bem, de acordo com a autora supracitada, a maternidade e/ou “amor materno”, é algo construído nas relações de gênero, em que o discurso masculino exige da mulher a exclusividade do cuidado dos filhos tendo na figura da “boa mãe” o tipo ideal de mulher a ser seguido. O amor é então um sentimento como qualquer outro, podendo se manifestar ou não nas pessoas.

Até meados do século XVIII, a maternidade é marcada pela indiferença ou até mesmo pela rejeição, e isso decorre inclusive da concepção de infância. Somente com o iluminismo e a construção da figura central da família moderna é que os sentimentos de indiferença e abandono se transformam em ternura e intimidade, situando a origem histórico-social dessa ideia de que a mãe ama seu filho por “instinto”. No entanto, essa exaltação ideológica da maternidade não se estende a todas as mulheres. Como salienta Davis (2016), as mulheres escravizadas aos olhos dos seus proprietários não eram realmente “mães”, eram apenas instrumentos que garantiam a reprodução e ampliação da força de trabalho escravizada. Nas palavras de Davis (2016, p. 26), “elas eram ‘reprodutoras’ — animais cujo valor monetário podia ser calculado com precisão a partir de sua capacidade de se multiplicar”. Dessa forma, as crianças poderiam ser vendidas e enviadas para longe, comparadas com “bezerros separados das vacas, pois [...] estão no mesmo nível dos outros animais” (Davis, 2016, p. 26).

Cabe também citar a maternidade da mulher negra no século XIX. Durante este período, a mulher negra foi frequentemente subjugada ao papel de ama de leite, sendo forçada a nutrir e criar filhos que não eram seus, enquanto muitas vezes era privada do direito de cuidar de seus próprios filhos. Esta exploração não apenas materializava o trabalho reprodutivo da mulher negra em benefício do sistema capitalista, mas também amplificava a intersecção da opressão de gênero e raça, como aponta Angela Davis (2016). A objetificação de seus corpos para a reprodução e nutrição dos descendentes da classe dominante branca reforçava uma hierarquia social e

econômica, na qual a mulher negra era duplamente oprimida, tanto como mulher quanto como pessoa negra. Assim, a maternidade, ao invés de ser uma expressão de autonomia e ligação, tornou-se uma ferramenta de exploração e desumanização no seio de uma sociedade capitalista.

A maternidade da mulher branca, todavia, estava no auge do culto do século XIX e mais uma vez a mulher se reduz a um útero. A imprensa na nova literatura tratava a mulher perfeita como a “mãe perfeita”, seu lugar era em casa, cuidando dos filhos e distante da esfera política. Criadas para serem a dona de casa e a mãe “perfeita”, muitas mulheres se sentem na obrigação de efetivar esses requisitos, e quando não podem ou querem, são julgadas e condenadas, seja pelos homens, seja pela sociedade no geral. A saúde mental das mulheres pode ser afetada desde esse momento, o de escolher ou não a maternidade. O fato é que as mulheres de hoje continuam sendo tratadas como “deusas” quando querem ser mães e “bruxas” quando não querem ou não podem ser.

Além disso, a experiência da maternidade perpassa pela gestação, parto, amamentação e cuidado com a criança. Essas experiências da vivência do papel de mãe causam várias alterações físicas e emocionais e podem ocasionar transtornos depressivos e ansiedade. Como aponta Lorena Cronemberger e Mónica Franch (2017), a depressão puerperal, popularmente conhecida como depressão pós-parto, acomete cerca de 25% das mães brasileiras e a gravidez, para essas mulheres, se configura como uma etapa da vida marcada pelo sofrimento.

O problema que apontamos não é o de ser mãe, mas quando essa situação é socialmente imposta à mulher causando-a repercussões adoecedoras. Nos diversos cenários da RAPS foram identificadas questões relacionadas à compulsória como uma problemática na vida das mulheres, já as mulheres usuárias dos CAPS sofrem com o estigma de que a mulher louca não é considerada apta à maternidade. Contudo, o espaço de saúde onde essa problemática foi mais evidenciada foi na Atenção Básica (AB). Durante os acompanhamentos interprofissionais de pré-natais e puericulturas, ficou evidenciado o quanto a maternidade imposta impacta na saúde mental das mulheres.

De acordo com o caderno científico da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Sá & Medeiros, 2022), o número de gravidezes não planejadas chega a ser 60%, especialmente em mulheres com poder socioeconômico mais baixo. Esse dado foi bastante observado durante o acompanhamento das mulheres na AB, em que muitas expressavam não ter planejado a gravidez, e muitas vezes terem sido abandonadas pelos companheiros após a descoberta da gravidez (o que era mais comum em casos de adolescentes e mulheres jovens). Durante os processos de pré-natal, também era comum perceber que a imensa maioria das mulheres estavam acompanhadas por suas mães, avós ou alguma outra pessoa, que não fosse o pai da criança. Além disso, percebeu-se também uma enorme escassez de rede de apoio⁶ com o cuidado e suporte a essas mulheres, muitas se tornando mãe solo. Os problemas de saúde mental mais comuns apresentados por essas mulheres eram preocupação, insônia, ansiedade, medo, entre outros.

Durante as puericulturas — momentos de acompanhamento do desenvolvimento da saúde infantil na USF — era bastante comum a queixa de sofrimento mental relacionada à frustração, tristeza profunda, medo, insegurança, cansaço extremo, sentimento de culpa, baixa autoestima devido ao ganho ou perda de peso rápido, entre outras. A maioria delas alegava não imaginar que seria uma fase tão complexa e difícil. O que evidencia como a maternidade, muitas vezes não planejada, impacta na saúde mental das mulheres e como é importante o acompanhamento por profissionais que compreendam essas questões por um viés crítico de gênero.

Para Kátia Azevedo e Alessandra Arrais (2006), o contraponto entre a romantização da maternidade e a realidade se dá justamente pelo ideal de maternidade que é apresentado como natural e instintivo à mulher. Com a gravidez e nascimento do filho, essas mulheres experimentam sentimentos contraditórios instaurando-se um sofrimento psíquico como base da depressão

⁶ Segundo Mariana Moreira e Jorge Sarriera (2008), “rede de apoio” são os vínculos de apoio, de recursos, de refúgio e de cuidado, seja eles da família, amigos, vizinhos e instituições da sociedade civil, políticas públicas, entre outros.

pós-parto. Para as autoras, os altos ideais ligados à maternidade acabam suscitando desapontamento, vergonha, desilusão, fracasso, fragilidade.

Para tanto, o capitalismo brasileiro ainda comanda os corpos e as subjetividades das mulheres, decidindo se elas podem ou não ser mães. Seja através da biopolítica e controle de natalidade, esterilização, criminalização e punição ao aborto, entre tantas outras questões. Esse sofrimento na maioria das vezes não compreendido é trabalhado apenas por meio da medicalização, da imposição de comportamentos que prejudicam ainda mais a saúde mental das mulheres.

Trabalho Doméstico e o Cuidado: Nós Também Adoecemos

Até então pudemos notar como a sociedade sobrecarrega as mulheres. No entanto, com o advento da pandemia de Covid-19, ficou escancarado o quanto essa sobrecarga foi intensificada. Nesse instante, destacamos duas problemáticas que estão intrinsecamente relacionadas, o trabalho doméstico e o cuidado. De acordo com a Fiocruz (2020), durante a pandemia, as mulheres foram as que mais tiveram o trabalho intensificado e, além disso, foram as principais responsáveis pelo cuidado com os doentes de Covid-19.

Cabe salientar que o direito da inserção da mulher no mercado de trabalho formal e remunerado é algo bastante recente, datando por volta do século XIX. Entretanto, em toda a História, muitas mulheres realizaram tarefas que exigem jornada de tempo, atividade motora e desgaste físico, como as “tarefas domésticas” de lavar, passar, cozinhar e cuidar do lar e da família — porém, cabe enfatizar que, na maioria das vezes, essas atividades foram/são destinadas a um grupo específico de mulheres: as pobres e/ou negras.

Tal como, Davis (2016, p. 24) destaca que atualmente o espaço de trabalho ainda ocupa na vida das mulheres negras a reprodução de um “padrão estabelecido durante os primeiros anos da escravidão”. Essa realidade abordada por Davis da mulher negra nos Estados Unidos não difere muito da história no Brasil — especialmente recordando o racismo estrutural que perpassa a história do país.

Atualmente, em contrapartida à inserção da mulher no mercado de trabalho, temos as desvantagens das mulheres que se encontram em uma dupla ou tripla jornada de trabalho, agudizada nos últimos anos com a pandemia. Tendo em vista essa condição, além dos arranjos familiares no Brasil terem um aumento de mulheres como responsáveis pela casa, essas são conduzidas por trabalhos em tempo parcial ou flexível, ou melhor, trabalhos informais e precarizados. Ademais, ainda consoante Davis (2016), o trabalho doméstico é considerado degradante porque tem sido realizado de modo desproporcional por mulheres negras aprisionadas a essas ocupações até o século XIX e até hoje continua sendo uma atividade reduzida às mulheres de classe pobre.

Em todos os espaços de saúde mental foi identificado como o trabalho doméstico impacta na vida das mulheres. Inclusive esse fator é determinante até mesmo por garantir a permanência das mulheres nos espaços de cuidado em saúde mental. Observou-se que grande parte das mulheres não possuía “tempo” para o autocuidado ou para acessarem os serviços de saúde mental, pois seus afazeres domésticos tomavam todo o tempo do dia. Além disso, eram comuns queixas de dores físicas, problemas no sono e preocupação excessiva em decorrência do trabalho doméstico.

Além da dupla jornada de trabalho que muitas mulheres vivenciam, Luciana Santos e Gláucia Diniz (2018) apontam que essas atividades realizadas no âmbito privado e sem remuneração — as “atividades domésticas” — são vistas pela sociedade como improdutiva e desvalorizada. Um exemplo disso no Brasil foi que, somente no ano de 2015, tivemos a aprovação da Lei Complementar nº 150 que assegura direitos trabalhistas às empregadas domésticas⁷. Como aponta Davis (2016), o trabalho doméstico foi naturalmente definido como uma forma inferior de trabalho, em comparação com a atividade assalariada capitalista e fez-se inalterado, em termos qualitativos, pelos avanços tecnológicos. Além disso, não leva em consideração o alto índice de desgaste físico e mental, o que potencializa o comprometimento da saúde mental dessas mulheres.

⁷ Para ter acesso à Lei na íntegra, acesse: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2015/leicomplementar-150-1-junho-2015-780907-publicacaooriginal-147120-pl.html>

O espaço doméstico e suas atividades, segundo Luciana Santos (2008), pode representar um alto fator de risco para a saúde mental das mulheres, isso se dá devido à jornada repetida e inacabada das atividades, falta de lazer e descanso e muitas vezes a repressão e submissão ao domínio do companheiro. Evidencia-se então que esse agravamento na saúde mental é resultado dessa inter-relação dinâmica e opressora.

Conforme Santos e Diniz (2018) uma pesquisa realizada sobre saúde mental e informalidade do trabalho mostra que 43,7% das pessoas com Transtornos Mentais Comuns (TMC) são “inativas”, incluindo as “donas de casa”, além da maior prevalência dessas nos casos de depressão pós-parto. Maria Sadir et al. (2010) também apontam essas mulheres como o maior grupo verificado que faz uso de psicotrópicos para tratamento de ansiedade e depressão. De fato, em todos os serviços de saúde mental da RAPS em que a pesquisadora perpassou foi identificado uso de medicação de controle especial por parte da imensa maioria das mulheres, sejam elas usuárias ou familiares.

Quanto ao “Cuidado” de forma específica, para Rachel Passos (2018), trata-se de uma necessidade ontológica do Ser Social, porém, devido às inúmeras metamorfoses ocorridas nos modos de produção e na sociabilidade, passa a ser visto como algo privado, invisível e especialmente vinculado ao sexo feminino, mais precisamente passou a ser tratado como uma dimensão do trabalho doméstico inerente e intrínseco às mulheres. Cabe salientar que, neste estudo, essa dimensão ontológica é abordada como a relação direta entre um indivíduo e outro que não pode prover suas necessidades próprias de alguma forma, como, por exemplo, infância, velhice, limitações impostas social e biologicamente como doentes de Covid-19 ou pessoas com transtornos mentais.

É importante sinalizar que a construção do modelo familiar burguês foi importante para a designação social do “cuidar” como atividade unicamente das mulheres, sem valor de troca, com menor importância e limitado à possibilidade de reproduzir os modos da vida social. Nesse mesmo modelo de sociabilidade, há uma enorme desvalorização e inferiorização das mulheres,

cabe ainda elucidar um recorte dessas mulheres, pois as particularidades de raça e classe também se fazem presentes.

Essas questões são evidenciadas no cotidiano profissional na RAPS. Na AB, a maior queixa das mulheres quanto ao cansaço e falta de tempo para autocuidado está relacionada à sobrecarga do trabalho e do cuidado com a família, e como isso desencadeia ansiedade, angústia, depressão, entre tantos outros problemas. Já nos CAPS ficou explícito que o cuidado com os usuários é realizado na imensa maioria das vezes por mulheres. Todos os serviços possuíam grupos com usuários, familiares, oficinas, entre outras atividades coletivas que proporcionam uma escuta mais geral das demandas desses sujeitos e esses espaços foram fortes instrumentos de identificação dessas problemáticas na vida das mulheres.

Nas atividades individuais e coletivas, foi comum observar como o “cuidado” era um fator de adoecimento nas mulheres. A imensa maioria dos responsáveis pelo cuidado — muitas vezes um cuidado integral — dos usuários dos serviços de saúde mental eram mulheres. Os grupos de familiares majoritariamente eram compostos por mulheres, que na maioria das vezes também estavam em processo de adoecimento e faziam uso de alguma medicação de uso especial. A sobrecarga era fator prevalente nesse adoecimento mental. Mulheres que se mostravam angustiadas face o nível de exaustão mental em decorrência do peso que é cuidar de outras pessoas, embora, na maioria das vezes, não há ninguém que cuide delas.

Com isso, evidenciamos como tal problemática é adoecedora para as mulheres, impactando diretamente na sua saúde mental, sendo urgentes e necessárias discussões e estratégias de enfrentamento, para que as mulheres também tenham o direito à saúde mental garantido.

Considerações Finais

Ao longo da história, as mulheres, especialmente um recorte dessas, enfrentou a marginalização e a opressão, muitas vezes justificadas por ciência e religião. Desde antiguidade até os séculos XIX e XX, o corpo

feminino foi objeto de disputa e controle. O feminismo, incluindo o marxista, vincula essa opressão aos sistemas capitalista e patriarcal, reforçando a necessidade de reconhecer esse passado para alcançar igualdade. Nesta seara, a saúde mental das mulheres é impactada por fatores socioculturais, com o patriarcado e o capitalismo desempenhando papéis significativos, enfatizando a necessidade de abordagens que considerem aspectos sociais e culturais para além dos biomédicos.

Diante do exposto, é incontestável a profunda relação entre a violência de gênero e o adoecimento mental das mulheres. Esta não é apenas uma constatação histórica, mas uma realidade palpável observada em diversos cenários de saúde. As marcas do patriarcado, aliadas às desigualdades socioeconômicas e raciais, intensificam a vulnerabilidade das mulheres, principalmente as negras, diante de inúmeras formas de violência. Os reflexos deste cenário manifestam-se não apenas em sintomas físicos, mas em profundas e duradouras sequelas psicológicas. Assim, reafirma-se a necessidade imperativa de uma abordagem multidimensional na assistência à saúde mental feminina, transcendendo o mero tratamento biomédico e encarando as raízes sociais e culturais do problema.

A maternidade, com todas as suas complexidades e nuances históricas, culturais e sociais, revela-se como um campo significativo de influência na saúde mental das mulheres. Confrontada entre expectativas idealizadas e realidades muitas vezes opressoras, a maternidade demonstra não ser apenas uma expressão inata, mas também um produto da construção social e das relações de poder. As consequências desse descompasso entre idealização e realidade são vivenciadas diretamente por inúmeras mulheres que enfrentam desafios físicos, emocionais e psicológicos em suas jornadas maternas. Portanto, é imperativo reconhecer, compreender e abordar essas questões com criticidade e, sobretudo, pela perspectiva feminista de gênero.

Ademais, em meio às transformações sociais e aos desafios trazidos pela pandemia de Covid-19, a profunda e desproporcional carga de trabalho doméstico e de cuidado suportada pelas mulheres foi exposta. Esta sobrecarga, intensificada historicamente por questões de raça e classe, revela

não apenas uma perpetuação de desigualdades, mas também evidencia seu custo tangível na saúde mental das mulheres.

Evidenciamos assim como essas problemáticas afetam gravemente a saúde mental das mulheres, tornando-se urgente e necessário promover discussões e estratégias de enfrentamento para garantir o direito à saúde mental. É essencial aprofundar estudos e debates, e, sobretudo, desenvolver políticas públicas de enfrentamento ao modelo de sociedade atual, sob uma perspectiva feminista e crítica de gênero. E, acima de tudo, devemos lutar por uma nova ordem social sem dominações de classe, gênero e raça. Como afirma Mary Beard (2018), “não se pode inserir as mulheres em uma estrutura já codificada como masculina com facilidade; é preciso mudar a estrutura”. Ou seja, precisamos transformar a sociedade para que não se perpetue tais problemas, especialmente o adoecimento e o sofrimento mental que a atual configuração social impõe às mulheres.

Referências

- Akotirene, C. (2018). *O que é interseccionalidade?* Letramento.
- Andrade, A. P. M. (2014a). (Entre)lançamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In V. Zanella, & A. P. M. Andrade. (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 59-81). Appris.
- Andrade, A. P. M. (2014b). “Louca, eu?”: tensionamentos e subversões da/na política pública de saúde mental. In C. Stevens, S. R. Oliveira, & V. Zanella (Orgs.), *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas* (pp. 149-160). Mulheres.
- Arbex, D. (2013). *Holocausto brasileiro*. Geração Editorial.
- Azevedo, K. R., & Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19(2), 269-276.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno* (Waltensir Dutra, Trad.). Nova Fronteira.
- Beard, M. (2018). *Mulheres e poder: um manifesto* (Celina Portocarrero, Trad.). Planeta do Brasil.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Atlas da violência 2020*. Recuperado em 02 de abril de 2022, de <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>
- Burin, M. (2000). *El malestar de las mujeres: La tranquilidad recetada*. Paidós.
- Chesler, P. (2005). *Women and madness*. Palgrave Macmillan.
- Cisne, M. (2018). Feminismo e marxismo: apontamentos teórico-políticos para o enfrentamento das desigualdades sociais. *Serviço Social & Sociedade*, (132), 211-230.
- Cronemberger, L. F., & Franch, M. (2017). Depressão pós-parto e o papel social da mãe: experiências e representações sobre a fase puerperal. In *Anais do décimo primeiro Fazendo Gênero e do décimo terceiro Women's World Congress*. Recuperado em 02 de abril de 2022, de http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499463557_ARQUIVO_Depressaopos-partoeopapelsocialdamae.pdf

- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. Boitempo.
- Del Priori, M. (1999). Viagem pelo imaginário do interior feminino. *Revista Brasileira de História*, 19(37), 179-194.
- Federici, S. (2017). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. Elefante.
- Foucault, M. (1972). *História da loucura*. Perspectiva.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. Vozes.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2020, 05 de agosto). *Metade das mulheres passou a cuidar de alguém na pandemia, revela pesquisa*. Recuperado em 14 de dezembro de 2022, de <https://portal.fiocruz.br/noticia/metade-das-mulheres-passou-cuidar-de-alguem-na-pandemia-revela-pesquisa>
- Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências. Presidência da República.
- Lei Complementar n. 150, de 1º de junho de 2015. (2015). Dispõe sobre o contrato de trabalho doméstico; altera as Leis nº 8.212, de 24 de julho de 1991, nº 8.213, de 24 de julho de 1991, e nº 11.196, de 21 de novembro de 2005; revoga o inciso I do art. 3º da Lei nº 8.009, de 29 de março de 1990, o art. 36 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, a Lei nº 5.859, de 11 de dezembro de 1972, e o inciso VII do art. 12 da Lei nº 9.250, de 26 de dezembro 1995; e dá outras providências. Presidência da República. <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/leicom/2015/leicomplementar-150-1-junho-2015-780907-publicacaooriginal-147120-pl.html>
- Moreira, M. C., & Sarriera, J. C. (2008). Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 781-789. doi.org/10.1590/S1413-73722008000400016
- Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Revistas de Estudos Feministas*, 8(2), 8-41.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*.
- Passos, R. G. (2018). *Teorias e filosofias do cuidado: subsídios para o serviço social*. Papel Social.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão da demanda por cuidados em saúde mental. *Revista Saúde Soc.*, 17(2), 82-94.
- Russel, J.; Alexander, B. (2019). *História da bruxaria: feiticeiras, hereges e pagãs*. Goya.
- Sá, M. F. S., & Medeiros, S. F. (Eds.). (2022). *Femina*, 50(3). Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Recuperado em 08 de novembro de 2022, de <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2022Z50Z03Z-ZWEB.pdf>
- Sadir, M. A., Bignotto, M. M., & Lipp, M. E. N. (2010). *Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais*. Paideia.
- Saffioti, H. I. B. (1969). *A mulher na sociedade de classes: mito e realidade* (3a ed.). Expressão Popular.
- Saffioti, H. I. B. (2004). *Gênero, patriarcado, violência*. Fundação Perseu Abramo.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182.
- Santos, L. S. (2008). *Profissão do lar: a (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade feminina*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília].
- Santos, L. S., & Diniz, G. R. S. (2018). Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Revista Psic. Clin.*, 30(1), 37-59.

- Smith-Rosenberg, C. (1985). The hysterical woman: Sex roles and role conflict in Nineteenth-Century America. In *Disorderly conduct: visions of gender in Victorian America* (pp. 197-216). A. A. Knopf.
- Souza, A. B. S. (2016). Feitiçarias, encantos e magias: mulheres negras na inquisição do Brasil Colonial (1749 - 1770). In *Anais do Congresso Internacional da Faculdades EST* (v. 3). EST.
- Vilela, W. V. (1992). *Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo].
- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello, & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (41-58). Appris.