



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARCELLA EDUARDA VIEIRA FREIRE

AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO MENTAL DAS MULHERES

NATAL/RN

2023

MARCELLA EDUARDA VIEIRA FREIRE

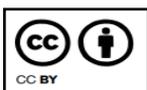
AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO MENTAL DAS MULHERES

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Dra. Verônica Maria Ferreira.

NATAL/RN

2023



Esta obra está licenciada com uma licença *Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional. Permite que outros distribuam, remixem, adaptem e desenvolvam seu trabalho, mesmo comercialmente, desde que creditem a você pela criação original. Link dessa licença: creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode

Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Sistema de Bibliotecas - SISBI
Catalogação de Publicação na Fonte. UFRN - Biblioteca Setorial do Centro Ciências Sociais
Aplicadas - CCSA

Freire, Marcella Eduarda Vieira.
As determinações sociais do adoecimento mental das mulheres /
Marcella Eduarda Vieira Freire. - Natal, 2023.
77f.: il.

Monografia (Graduação em Serviço Social) - Universidade
Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências Sociais
Aplicadas, Curso de Serviço Social. Natal, RN, 2023.
Orientadora: Profa. Dra. Verônica Maria Ferreira.

1. Relações patriarcais de gênero - Monografia. 2. Adoecimento
mental - Monografia. 3. Mulheres - Monografia. 4. Políticas
sociais - Monografia. I. Ferreira, Verônica Maria. II. Título.

RN/UF/Biblioteca CCSA

CDU 616.89-055.2

MARCELLA EDUARDA VIEIRA FREIRE

AS DETERMINAÇÕES SOCIAIS DO ADOECIMENTO MENTAL DAS MULHERES

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Aprovada em: 14/07/2023

BANCA EXAMINADORA

Prof.(a). Dra. Verônica Maria Ferreira

Orientadora

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Prof.(a). Ms. Mércia Cristina da Silva Assis

Membro interno

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Prof.(a). Ms. Aryadne Castelo Branco Correia Lins

Membro externo

ASSISTENTE SOCIAL DO CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE
ASSISTÊNCIA SOCIAL-CREAS PARNAMIRIM

À minha mãe, força maior. E a minha avó, “fuiste pez del más dulce acuario, tranquilo y liviano”.

AGRADECIMENTOS

“O mundo está tremendamente esquisito. Há 10 anos atrás o Leon me disse que existe uma rachadura em tudo, e que é assim que a luz entra”. Parafrazeando Matilde Campilho, inicio os agradecimentos àqueles que, cotidianamente, estiveram comigo nos momentos de densidade e nos de suspiro. Mãe, “o teu cabelo, negra lã, nariz e corpo e mãos” constituem, indissociavelmente, a minha construção, o meu elo-vínculo primeiro. Te ver vendendo livros quando criança, mudou consideravelmente a visão de todos os meus dias seguintes. Acredito que, se não fossem os “as e não fosse a dor”, teria compreendido melhor os seus processos e abraçado contigo as suas mágoas. Agradeço o amor em tom maior e silenciosamente agradeço também por, muitas vezes, não ser o que espero que você seja, aprendo contigo, me vejo em você.

Pai, minha garganta trava só em lembrar dos seus olhos marejados e das suas tentativas, quase que semanais, em ser melhor. Talvez a grandeza e dureza da vida tenham embrutecido, por muito tempo, a sua vida, mas espero que saiba que lhe amo e me inspiro em você. “[...]pai, fala um pouco, sua voz tá tão presa [...]”

Manu e Tito, vocês são, sem dúvidas, os melhores irmãos que eu poderia ter. Meus sentidos cotidianos também se voltam para vocês. Sou grata pelo amor e cuidado, que por vezes, pode ser bruto (risos). Manu, em especial, sou honrada por tudo o que você significa para mim, a efervescência dos seus pensamentos e o amor em seus gestos me fazem refletir e me orgulhar da pessoa que você está se tornando. Amo você.

Rayane, sou grata pela sua vida e seu modo singelo de acreditar nas coisas e fazer disso o farol, que também me ilumina. Obrigada por estar comigo nos momentos que senti maior dificuldade em me reconhecer, te agradeço por enxergar muito além do que os meus olhos conseguem ver. Sua determinação, afeto e amizade me nutrem e me fortalecem “everyday and everynight”.

Kary, agradeço a sua cumplicidade e espontaneidade. Amo você, os dias são mais divertidos com as nossas aventuras.

Paula, me reconheço em você de um modo tão exato e te amo tanto! Nossa amizade, há dez anos, tem sido um presente na minha vida. Agradeço pela escuta singela, pelo abraço sincero e pelo olhar que transpõe qualquer tipo de fala. Você já é parte de mim e sempre será.

Ana, os ventos de novembro podem ter distanciado nossas vidas em uma determinada configuração, entretanto, sou grata por tudo o que vivemos durante os 5 anos em que estive na Universidade (e fora dela também). O umbral da sala de aula de filosofia da mente nos uniu e isso cravou a minha existência de modo significativo. Agradeço pelas trocas, pelos livros-poesia, pela escuta e pelos choros-birras existenciais nos bancos de praça desta “cidade-sul e na cidade-norte também”. As fosforescentes crisálidas ressoam no meu peito, te amo, apesar das rachaduras que nos atravessaram.

Joyce, Clara, Yannye, Letícia, Érica e Anna Maria, recordarei com muito afeto toda a força e potência emanada durante o período que convivemos na Funcern. As amo profundamente.

À Celly e sua singeleza, agradeço o afeto e por ser uma tia tão presente em minha vida. Durante minha infância e seguindo na fase adulta, tive o privilégio de partilhar minha vivência e a admirar ainda mais. A amo muito!

Adriano, nunca sei bem como mensurar o impacto que a sua vida teve na minha. Te agradeço por ter sido tanto, por tanto tempo e por me fazer uma pessoa melhor. Você sempre manteve uma perspectiva de “dias melhores” e por mais que o meu niilismo, na época, não me fizesse acreditar, você me fez perceber de modo distinto algumas certezas que eu carregava, e sou honrada por isso.

À Manuella, agradeço o encontro-troca, nossas discussões sempre me fortalecem e consigo enxergar muita potencialidade no nosso afeto. Obrigada por tanto.

Sabrina, sou feliz por ter encontrado um espaço de tanta liberdade e compreensão. Estar e conversar com você me dá um “gás” de empoderamento e cautela ao mesmo tempo (risos), te amo exatamente por você ser quem é.

A Nilton, pelo suporte que vem do ensino fundamental e atravessa o ensino superior. Obrigada por insistir em me fazer não desistir de alguns sonhos ou de vislumbrar um futuro melhor.

Verônica, minha orientadora, sua serenidade e compreensão transformaram os dias tensos, que pareciam tantos, em momentos de suspiro e aterramento. Agradeço por fazer essa jornada acadêmica mais tranquila e respirada. Aprendi, de modo fluído e compassado, com você. Agradeço a amplidão dos apontamentos e as discussões, sempre, carregadas com muita calma e sinceridade. Não poderia ter uma experiência mais positiva. Sou honrada pelos meses de atenção singela e responsável. Pude perceber, efetivamente, a construção de um vínculo de respeito e admiração. Esse trabalho não seria possível sem a sua contribuição, assim como, enxergar tantas inquietações sendo desveladas e direcionadas.

À Karina, minha psicanalista, agradeço por assentar minhas angústias e reiterar, cotidianamente que “o caminho só existe quando você passa”, e assim, poder reconhecer as possibilidades de superação, enfrentamento e acolhimento. Meus dias-meses-anos foram transformados e sou extremamente grata por tudo que já foi produzido até agora.

Ai, manter controle, manter controle. O cometa é grande, é por isso que eu passo mal, a carcaça, a carne. Porque ele é muito grande. Ele não é do tamanho que vocês vê. Ele não é lá em cima não, ele é aqui embaixo.

(Estamira)

RESUMO

O adoecimento psíquico e a vivência da doença são construídos de forma diferente para homens e mulheres, pois as desigualdades de poder entre os gêneros afetam a saúde das mulheres de maneira mais intensa. Essa questão se relaciona com o lugar histórico da mulher na sociedade, já que o manicômio foi usado como um espaço de violência e isolamento dos corpos considerados desviantes. Frente a esta realidade, este trabalho tem como principal objetivo discutir os determinantes sociais e históricos do adoecimento mental de mulheres. Para realizar essa tarefa, a investigação baseia-se em um conjunto de referências teórico-metodológicas e histórico-políticas. Como metodologia, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental, levando em conta as lacunas ainda presentes na produção acadêmica sobre os temas que perpassam a investigação. A fundamentação teórico-metodológica apoiou-se no método do materialismo histórico-dialético, partindo da problematização do real e buscando as determinações e mediações que explicam o problema à luz da totalidade social que lhe dá significado: a sociedade burguesa, patriarcal e racista. Com base nesses construtos históricos-metodológicos, a pesquisa pauta-se criticamente nos processos de apreensão das condições de vida e de trabalho das mulheres brasileiras e suas implicações sobre a saúde mental; a relação histórica entre gênero e políticas de saúde mental; a categorização de quem são as mulheres acometidas por maior vulnerabilidade ao adoecimento mental; por fim, debatendo como a Política Nacional de Saúde Mental incorpora e enfrenta os determinantes sociais do adoecimento mental das mulheres. Entre os resultados mais relevantes deste trajeto, ressalta-se a importância das categorias das relações patriarcais de gênero, consubstancialidade, divisão sexual do trabalho e da família para a compreensão da dinâmica social, das condições de vida das mulheres e das inúmeras violências instauradas na sociabilidade heteropatriarcal-machista-racista-capitalista-burguesa, centrada na intensificação da psiquiatrização, medicalização, patologização e farmacologização das particularidades e singularidades do adoecimento mental. Essa apreensão, portanto, leva em conta a consubstancialidade das relações de classe, raça e gênero. Ressalta-se a especificidade de contradições existentes na realidade brasileira, da função da manicolonialidade e dos seus rebatimentos. Por fim, é evidenciado nas Políticas de Saúde Mental e na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher as possibilidades de superação e enfrentamentos, imbuído de desafios, considerando a conjuntura de avanços contraditórios, retrocessos e desfinanciamentos.

Palavras-chave: Relações patriarcais de gênero; adoecimento mental; mulheres; política de saúde.

ABSTRACT

The psychic illness and experience of disease are constructed differently for men and women, as gender power inequalities affect women's health more intensely. This issue is related to women's historical position in society, as the psychiatric asylum was used as a space of violence and isolation for bodies considered deviant. In light of this reality, the main objective of this work is to discuss the social and historical determinants of women's mental illness. To accomplish this task, the investigation is based on a set of theoretical, methodological, and historical-political references. The methodology used includes bibliographic and documentary research, taking into account the gaps that still exist in academic production regarding the themes that permeate the investigation. The theoretical and methodological foundation is supported by the historical-dialectical materialism method, starting from the problematization of reality and seeking the determinations and mediations that explain the problem in light of the social totality that gives it meaning: the bourgeois, patriarchal, and racist society. Based on these historical and methodological constructs, the research critically focuses on the processes of understanding the living and working conditions of Brazilian women and their implications on mental health; the historical relationship between gender and mental health policies; the categorization of women who are more vulnerable to mental illness; and finally, the debate on how the National Mental Health Policy incorporates and addresses the social determinants of women's mental illness. Among the most relevant results of this journey, the importance of categories such as patriarchal gender relations, consubstantiality, sexual division of labor, and family are highlighted for understanding the social dynamics, women's living conditions, and the numerous violence instigated in the heteropatriarchal-machist-racist-capitalist-bourgeois sociability, centered on the intensification of psychiatricization, medicalization, pathologization, and pharmacologization of the particularities and singularities of mental illness. This understanding takes into account the consubstantiality of class, race, and gender relations. The specificity of contradictions in Brazilian reality, the role of coloniality, and its repercussions are emphasized. Finally, the possibilities for overcoming and addressing these issues are evidenced in Mental Health Policies and the National Policy of Comprehensive Women's Health Care, imbued with challenges considering the context of contradictory advances, setbacks, and defunding.

Keywords: Patriarchal gender relations; mental illness ; women; health policies.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE TEÓRICO-CRÍTICA	10
2.1 A relação orgânica entre gênero e patriarcado na sociedade capitalista	10
2.2 Família, divisão sexual do trabalho e sobrecarga com os cuidados.....	24
3 REFLETINDO ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADES DE GÊNERO E ADOECIMENTO MENTAL	31
3.1 Desigualdades de gênero e adoecimento mental entre as mulheres	32
3.2 Quem são essas mulheres? As mulheres, o adoecimento mental e o retrato da realidade brasileira	39
4 POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES FRENTE AO ADOECIMENTO MENTAL FEMININO	47
4.1 A política nacional de atenção integral à saúde da mulher - PNAISM (2005) e o adoecimento mental das mulheres.....	48
4.2 A política nacional de saúde mental frente ao adoecimento da população feminina.	59
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
REFERÊNCIAS.....	68

1 INTRODUÇÃO

O estímulo para estudar essa temática surgiu, sobretudo, a partir dos atravessamentos dispostos na vida cotidiana e nos inúmeros casos de silenciamentos, dores e mal-estares vivenciados pelas mulheres da minha família, elas, em sua maioria, vítimas de violência doméstica e sexual. Parafrazeando Clarice Lispector “*[...]eu escrevo como se fosse para salvar a vida de alguém. Provavelmente a minha própria vida[...]*”. Falar sobre saúde, me faz refletir sempre na falta dela e no seu processo de retroalimentação constante, banhado por dissonâncias e sofrimentos.

Expôr as raízes preponderantes do mal-estar relacionado ao gênero diz muito do que emerge conflituosamente nos meus pensamentos habituais. Dispor sobre essa temática deflagra as minhas afetações mais primordiais e inquietantes. Como diria Raduan Nassar, em *Lavoura Arcaica*, “*desde minha fuga, era calado minha revolta (tinha contundência o meu silêncio! tinha textura a minha raiva!) que eu, a cada passo, me distanciava lá da fazenda, e se acaso distraído eu perguntasse “para onde estamos indo?” - não importava que eu, caminhando, me conduzisse para regiões cada vez mais afastadas, pois haveria de ouvir claramente de meus anseios um juízo rígido, era um cascalho, um osso rigoroso, desprovido de qualquer dúvida: “estamos indo sempre para casa”*”

É indissociável na minha construção enquanto sujeito o desejo de compreender os rebatimentos e as determinações sociais do adoecer psíquico das mulheres. Adentrando no espaço acadêmico, esse conflito ficou cada vez mais exposto e aparente. A monografia tem como centralidade a discussão das determinações sociais do adoecimento mental das mulheres, que por sua vez, foi potencializada pela experiência vivenciada no Campo de Estágio Obrigatório que possibilitou associar as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa, articulando a formação e atuação profissional no Hospital Geral Dr. João Machado, que por muitas décadas foi referência em atendimento psiquiátrico, seja com emergências ou de modo ambulatorial.

Além disso, no processo de construção do relatório de estágio, foi notado uma inquietação acerca da caracterização das usuárias e suas particularidades no que tange à categoria gênero e patriarcado, com questionamentos acerca de quem são essas mulheres, qual seu histórico familiar, se possuem relatos de violência ou abuso, se apresentam uma carga horária de trabalho superior à sua capacidade ou se desenvolvem funções e trabalhos domésticos para além dos seus ofícios, entre outras questões. A vivência e os relatos das mulheres do João Machado, de forma recorrente, ecoaram em questionamentos fundamentais.

Boa parte da observação nesse período foi preponderante para absorção das maneiras distintas do rebatimento do adoecer mental na vida das mulheres, suas preocupações pujantes, os relatos de abuso e as violências cotidianas. É certo que, os desvelamentos revelados nesse espaço-tempo do hospital não irão abarcar toda a totalidade vivenciada por cada mulher em seu contexto familiar e de vida, de modo geral.

Entendendo a importância da garantia dos direitos enquanto uma questão de direitos humanos, a formulação de argumentos em defesa da construção de políticas públicas voltadas para esta expressão da questão social, assim como para a formação de um pensamento crítico na sociedade que envolva uma conscientização social capaz de reivindicar uma atuação estatal eficiente, oferecendo-lhes um aparato funcional nas áreas não somente da saúde, mas também em educação, segurança, habitação e restauração familiar, para que esse grupo social possa ser reintegrado à dinâmica da sociabilidade capitalista com condições dignas de sobrevivência e desenvolvimento.

Por isto, a relevância deste estudo para a nossa formação enquanto profissionais do Serviço Social, tanto no aspecto pessoal de enriquecimento intelectual das nossas futuras ferramentas de trabalho, quanto no aspecto social da profissão, que se enriquece ao evoluir teórica-dialeticamente.

O intenso processo de burocratização das políticas somado com o obstáculo de acesso à informação de qualidade (clara, objetiva, crítica e elucidativa) contribui ainda mais para o não acesso a essas políticas e benefícios. Apesar da maior parte do corpo institucional de Serviço Social do HGJM seguir com um projeto que busque reduzir esses abismos, o profissional lida com desafios indissociáveis à questão social a lógica de acumulação de capital, tendo em vista que as demandas postas circundam a materialidade da vida cotidiana e seus inúmeros entraves e correlações.

Ademais, acresce-se o histórico acadêmico com leituras acerca do tema que despertam interesse e curiosidade para apreensão de uma forma mais concernida dessa temática de Saúde Mental e Mulheres no âmbito do Serviço Social. O âmbito da ‘loucura’ foi e é socialmente estigmatizado e incompreendido e notou-se a importância do período de estágio para redimensionar e apreender novos saberes que se distanciam de práticas e visões preconceituosas, medicalizantes e que segregam as mulheres em adoecimento mental.

Em segunda instância, é importante salientar que aproximadamente 70% do público que utilizou o serviço do SUS (a pesquisa não especifica em qual serviço) no ano de 2020 era composto por mulheres e 60,9%, eram pretas ou pardas, de acordo com dados do IBGE (2020).

Assim sendo, tornou-se essencial investigar esse quantitativo, levando em consideração que as históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres implicam num forte impacto nas condições de saúde destas últimas (ARAÚJO, 1998).

Soma-se a esses fatores a problemática referente ao lugar ocupado pela mulher na sociedade, tendo em vista que historicamente o manicômio foi tido como local de tratamento com práticas violentas e de isolamento dos corpos desviantes. A relação da medicina com o corpo feminino, principalmente do século XV ao XVIII, centra-se na sua capacidade reprodutiva, a qual os aspectos morais das mulheres seriam vinculados e consonantes. Assim sendo, seriam as mulheres maternais, dóceis, cuidadosas, pacientes, entre outras características (PRIORE, 2006).

Outrossim, esta temática ganha relevância quando se percebe o baixo quantitativo de materiais acadêmicos que versam sobre essa temática. Ao me debruçar sobre essa questão foi possível notar uma lacuna no debate da Questão da Saúde Mental e suas relações com o gênero no âmbito do Serviço Social, o que acaba por reiterar e invisibilizar essa pauta para a categoria profissional e para as Instituições, além de diminuir o arcabouço teórico e acadêmico desse estudo. A falta de diálogo sobre o tema afeta diretamente no fazer diário do(a) Assistente Social atuante e de suas repercussões na sociedade.

O objetivo central do trabalho é discutir os determinantes sociais e históricos do adoecimento mental de mulheres. Os específicos agregam-se da seguinte forma: a) Apreender as condições de vida e de trabalho das mulheres brasileiras e suas implicações sobre a saúde mental; b) compreender a relação histórica entre gênero e políticas de saúde mental; c) Perscrutar quem são as mulheres acometidas por maior vulnerabilidade ao adoecimento mental; e d) identificar como a política nacional de saúde mental incorpora e enfrenta os determinantes sociais do adoecimento mental das mulheres.

Para alcançar estes objetivos, como metodologia, foi utilizada a pesquisa bibliográfica e documental. Além disso, a monografia apoiou-se como método investigativo no material produzido no diário de campo e no relatório de estágio produzido nos Estágio I e II, compreendendo que esses materiais possuem interlocução com as categorias do Trabalho de Conclusão de Curso e serviram como arcabouço para o seu desenvolvimento.

A fundação metodológica apoiou-se no método o materialismo histórico-dialético, partindo da problematização do real e buscando as determinações e mediações que explicam o problema à luz da totalidade social que lhe dá significado: a sociedade burguesa, patriarcal e racista. O trabalho também utilizou de uma Pesquisa documental sobre a política nacional de saúde mental e documentos relativos/orientadores da sua implementação.

A exposição da pesquisa trilhará três partes de desenvolvimento. No primeiro capítulo, intitulado Gênero como uma categoria de análise teórico-crítica, se contextualiza e fundamenta o debate. Nesse primeiro capítulo são abordadas brevemente as diferentes acepções da categoria gênero e patriarcado, as relações sociais que produzem as desigualdades de gênero e determinam a opressão e exploração na vida das mulheres. Além disso, dispõe sobre a naturalização imposta ao gênero feminino e suas problemáticas. Nessa instância inicial, é feito um percurso histórico que examina essa categoria, sendo basilar para dar continuidade aos capítulos seguintes. Considerou-se fundamental estudar as relações intrínsecas e repercussões na esfera do gênero e suas demandas socialmente impostas, visando também entender as chamadas desigualdades de gênero e a situação social das mulheres, na sua articulação com as desigualdades de classe e raça, com o objetivo de apreender as determinações sociais do adoecimento mental neste grupo social. O item 2.1 irá se debruçar na relação orgânica entre gênero e patriarcado na sociedade capitalista e o 2.2 terá como centralidade a discussão da família, divisão sexual do trabalho e sobrecarga com os cuidados.

No terceiro capítulo, é analisada a relação entre desigualdades de gênero e adoecimento mental, tratando como as desigualdades de gênero, resultado das relações sociais do patriarcado capitalista e racista, sobretudo a sobrecarga na divisão do trabalho no âmbito das famílias, implica em adoecimento mental entre as mulheres. E como estas condicionantes sociais estão sendo, se estão tratadas ou se permanecem objeto de invisibilidade no âmbito das políticas sociais de saúde das mulheres e naquela voltada para a saúde mental. O item 3.1 aborda as desigualdades de gênero e adoecimento mental entre as mulheres, e no 3.2 discute a consubstancialidade das relações sociais e se tecem questionamentos acerca de quem são essas mulheres. Considerando a consubstancialidade, realizando uma busca dos determinantes da categoria gênero e seus rebatimentos na saúde mental: o retrato da realidade brasileira.

No quarto capítulo, o debate se volta para perscrutar a política de saúde mental frente ao adoecimento psíquico das mulheres (discussão dos resultados da pesquisa documental), traçando uma investigação acerca da conjuntura das Políticas Públicas no Brasil, com o enfoque no gênero feminino. Neste capítulo, é feito um estudo documental exploratório sobre duas políticas - a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política Nacional de Saúde Mental - identificando: como as mulheres estão incorporadas nas ações; quem são estas mulheres, isto é, se há uma perspectiva que considera as múltiplas desigualdades que as afetam (de gênero, classe e raça) e, por fim, qual a concepção de saúde mental que orienta as possíveis iniciativas. As considerações finais, por sua vez, apresentam a síntese do percurso traçado, os principais resultados deste estudo e os desafios que se apresentam para o futuro.

2 GÊNERO COMO CATEGORIA DE ANÁLISE TEÓRICO-CRÍTICA

Visando contextualizar e alavancar o debate, nesse primeiro capítulo serão discutidas as raízes históricas do patriarcado, das desigualdades de gênero e da opressão e exploração das mulheres, buscando fazer um caminho histórico que analise essa categoria para dar prosseguimento aos capítulos seguintes. Torna-se essencial estudar as relações intrínsecas e rebatimentos na esfera do gênero e suas demandas impostas socialmente, visando também compreender as chamadas desigualdades de gênero e a situação social das mulheres, na sua articulação com as desigualdades de classe e raça, com vistas a apreender as determinações sociais do adoecimento mental neste grupo social.

2.1 A relação orgânica entre gênero e patriarcado na sociedade capitalista

“Se não posso dançar, não é minha revolução” Emma Goldman

Na tentativa de buscar uma formulação precisa do ponto de partida da discussão, vale ressaltar a enorme dificuldade em estabelecer uma delimitação uniforme baseada nos constructos históricos e ontológicos das relações sociais e das relações patriarcais de gênero, e que contemplem, no processo de investigação, uma demarcação atribuída das concepções teórico-críticas do movimento dialético da sociedade e da sua materialidade histórica, desse modo, torna-se essencial pontuar as diversas perspectivas do significado das relações sociais de gênero e os conflitos abordados por algumas teóricas. Adentrando, pois, a discussão, torna-se essencial investigar a problemática do gênero e do lugar ocupado pelas mulheres no seio da sociedade capitalista e da sua intrínseca relação com o patriarcado. Entretanto, é de suma importância esclarecer que o conceito de gênero possui diversos panoramas. Isso pode ser justificado na seguinte fala:

O conceito de gênero foi/é dotado de diversas perspectivas. Diversidade esta, provocada tanto pelas polêmicas teóricas e políticas no interior das ciências humanas e exatas, quanto por ser uma categoria que possui um estudo relativamente recente (CISNE, 2009, p. 28).

Tendo em vista a ampla diversidade de conceitos, é interessante elucidar previamente uma definição universal exposta no Novo Dicionário da Língua Portuguesa, em que gênero, gramaticalmente, é considerado uma categoria que atribui uma segmentação dos nomes e se

baseia em alguns parâmetros como sexo e ligações psicológicas. Desse modo, consideram-se os gêneros masculino, feminino e neutro (FERREIRA, 1986).

Contrapondo essa codificação dos sentidos através da palavra, Scott (1989), uma historiadora norte americana, pontua em seu artigo sobre gênero como uma categoria útil para a análise histórica, que aqueles que apenas buscam decifrar unicamente a desinência¹ da palavra, irão cair num campo falho, tendo em vista que as palavras possuem uma história e uma significação ampla que vai para além do uso deliberadamente da palavra e da sua referência gramatical.

No campo feminista, por sua vez, a palavra “gênero” apareceu inicialmente com as feministas americanas que, segundo Scott (1989, p. 3), insistiam “no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo”. Indicando uma recusa ao determinismo biológico implícito na “diferença sexual” ou apenas na utilização do termo “sexo”.

Entretanto, de acordo com Scott (1989, p.1), as feministas que produziram estudos sobre a questão das mulheres, utilizavam o termo gênero para inserir uma noção relacional no vocabulário analítico. Nessa perspectiva, “as mulheres e homens eram definidos em termos recíprocos e nenhuma compreensão de qualquer um poderia existir através do estudo inteiramente separado”. Seguindo as pontuações da autora:

Na sua utilização recente mais simples, “gênero” é sinônimo de “mulheres”. Os livros e artigos de todos os tipos que tinham como tema a história das mulheres substituíram, nos últimos anos, nos seus títulos o termo “mulheres” por “gênero”. Em alguns casos, mesmo que essa utilização se refira vagamente a certos conceitos analíticos, ela visa, de fato, obter o reconhecimento político deste campo de pesquisas. Nessas circunstâncias, o uso do termo “gênero” visa sugerir a erudição e a seriedade de um trabalho, pois “gênero” tem uma conotação mais objetiva e neutra do que “mulheres”. “Gênero” parece se ajustar à terminologia científica das ciências sociais, dissociando-se, assim, da política (supostamente ruidosa) do feminismo. Nessa utilização, o termo “gênero” não implica necessariamente uma tomada de posição sobre a desigualdade ou o poder, nem tampouco designa a parte lesada (e até hoje invisível). Enquanto o termo “história das mulheres” proclama sua posição política ao afirmar (contrariamente às práticas habituais) que as mulheres são sujeitos históricos válidos, o termo “gênero” inclui as mulheres, sem lhes nomear, e parece, assim, não constituir uma forte ameaça. Esse uso do termo “gênero” constitui um dos aspectos daquilo que se poderia chamar de busca de legitimidade acadêmica para os estudos feministas, nos anos 80. (SCOTT, 1995, p. 75).

¹ Desinências são partículas localizadas no final das palavras para indicar as flexões de gênero e de número dos nomes e as flexões de número, pessoa, tempo e modo dos verbos.

Nathalie Davis, por sua vez, pontuou em 1975 que o objetivo central no interesse pelo estudo de gênero era “descobrir a amplitude dos papéis sexuais e do simbolismo sexual nas várias sociedades e épocas, procurando seu sentido e como funcionavam para manter a ordem social e mudá-la”.

Seguindo as pontuações de Joan Scott, uma nova história se formava naquele momento, uma história que iria alargar e redefinir as noções pré-estabelecidas, incluindo e considerando as atividades políticas e públicas e ampliando o estudo que abarcava somente a experiência pessoal e objetiva. Segundo a autora, essa pontuação das feministas se deu de modo precoce. Dessa forma, o interesse pelas categorias de classe, raça e gênero, simultaneamente, iriam considerar uma história e uma análise que incluísse os oprimidos, buscando seus sentidos e a natureza da sua opressão.

O desafio teórico se estabelece na dificuldade de associar as paridades entre os termos de raça, classe e gênero. De acordo com a autora, não existia uma unanimidade entre as historiadoras feministas sobre o conceito de classe, por exemplo, levando em conta que algumas pesquisadoras utilizavam as noções de Weber, já outras, teorizaram nos fundamentos de Marx. Além disso, ela afirma que não há uma associação entre raça e gênero com a categoria classe. Desse modo, Scott critica a compreensão dessas historiadoras, considerando que é necessária uma ligação entre a história do passado e as práticas históricas atuais.

Assim sendo, Scott reforça o questionamento de como se dá o funcionamento do gênero nas relações humanas atuais e qual o papel do gênero na construção e percepção do conhecimento histórico. Desse modo, torna-se essencial estudar com empenho a categoria gênero para decifrar essas indagações.

De acordo com a autora, o gênero revela as “construções sociais” e isso indica a formação social das ideias sobre as relações sociais de gênero representativas tanto para os próprios homens quanto para as mulheres. Com o avanço dos estudos sobre gênero e sexualidades, o gênero começa a ser discutido como categoria útil.

Com a utilização da palavra em uma outra perspectiva, a utilização do termo “gênero” enfatiza todo o sistema de relações e que pode incluir o sexo, mas esse não está unicamente subordinado pelo sexo e não determina a sexualidade. Desse modo, Joan Scott pontua que o gênero é um elemento integrante das relações sociais, portanto, o gênero seria uma forma primeira de manifestar as relações de poder (SCOTT, 1995, p. 21).

Avançando nessa discussão, Heleieth Saffioti, socióloga marxista, professora e militante, pontuou em 1987, que na ordem patriarcal o poder está centrado na figura do macho, branco, e de preferência heterossexual. Ademais, as mulheres são limitadas e precocemente

cerceadas, essencialmente, na expansão do campo lógico, do uso da razão e do exercício de poder. “Elas são socializadas para desenvolver comportamentos dóceis, cordatos, apaziguadores. Os homens, ao contrário, são estimulados a desenvolver condutas agressivas, perigosas, que revelam força e coragem” (SAFFIOTI, 2004, p. 35).

O patriarcado serve aos interesses dos grupos/classes dominantes (SAFFIOTI, 1969; 1987) e o sexismo não é meramente um preconceito, sendo também o poder de agir de acordo com ele (JOHNSON, 1997). No que tange ao sexismo, o portador de preconceito está, pois, investido de poder, ou seja, habilitado pela sociedade a tratar legitimamente as pessoas sobre quem recai o preconceito da maneira como este as retrata. Em outras palavras, os preconceituosos – e este fenômeno não é individual, mas social – estão autorizados a discriminar categorias sociais, marginalizando-as do convívio social comum, só lhes permitindo uma integração subordinada, seja em certos grupos, seja na sociedade como um todo.

Dando seguimento à apreensão histórica do patriarcado e da dominação masculina, [...] Walby (1989), caracteriza o patriarcado como “um sistema de estruturas e práticas sociais em que os homens dominam, oprimem e exploram as mulheres”. Todavia, ela faz uma subdivisão em seis categorias: a exploração do trabalho das mulheres por seus maridos; as relações no âmbito do trabalho remunerado; o Estado; a violência masculina; a sexualidade; e, finalmente, a cultura. Walby, por sua vez, nega qualquer papel à biologia. “Patriarcado pertence totalmente à ordem social” (LOVELL, 1996).

Dessa forma, é relevante salientar que a ideologia sexista se corporifica em relações de subordinação e dominação:

O sentido figurado da corporificação das ideologias em geral e da sexista em especial reside no vínculo arbitrariamente estabelecido entre fenômenos: voz grave significa poder, ainda que a pessoa fale baixo. O porquê disto encontra-se na posição social dos homens como categoria social em relação à das mulheres. A voz grave do assalariado não o empodera diante de seu patrão, pois o código na estrutura de classes é outro (SAFFIOTI, 2004, p.124).

Partindo dessa proposição, a autora reitera a intrínseca relação entre sexismo e racismo. Fazendo um resgate histórico, nota-se que o racismo, base do escravismo, e o sexismo, articulasse nas protoformas do regime escravocrata. Prova disso está na seguinte afirmação feita por Saffioti:

Os homens eram temidos, em virtude de representarem grande risco de revolta, já que dispõem, em média, de mais força física que as mulheres, sendo, ainda, treinados para enfrentar perigos. Assim, eram sumariamente

eliminados, assassinados. As mulheres eram preservadas, pois serviam a três propósitos: constituíam força de trabalho, importante fator de produção em sociedades sem tecnologia ou possuidoras de tecnologias rudimentares; eram reprodutoras desta força de trabalho, assegurando a continuidade da produção e da própria sociedade; prestavam (cediam) serviços sexuais aos homens do povo vitorioso (SAFFIOTI, 2004, p.124).

As relações patriarcais de gênero (ALMEIDA, 2016) em sua instância, não se limita ao campo “social”, com a discriminação salarial das trabalhadoras “sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos”, mas também adentra no corpo, quer como força de trabalho quer como objeto sexual, ou ainda, como reprodutora de outros seres humanos. Desse modo, as mulheres foram/são induzidas a implementarem a base desse constructo social sexista e avassalador.

Seguindo a perspectiva de Saffioti, nota-se que ela faz uma crítica a Joan Scott, que verifica apenas a categoria gênero no campo simbólico e discursivo, engendrado em sua forma substantiva, trazendo um caráter neutro. Desse modo, não fica evidente nas pontuações de Joan Scott quem seria o dominante e o dominado na sociedade. Saffioti, no entanto, atribui-se a concepção de gênero através de uma formulação histórica e materialista. De acordo com a autora marxista, o material utilizado nas contribuições de Scott, que são retirados de um dicionário, fortalecem a visão analítica da categoria gênero. Além disso, Joan focaliza intensamente o aspecto do discurso, que por sua vez, é sem sujeito e esvaziado de uma análise mais profunda, enfatizando o conceito de gênero como um simples substituto de “mulheres”, não apontando as desigualdades presentes e qual seria a parte oprimida. Reitera a autora:

Assim, criticando o conceito de patriarcado com base na concepção de que este constructo mental se baseia nas diferenças de sexo, condena sua a-historicidade, apontando o perigo de se transformar a história em mero epifenômeno (SAFFIOTI, 2004, p. 112).

Desse modo, Saffioti reitera que apesar de valioso, o estudo de Scott não se aprofunda e dimensiona a conexão entre as relações patriarcais de gênero e as relações de poder. Heleieth sinaliza que é necessário a colocação em duas modalidades essenciais entre gênero e poder, assim sendo, o poder pode ser partilhado de forma democrática, ora gerando liberdade, como também, arbitrariamente, criando distâncias e desigualdades. Entretanto, é de extrema importância verificar as provas suficientes da primeira alternativa que se refere à integração igualitária.

Em sentido confluyente à crítica à categoria gênero e relações de poder, a autora sinaliza os estudos de Thompson e suas limitações tendo em vista o período em que foram desenvolvidas. Para Saffioti, o contexto em que se inserem as contribuições de Thompson abordaram, entre outros aspectos, as mulheres da classe trabalhadora inglesa de uma forma que não as excluísse, entretanto, marginalizam as mulheres nas fábricas na Revolução Industrial. Essa proposição confirma-se na seguinte interlocução:

[...] O autor não revela a participação feminina no próprio processo de construção desta classe. Trata-se de mostrar como o gênero, historicamente milênios anteriores às classes sociais, se reconstrói. [...] Se reconstrói/constrói juntamente com uma nova maneira de articular relações de poder: as classes sociais (SAFFIOTI, 2004, p.114).

Avançando na discussão acerca das relações de poder, evidencia-se que as classes sociais e o gênero não se dão do mesmo modo e possuem sua gênese em diferentes momentos da história. Scott, em suas contribuições, relata que as discussões de gênero remontam ao início da humanidade, em torno de 250-300 mil anos, no que tange às classes sociais, se inserem como um fenômeno intrinsecamente conectado com o capitalismo e, “mais propriamente, à constituição da determinação industrial deste modo de produção, ou seja, à Revolução Industrial” (SAFFIOTI, 2004, p.115). Assim sendo, as classes sociais se constituem como um fenômeno imbricado. Em contrapartida, o gênero sofre diversas alterações que são postas com a ascensão das classes sociais.

No que se refere ao desdobramento do patriarcado, torna-se relevante delimitar sua reestruturação no modo de produção capitalista. Silvia Federici aborda no livro *O Calibã e a Bruxa*², a acumulação capitalista e a acumulação do trabalho e sua vinculação na vida das mulheres, especificamente, no contexto europeu. A autora desenvolve a discussão no contexto em que a violência se tornou a alavanca principal no desenvolvimento do capitalismo e da acumulação primitiva. Explica Federici:

O desenvolvimento capitalista exigiu um imenso salto na riqueza apropriada pela classe dominante europeia e no número de trabalhadores colocados sob o seu comando. Em outras palavras, a acumulação primitiva consistiu uma imensa acumulação de força de trabalho- “trabalho morto”, na forma de bens roubados, e “trabalho vivo”, na forma de seres humanos postos à disposição para sua exploração (FEDERICI, 2017, p.121).

²FEDERICI, Silvia. *Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante, 2017, p.120-148.

A transição do feudalismo para o capitalismo gerou modificações que alteraram a posição social das mulheres, particularmente as proletárias. Essas medidas foram essencialmente implementadas com o objetivo de encontrar novas maneiras de recrutar e segmentar a força de trabalho das mulheres. No desenvolvimento da ordem capitalista na Europa, merecem destaque a privatização da terra e a Revolução dos Preços.

Realizando um breve resgate histórico e cronológico, a autora pontua que desde o início do capitalismo a expropriação de terras do povo da sua base fundiária se fez presente. Esse processo, cercado de guerra, privatização da terra e expansão colonial, manifestou-se de maneira diversa: aumento de aluguel e impostos elevados, despejo de inquilinos, etc.

Federici cita que durante a Reforma Religiosa, numerosos contratos de arrendamento foram anulados quando as terras da Igreja foram confiscadas, “tudo isso sendo realizado a partir da apropriação de terras massiva por parte da classe alta” (FEDERICI, 2017, p.132).

O processo de desenvolvimento do capitalismo “operou em perfeita harmonia” com o empobrecimento da população rural (LIS; SOLY, 1979, p.102). Vale destacar que no século XVI, as terras comunais eram frequentemente subestimadas na literatura como fonte de preguiça e desordem. Entretanto, essas terras eram essenciais para a subsistência de muitos pequenos fazendeiros e lavradores, além de encorajar decisões coletivas e cooperação no trabalho. As terras comunais também serviam como base material para a solidariedade e sociabilidade entre os camponeses, com um papel socialmente importante para as mulheres que, com menos direitos sobre a terra e poder social limitado, dependiam ainda mais dessas terras para subsistência, autonomia e sociabilidade.

Com a abolição do sistema de campos abertos e a cercagem das terras comunais, a rede de relações de cooperação que existia no vilarejo feudal desmoronou. Desse modo, a terra foi privatizada e os abismos econômicos se agravaram. A autora destaca que conseqüentemente, o campesinato se tornou polarizado não apenas por diferenças econômicas cada vez mais intensificadas, mas também por uma teia de hostilidades e ressentimentos.

Todavia, as mulheres tiveram uma forte influência na resistência a esse cercamento das terras. “Alguns protestos eram inteiramente femininos. Em 1607, 37 mulheres, lideradas por uma tal “Capitã Dorothy”, atacaram mineiros de carvão que trabalhavam nos campos comuns do vilarejo de Yorkshire” (FEDERICI, 2017, p.143).

Ademais, o fenômeno de alteração da economia de subsistência para monetária, através da expropriação e desintegração do vilarejo comunitário, repercutiu negativamente no dia a dia das mulheres. Explica a autora:

Para elas, era muito mais difícil tornar-se “vagabundas” ou trabalhadoras migrantes, pois uma vida nômade as expunha à violência masculina, especialmente num momento em que a misoginia estava crescendo. As mulheres também tinham mobilidade reduzida devido a gravidez e ao cuidado dos filhos. As mulheres tampouco podiam se tornar soldados pagos, sendo expulsas dos campos de batalha (FEDERICI, 2017, p.144).

O lugar ocupado pelas mulheres se estabeleceu no campo reprodutivo. As relações sociais, por sua vez, foram modificadas e diferenciadas sexualmente. Com o surgimento do novo regime monetário, apenas a produção destinada ao mercado foi reconhecida como uma atividade geradora de valor, enquanto a reprodução do trabalhador perdeu sua importância econômica, deixando de ser reconhecida como trabalho. A reprodução da força de trabalho que ocorria no âmbito doméstico e sua contribuição para a acumulação de capital foram negligenciadas e mascaradas como uma suposta vocação natural, sendo rotuladas como 'trabalho feminino'.

Esse assujeitamento das mulheres ao trabalho reprodutivo afetou na instância em que a dependência das mulheres aumentou em detrimento dos homens, já que tanto o Estado quanto os empregadores utilizam o salário masculino como uma ferramenta para controlar o trabalho feminino.

Com essa separação entre a produção de mercadorias e a reprodução da força de trabalho, foi aberto o caminho para o desenvolvimento de um uso capitalista específico do salário e dos mercados como instrumentos para acumulação de trabalho não remunerado. Isso permitiu que a exploração do trabalho se intensificasse ainda mais, pois a produção de valor era separada do trabalho necessário para a reprodução da força de trabalho, o que perpetuou a exploração das mulheres e marginalizados que historicamente foram responsáveis por essa reprodução.

A desvalorização do trabalho reprodutivo depreciou também a força de trabalho. Assim, a manipulação monetária se estabelecia com a privatização da terra e sua utilização pelo Capital para gerar meios de exploração e acumulação e não apenas de subsistência. Nesse ínterim, destaca Safiotti:

Para amarrar melhor esta questão, precisa-se juntar o racismo. O nó (SAFFIOTTI, 1985, 1996) formado por estas três contradições apresenta uma qualidade distinta das determinações que o integram. Não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta desta fusão. Como afirma Kergoat (1978), o conceito de superexploração não dá conta da realidade, uma vez que não existem apenas discriminações quantitativas, mas também qualitativas. Uma pessoa não é discriminada por ser mulher, trabalhadora e negra. Efetivamente, uma mulher

não é duplamente discriminada, porque, além de mulher, é ainda uma trabalhadora assalariada. Ou, ainda, não é triplamente discriminada. Não se trata de variáveis quantitativas, mensuráveis, mas sim de determinações, de qualidades, que tornam a situação destas mulheres muito mais complexa (SAFFIOTI, 2004, p.115).

Consonante à percepção da autora, torna-se fundamental analisar as relações entre classe e raça/etnia, com as relações sociais de sexo de modo dialético e que determina o sujeito totalizante: a classe trabalhadora (CISNE, 2018, p.40). Essa unidade dialética, por sua vez, envolve-se inerentemente com as subestruturas básicas de poder no mundo do capital: classe, sexo, “raça” /etnia. Portanto, é basilar considerar as contradições envolvidas nesse “nó”, visto que a dinâmica de cada uma condiciona uma nova realidade, enovelada por uma lógica contraditória.

Esse nó, de acordo com Danièle Kergoat, não pode ser facilmente desatado no âmbito das práticas sociais, mas somente na perspectiva de análise sociológica. “Uma vez que as relações sociais de classe, sexo e “raça” são “coextensivas”, ou seja, ao se desenvolverem, elas se “reproduzem mutuamente” (KERGOAT, 2010, p.94). Trilhando esse rumo, Kergoat reitera que há um “imperativo materialista” a ser percebido nessas relações de classe, “raça” e sexo. Conforme a autora pondera, essas relações são de produção, entretanto, estão nelas atravessadas relações de dominação e de opressão. Nesse sentido, Kergoat chama atenção para a necessidade de analisar minuciosamente como se dá a apropriação do trabalho de um grupo por outro, sendo basilar retornar os estudos acerca das disputas materiais e ideológicas das relações sociais. Progredindo nessa direção analítica, aponta Antunes sobre as relações entre classe e sexo:

As relações entre gênero e classe nos permitem constatar que, no universo do mundo produtivo e reprodutivo, vivenciamos também a efetivação de uma construção social sexuada, onde os homens e as mulheres que trabalham, são, desde a infância e a escola, diferentemente qualificados e capacitados para o ingresso no mercado de trabalho. E o capitalismo tem sabido apropriar-se desigualmente dessa divisão sexual do trabalho (ANTUNES, 1999, p.109).

Para Saffioti (1987), analisando a dominação masculina enovelada à classe social e raça, por mais que o homem se sinta explorado por outros homens e por mulheres no mundo do trabalho, ele sempre poderá impor seu poder a uma mulher, porque no final sempre terá um “capital de gênero”, atribuído socialmente, que lhe assegura a condição de dominador por ser considerado superior à mulher.

Isto significa, portanto, que analisar a particularidade da mulher no mundo do trabalho nos leva a perceber que a “a classe social tem dois sexos”, proposição essa posta por Hirata e Kergoat, utilizada por Elizabeth Souza-Lobo (2011) em seu livro “A classe operária tem dois sexos”. Torna-se, desse modo, fundamental para o debate, adentrar na compreensão da organização da classe trabalhadora e da sua forma multifacetada de coexistir na sociedade capitalista.

Entender esse “nó” que é posto no encontro dialético por Saffioti, exige não somente apreender a dinâmica econômica restrita da exploração capitalista sobre a classe trabalhadora, mas sim, compreender as particularidades que diferenciam os sujeitos que estão inseridos nessa lógica de geração de lucros. Nesse ínterim, e de acordo com Marx, a classe é um fenômeno histórico e mais do que isso, “a noção de classe contém a noção de relação histórica [...] essa relação vem sempre corporificada em pessoas reais e num contexto concreto” (Thompson, 1963, p.9). Por conseguinte, não é viável considerar a classe como um conceito puramente abstrato e muito menos a-histórico. Como afirma Pougy (2012), “*Às relações de gênero, assim como as relações de classe e étnico/raciais fundamentam a vida social*” (POUGY, 2012, p.160).

Em outro viés, seguindo as proposições de Judith Butler (2012), foi apontado que o gênero não é apenas uma construção social a partir da diferença sexual, mas que a própria diferença sexual é uma construção de gênero, ou seja, o suposto fato biológico é “descoberto” a partir das possibilidades culturais.

Butler (2012) aponta o quanto o conceito de identidade é herdeiro de uma tradição metafísica ocidental marcada pela ideia de substância. Para ela, gênero não é, de maneira alguma, estável, tão pouco seria um lócus operativo de onde procederam os diferentes atos, mas antes, seria uma identidade debilmente construída no tempo, uma “identidade instituída por uma repetição estilizada de atos” (BUTLER, 1990, p. 297).

Neste sentido, para a autora, gênero é uma performance, a qual, via repetição estilizada dos atos, vai aos poucos se cristalizando, dando uma ideia (equivocada) de substancialização. Esta repetição não se dá livremente: como nos aponta a pensadora, há uma “estratégia de sobrevivência”, a qual sugere existir uma situação de coação social, claramente punitiva, na qual esta performance se dá. Assim, o tornar-se mulher ou o tornar-se homem, em nossa sociedade binária, seria “obrigar o corpo a conformar-se com uma ideia histórica” (BUTLER, 1990, p. 300) de “mulher” ou de “homem”.

Conforme afirma Santos (2009), “aquilo que parece ser algo extremamente individual, ou seja, a vivência de um conjunto de mal-estares no âmbito subjetivo, expressa regularidades que são moldadas por uma dada configuração social”.

Ou seja, o ideal do ‘ser mulher’ é vivenciado como uma escolha pessoal e não um assujeitamento. A respeito da renúncia sexual e dos traços de caráter relacionais, a ideia de “verdadeira mulher” é perpassada pelo valor da contenção/recato da sexualidade e o exercício de cuidados (amor) ao outro (BORDO, 1997; PERROT, 2003; SWAIN, 2006; ZANELLO; ROMERO, 2012) – expressos no desempenho dos papéis de esposa, dona de casa e, principalmente, mãe (SWAIN, 2011). A esfera que cabe à mulher é a da família, onde o ideal de existência que encontra é o viver para os outros. Estar fora deste espaço não é somente considerado uma violação social, mas é visto como uma “desnaturalização”.

Trazendo à luz as construções teórico-críticas produzidas em “O patriarcado desvendado³” e, mais expressamente, o capítulo que versa a contribuição de Colette Guillaumin, é possível perceber a despeito da “Prática de Poder e Ideia de Natureza”, como a natureza específica da opressão se versa e revela um traço característico e distintivo na vida das mulheres.

Nesse sentido, a apropriação é colocada como especificação da opressão e essa opressão, por sua vez, alcança o “açambarcamento da força de trabalho”. A autora salienta que essa forma de “monopolizar” ou “açambarcar” envolve características que possuem correlação com a escravidão. Assegura a autora:

O corpo é um reservatório de força de trabalho, e é, enquanto tal, que ele é apropriado. Não é a força de trabalho, distinta de seu suporte/produtor, na medida em que pode ser mensurada em “quantidades” (de tempo, de dinheiro, de tarefas), que é açambarcada, mas a sua origem: a máquina-de-força-de-trabalho (GUILLAUMIN, 2014, p.33).

À vista disso, detém-se que a apropriação é anterior lógica e historicamente a monopolização da força de trabalho do gênero feminino, pois ela não se dá somente no trabalho de modo físico, isolado e único e sim, denota a apropriação da pessoa em si.

Atrelado à concepção histórica da expressão concreta da apropriação, Guillaumin explica que a apropriação estabelece a utilização de um grupo dominante em detrimento de outro para sua utilização, servindo como instrumento de expansão de bens, prestígio e liberdade. E esse apoderamento, no que lhe toca, produz resultados e condições possíveis para sua efetivação em desfavor do aproveitamento de um grupo distinto, em razão da impossibilidade

³O patriarcado desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu. Org: Maira Abreu (1), Maria Betânia, Jules Falquet (2), Verónica Ferreira (3).

de se materializar a ação de apoderamento de forma isolada, carecendo de um conjunto de pessoas.

Como infere a autora Guillaumin (2014), através da interpretação de Verônica Ferreira, existe no grupo de mulheres uma forma diversa de “apropriar-se” e ser apropriada, distinguindo-a, assinalando assim, a diferença existente nessa determinação e distribuição de apoderamento e posse nas relações de “sexagem”. É importante salientar a especificidade do emprego do termo “sexagem”, visto que foi utilizado analogicamente aos termos de escravidão e servidão, ou seja, as mulheres são tidas como ‘coisas’.

As particularidades na apropriação do grupo feminino foram distribuídas do seguinte modo pela autora materialista Guillaumin: “Como apropriação do tempo, dos produtos do corpo, com a obrigação sexual e o encargo físico dos membros inválidos do grupo (inválidos por idade, bebês, crianças, idosos, doentes ou deficientes) bem como dos membros válidos do sexo macho” (GUILLAUMIN, 2014, p. 34).

Concerne à apropriação do tempo de forma explícita, o contrato de casamento, onde o tempo não é limitado e dilata-se nas diversas esferas da vida cotidiana, quer seja na não limitação horária do período de serviço no trabalho, nos contratos, nos dias de descanso ou feriado. Ou seja, é possível depreender que não há previsibilidade quanto à avaliação pecuniária da esposa, estando estas sempre à disposição sem qualquer tipo de garantia prévia contratual. Ao afirmar isso, a autora alega que a inferência não reverencia apenas as “esposas”, englobando todas as mulheres de modo geral, sejam elas filhas, tias, avós, irmãs etc. Tudo se passa como se a esposa pertencesse em nua-propriedade ao esposo e a classe das mulheres pertencesse em usufruto a cada homem e, particularmente, a cada um que tenha adquirido a utilização privada de uma delas. (GUILLAUMIN, 2014, p.35)

Quanto à utilização do tempo, é circunscrito que as mulheres ocupem os espaços de limpeza, higiene, vigília, alimentação das crianças e estejam a todo momento dedicadas a ouvir as aspirações masculinas.

No que se relaciona à apropriação dos produtos do corpo, é fortificante para o debate, esclarecer e assimilar a importância que o casamento impõe na vida das mulheres, de modo que até a quantidade de filhos não é posta em questão contratual ou aprovação da esposa. Firma-se que “O corpo individual material das mulheres pertence, tanto no que ele fabrica (os filhos) quanto nas suas partes destacáveis (os cabelos, o leite...), a outro, como era o caso na escravidão de plantation” (GUILLAUMIN, 2014, p.37).

Sucedem-se a isso, a obrigação sexual, que também se torna um fator significativo na apropriação das mulheres. O uso físico é operado como forma de exercer poder. Esse uso pode

se dar de dois modos, seja no uso físico-sexual advindo do casamento, ou por meio da prostituição, essa última tendo como propulsora o uso monetário como prática de apossar-se do corpo e usurpá-lo.

Acerca do encargo físico dos membros dos grupos, socialmente, as tarefas são postas compulsoriamente. Um exemplo dessa ocorrência se dá na perspectiva em que a mulher habitualmente é sujeitada a exercer tarefas e funções de manutenção dos idosos, crianças e enfermos, representando as relações típicas de sexagem.

Com a proeminência dos distintos moldes de apropriação, interpreta-se que o trabalho, o tempo, o serviço e vida das mulheres não são vistos, mas menosprezados e invisibilizados, de tal forma que, ao estar enraizado no cotidiano a manutenção torna-se quase que automática, esvaziando-se de qualquer questionamento acerca da apropriação privada e coletiva das mulheres.

Encadeando as ideias anteriormente discutidas, é salutar ponderar o impacto do discurso da natureza na manutenção dessa lógica de apoderamento das mulheres. Tendo em vista que a associação feita da natureza e apropriação, estão sob o prisma da visão coisificada e utilitarista, onde “um objeto está sempre em seu lugar e ele sempre servirá à finalidade a que se destina. É a sua natureza. Esse tipo de finalidade acompanha as relações de poder das sociedades humanas.” (GUILLAUMIN,2014, p.65). Assim sendo, o ideário do utilitarismo, afirma a autora:

Pode ser chamado de racismo, pode ser chamado de sexismo, ele retorna sempre à afirmação de que a Natureza, esta recém-chegada que tomou o lugar dos deuses, fixa as regras sociais e chega a ponto de organizar programas genéticos especiais para aqueles que são socialmente dominados. (GUILLAUMIN,2014, p.65).

Ao adentrar sobre as proposições da “diferença natural” posta entre homens e mulheres, é notoriamente visualizado o impacto que a relação material-corporal estabelece na relação de poder e dominação. Construindo, assim, facetas para um ordenamento centrado na apropriação do corpo, perpassado pela lógica da reificação do objeto, quer seja, o gênero feminino. Evidencia Guillaumin (2014):

No discurso sobre a sexualidade das mulheres, naquele sobre a sua inteligência (a ausência ou a forma particular que a inteligência tomaria nelas), naquele sobre a sua assim-chamada intuição. Nesses três domínios, é particularmente nítido que somos consideradas como coisas, que nos veem exatamente como nós somos tratadas concretamente, cotidianamente, em todos os domínios da existência e a cada momento (GUILLAUMIN,2014, p. 67).

As mulheres, nessa instância reificada, foram e estão inseridas em um enredo puramente associado ao constrangimento natural, às deduções sem sentido lógico-racional e aos impulsos que as regem cotidianamente. Torna-se substancial compreender essa congruência da chamada

“natureza” como indicador para justificar a apropriação, quase como se fosse algo ‘impensado’ e imposto organicamente como referência a ser seguida nas relações sociais. Em contrapartida, urge ao debate a problematização desse ‘naturalismo’ que se converte em justificação da apropriação e que mantém um sistema opressor e controlador, que inferioriza e domina a mulher. Frisa a autora:

Se as mulheres são dominadas, é porque elas “não são semelhantes”, é porque elas são diferentes, delicadas, bonitas, intuitivas, não razoáveis, maternais, é porque não têm músculos, porque não têm temperamento organizador, porque são um pouco fúteis e porque não veem nada além do próprio nariz. E tudo isso acontece porque elas têm evidentemente o cérebro menor, o impulso nervoso mais lento, hormônios diferentes que causam instabilidades, porque pesam menos, têm menos ácido úrico e mais gordura, porque correm mais devagar e dormem mais (GUILLAUMIN, 2014, p. 79).

A articulação dessas diferenças consideradas como “naturais” e “ingênuas” repercutem de forma multifacetada no organismo da vida social, quer seja na ausência e restrição de direitos, lugares, falas, acesso a trabalhos, salário e independência. Sequencialmente, é detectado que a apropriação se constrói e finca seus tentáculos na apelação da concepção “Natural”, especificando que existem modos e grupos que terão “naturezas distintas” e por sua vez, irão delimitar a ausência ou não de poder. Essa ideologia da natureza, em contrapartida, repercute de modo negativo e abissal, causando efeitos e consequências políticas na sociedade.

Essa ideologia da natureza cerceia e priva a perspectiva de um pensar político-crítico das relações de gênero, produzindo uma espécie de impotência que seja capaz de contrapor o “biologismo natural”, ou como afirmaria Guillaumin, “movimentos espontâneos oriundos das profundezas da vida” (GUILLAUMIN, 2014, p. 96). Destarte, as mulheres são tidas meramente como “expressão da natureza”, sendo necessário, por sua vez, analisar a qualificação estabelecida integrada em um projeto político que indague e contraponha essas postulações “naturais”. Porventura, o caminho a ser feito deverá estabelecer uma consciência de classe contra a crença do pensamento rígido. Sendo necessário, portanto, não visualizar a natureza como a detentora de todo o poder imutável e intransferível e tão somente estabelecer nas relações sociais uma conduta genética que seja ela, por si só, a ditadora que sanciona quem será dominado.

Diante das diversas abordagens da categoria das relações sociais de gênero, a perspectiva teórica desenvolvida por Saffioti é a que mais se aproxima do debate proposto nesta discussão, sob o ângulo da reflexão acerca da relação social estruturante⁴. A partir do debate

⁴ Segundo sua teoria, as relações sociais de gênero, raça/etnia e classe são interdependentes e se entrelaçam em uma estrutura social que perpetua desigualdades e opressões. Ela argumentou que o

tecido por Saffioti, que versa sobre as determinações de classe, raça/etnia e gênero, compreendemos que o “nó” trazido pela autora está alicerçado no prisma da consubstancialidade- coextensividade das relações sociais e este, por sua vez, está inerentemente relacionado a realidade do capitalismo-patriarcado-racismo, do trabalho e de suas diversas maneiras de se expressar de modo desigual. Nesse sentido, é necessário traçar as imbricações da consubstancialidade das relações e sua estreita relação com o adoecimento mental das mulheres.

2.2 Família, divisão sexual do trabalho e sobrecarga com os cuidados

*“você sai
 permanece funcional responsiva
 você reage
 você diz oi tudo bom que tal
 você se veste corta as unhas
 você se senta se levanta
 usa as preposições corretas
 é capaz de articular plurais e singulares
 você tem seu próprio isqueiro
 você é capaz de ficar em pé na fila do banheiro
 você responde às perguntas sem chocar ninguém
 você sabe qual ônibus pegar pra voltar pra casa
 você sabe onde fica sua casa
 você se lembra dos nomes das pessoas
 você faz comentários pertinentes
 você chega na hora
 você passa despercebida
 altamente funcional”*

(Adelaide Ivánova)

Nesse ponto de nosso trabalho, objetiva-se explicar e refletir sobre a categoria trabalho e os rebatimentos no adoecimento mental, propõe também a reflexão acerca do trabalho doméstico, da má remuneração e precariedade das condições de vida dessas mulheres. Junto a isso, busca-se responder as questões acerca do lugar que o trabalho tem e sua relação com o gênero, é sintomática essa problemática? Qual a relevância? Essas mulheres apresentam uma carga horária de trabalho superior à sua capacidade ou desenvolvem funções e trabalhos domésticos para além dos seus ofícios?

patriarcado, o capitalismo e o racismo são componentes fundamentais dessa estrutura, e que para superá-la é necessário um movimento feminista que lute contra todas as formas de opressão e desigualdade.

Avançando no escopo da discussão, é basilar estudar a consubstancialidade que perpassa as relações sociais de gênero, raça e classe e os seus rebatimentos na saúde mental das mulheres, nosso objeto de estudo. Inicialmente, urge incluir no debate a categoria trabalho, em consonância com a importância dada à análise das novas configurações da divisão sexual do trabalho, abordadas, nesta instância, por Hirata e Kergoat (2007).

Considerando o enfoque dinâmico preliminar em que se posiciona o debate teórico, a divisão sexual do trabalho pode ser compreendida em decorrência das relações sociais entre os sexos. Essa configuração é caracterizada pela atribuição prioritária dos homens às atividades produtivas e das mulheres às atividades reprodutivas, juntamente à apropriação pelos homens das funções que possuem maior valor social agregado, tais como: política, religiosa, militar, entre outras.

Segundo Kergoat, embora os princípios da divisão sexual do trabalho estejam presentes em todas as sociedades conhecidas, “isso não implica que sejam imutáveis. Etnólogos/as e historiadores/as têm demonstrado abundantemente que as modalidades concretas dessa divisão variam fortemente no tempo e no espaço” (KERGOAT, 2001, p. 89).

Dito isto, a autora salienta que anterior ao modo de produção capitalista, a divisão do trabalho entre homens e mulheres possuía outra dinâmica no campo da produção e reprodução. A que se expressa no capitalismo, por sua vez, coopta a força de trabalho e a vende como mercadoria e produz uma separação entre o espaço tempo da produção e o da reprodução da força de trabalho. Nesse sentido, afirma Kergoat, que a relação entre a acumulação de capital, assalariamento da classe trabalhadora e a divisão sexual do trabalho não se consolidam sem a participação do trabalho doméstico, o que demonstra que a nova ordem social estabelecida modificou a divisão sexual em função do interesse do capital, reorganizando a dominação patriarcal. Reitera as sociólogas feministas sobre as implicações para o conhecimento do trabalho trazidas pelos estudos da divisão sexual do trabalho:

Essa nova maneira de pensar o trabalho teve muitas consequências. Por uma espécie de efeito boomerang, depois que “a família”, na forma de entidade natural, biológica, se esfacelou para ressurgir prioritariamente como lugar de exercício de um trabalho, foi a vez de implodir a esfera do trabalho assalariado, pensado até então apenas em torno do trabalho produtivo e da figura do trabalhador masculino, qualificado, branco (HIRATA; KERGOAT, 2007, p.598).

O trabalho doméstico, como cita Fougeyrollas-Schwebel (1998), “em vez de ser utilizado para questionar a estrutura da sociedade baseada no trabalho assalariado”, é atribuído

de expressões como "dupla jornada", "acúmulo" ou "conciliação de tarefas", relegando-o a um papel secundário em relação ao trabalho remunerado. Nesse sentido, a crítica realizada pela autora se estabelece na medida em que a discussão está imbuída em uma lógica contraditória, e a visão de conciliação reduz e não historiciza a problemática, tendo em vista que o trabalho doméstico não é um trabalho secundário e não há como conciliar o que é não conciliável.

Kergoat traz ao debate uma rica discussão acerca da divisão sexual do trabalho “paradigma da parceria/complementaridade”⁵ e sua contraditória⁶ prática social, tendo em vista que a “parceria” que até então, é vista de modo romantizado, naturalizado e acrítico possui caminhos distintos do que foi proposto. Na verdade, denota-se que a divisão das tarefas domésticas formula um “modelo de delegação” e de conciliação da vida familiar/vida profissional. A autora indaga a representação posta aos termos de conciliação e delegação sob a ótica das faxineiras, empregadas domésticas, babás e cuidadoras:

Elas também realizam uma delegação do trabalho doméstico e familiar a outras mulheres, mas com consequências muito diferentes sobre a vivência dessas mulheres e de seus filhos, como mostram as pesquisas sobre a migração internacional de empregadas domésticas (Parreñas, 2001; Ehrenreich, Hochschild, 2003). De fato, a internacionalização do trabalho reprodutivo como uma das consequências da externalização crescente do trabalho doméstico nos países capitalistas desenvolvidos engendra uma relação Norte-Sul em que a servidão doméstica provoca para a migrante uma ruptura da relação mãe-filho: “diferentemente do que ocorre com os empregadores do Primeiro Mundo próspero, ela não pode viver com sua família e, ao mesmo tempo, incumbir-se dela economicamente. Essas migrantes do Sul, para fazer “o trabalho das mulheres” do Norte, deixam seus próprios filhos aos cuidados das avós, irmãs, cunhadas, e às vezes só voltam para casa depois de longos períodos, o que acarreta “o traumatismo inevitável dos filhos que deixaram em seu país” (KERGOAT,2007, p.605).

Portanto, a questão da delegação do trabalho doméstico e familiar para outras mulheres torna-se sintomático, principalmente no contexto da migração internacional de empregadas domésticas. A externalização crescente do trabalho doméstico nos países capitalistas desenvolvidos tem levado à internacionalização do trabalho reprodutivo, criando uma relação Norte-Sul que acaba por afetar negativamente a vivência das migrantes e seus filhos.

⁵O “paradigma da parceria” presume a igualdade de estatutos sociais entre os sexos – preconizada na 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres, organizada pela Organização das Nações Unidas em Pequim em 1995. Esse princípio de parceria considera mulheres e homens como parceiros (e, portanto, decorre mais de uma lógica de conciliação de papéis que do conflito e da contradição) e as relações entre eles mais em termos de igualdade que de poder. (KERGOAT,2007, p.604).

⁶ Hoje, certos pesquisadores propõem substituir “conciliação”, ou mesmo “articulação”, por “conflito”, “tensão”, “contradição” para evidenciar a natureza fundamentalmente conflituosa da incumbência simultânea de responsabilidades profissionais e familiares às mulheres. (KERGOAT,2007, p.604).

Kergoat expõe as diferentes formas de reprodução da servidão⁷ doméstica⁸ em seu pensamento. “A socialização familiar, a educação escolar, a formação na empresa, esse conjunto de modalidades diferenciadas de socialização se combinam para a reprodução sempre renovada das relações sociais” (KERGOAT, 2007, p.607).

Compreender o trabalho e o trabalho invisível das mulheres. Essa atribuição social do cuidado ao feminino, primeiramente, limitou a vida das mulheres ao espaço privado, e posteriormente, com as transformações socioeconômicas e a busca de independência feminina, marcou desvantagens em relação aos homens na atuação econômica e social (SOUSA; GUEDES, 2016, p.125).

Durante a história, as mulheres têm assumido a responsabilidade pelo trabalho doméstico, independentemente de sua posição socioeconômica. Entretanto, existe uma desigualdade histórica de classe e raça na forma como essa relação é abordada. Mesmo com a crescente participação feminina no mercado de trabalho, não ocorreu necessariamente uma transformação na relação das mulheres com o trabalho doméstico. Consequentemente, isso pode resultar em uma sobrecarga de trabalho e tempo, devido ao acúmulo de atividades remuneradas e não remuneradas. Para aquelas que se dedicam exclusivamente ao trabalho doméstico não remunerado, a falta de uma renda própria pode ser um obstáculo para a autonomia financeira das mulheres. (FERREIRA; ÁVILA, 2014, p.12).

Diante da temática da divisão sexual do trabalho, percebe-se outro entrave referente ao horário do trabalho assalariado das mulheres, tendo em vista que a rotina do dia a dia é organizada a partir do ajuste de tempo da atividade profissional remunerada desenvolvida. O trabalho reprodutivo no âmbito doméstico é a segunda determinação da organização do cotidiano e implica para muitas mulheres a produção de arranjos com outras mulheres que com elas dividem as tarefas de sua própria casa e cuidado com filhos/as, sobretudo para esse cuidado.

Em uma correlação de forças ainda tão desigual, dentro da qual as “tarefas extensivas, intermitentes e intensivas” (Ávila, 2009) de trabalho produtivo e reprodutivo, se constituem como meios para uma maior qualificação profissional, para prosseguir nos processos de escolaridade, para usufruir do tempo para si e do tempo para o lazer, as mulheres expressem sentimentos sobre a maior responsabilidade financeira dos homens na família como um contraponto às desigualdades de inserção no mundo do trabalho vivenciadas por elas mesmas (FERREIRA; ÁVILA, 2014, p.38)

⁷HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. NOVAS CONFIGURAÇÕES DA DIVISÃO SEXUAL DO TRABALHO, p.608.

⁸ A servidão doméstica detém-se nos âmbitos psicológicos da dominação e a dimensão da afetividade. (Cadernos de Pesquisa, v. 37, n. 132, set./dez. 2007, p..605)

Isto é, as mulheres assumem uma maior responsabilidade financeira pelos homens na família, como uma forma de “compensar” as desigualdades de inserção no mundo do trabalho que elas próprias enfrentam.

Para compreender a dinâmica da existência concreta dos indivíduos nesse tempo regulado por horários no cotidiano, é necessário saber o que acontece. A tensão cotidiana produzida pela divisão entre trabalho produtivo e trabalho reprodutivo, que os homens em sua maioria não vivenciam, que causa cansaço, sofrimentos, culpa, preocupação, e que exige uma disponibilidade constante para o trabalho, só pode ser revelada e analisada a partir da experiência concreta das mulheres no cotidiano, o que envolve conhecer os ritmos, as condições e as relações de trabalho experimentados pelos sujeitos (FERREIRA; ÁVILA, 2014, p.38).

A longo prazo, o impacto desse desgaste resultante das longas jornadas de trabalho no dia a dia reflete-se nas dificuldades em dedicar-se aos estudos, em conquistar uma carreira profissional e/ou especialização, em desfrutar de atividades culturais e de lazer, bem como em cuidar da saúde, que inclusive é afetada pela carga excessiva de trabalho. Alinhando-se com a temática, o enfoque adotado na problematização da divisão sexual do trabalho entre homens e mulheres está em conformidade com o objeto de estudo, sugerindo uma relação estreita com o tema que aborda sobre as determinações sociais do adoecimento mental das mulheres.

Ao adentrarem o mercado de trabalho, as mulheres carregam consigo a responsabilidade do trabalho reprodutivo doméstico, o que as coloca em crescente conflito com a estrutura de organização do tempo social dentro deste sistema.

De acordo com Kergoat, as práticas de trabalho só podiam ser percebidas se investigadas a partir do cotidiano. E, segundo Saffioti, "há uma tensão entre a experiência histórica contemporânea das mulheres e sua exclusão dos esquemas de pensamento, que permitem a interpretação desta experiência" (SAFFIOTI, 2004, p. 104).

A noção de “conciliação” apresenta uma antinomia, pois sugere harmonizar uma contradição. Apesar das políticas públicas desempenharem um papel crucial na melhoria da vida cotidiana, especialmente das mulheres, e na superação dessa contradição, o termo “enfrentamento” parece mais apropriado do que conciliação nessa perspectiva, pois denota um conflito e um processo de transformação. Existe um debate entre as demandas de tempo do trabalho nas esferas produtiva e reprodutiva que resulta em uma tensão cotidiana, a qual deve ser analisada como parte das contradições decorrentes da reprodução desse sistema.

Segundo Lefebvre, “...gentes nascem, vivem e morrem. Vivem bem ou mal. No cotidiano ganham a vida ou não ganham sua vida, em um duplo sentido: não sobreviver ou

sobreviver, tão-somente, ou viver plenamente. Onde se sofre e se goza é no cotidiano. Aqui. E agora” (LEFEBVRE, 1972, p. 32).

Os deslocamentos nas grandes cidades agravam a dinâmica espaço-tempo no cotidiano das mulheres que enfrentam a tensão entre vida profissional e vida reprodutiva. Nesse sentido, a situação dos transportes públicos contribui decisivamente para a extenuação da capacidade física das mulheres, ampliando o cansaço gerado pela sobrecarga de trabalho nas esferas produtiva e reprodutiva. Esse conflito cotidiano deve ser analisado como parte das contradições resultantes da reprodução desse sistema⁹.

A persistência de uma divisão sexual do trabalho rígida e injusta, combinada à ausência de políticas públicas que promovam o enfrentamento das longas jornadas de trabalho femininas, resulta em uma outra forma de pobreza - a pobreza de tempo¹⁰. Além da expropriação do tempo, a sobrecarga decorrente do trabalho remunerado e não remunerado leva à exaustão física, privando-as não apenas de engajar-se em outras atividades, mas também de obter o descanso necessário para se recuperarem.

De acordo com a pesquisa¹¹ Quantitativa do número médio de horas semanais dedicadas aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos das pessoas de 14 anos ou mais de idade, realizada em 2019. Foi possível verificar que as mulheres brasileiras dedicavam, em média, 16,8 horas semanais às tarefas relacionadas ao lar e aos cuidados da família, criança e idosos. Nestas mesmas atividades, os homens dedicavam em média 11 horas semanais. Delimitando ao Nordeste do Brasil, a pesquisa do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) mostrou que o grupo feminino despendeu 17,1 horas semanais nesse mesmo critério, já os homens a média são de apenas 10,5 horas semanais. Ficando expressivamente identificado a disparidade de horas empenhadas nas questões domésticas e familiares.

Já na estatística que verifica o número médio de horas semanais dedicadas aos cuidados de pessoas e/ou afazeres domésticos das pessoas de 14 anos ou mais de idade, na semana de referência, por sexo e cor ou raça, com indicação do coeficiente de variação, segundo Grandes Regiões e Unidades da Federação, feita em 2019, também pelo IBGE, mostrou que as mulheres brancas despendem em média 20,7 horas semanais, já as pardas e pretas, o percentual subiu para 22 horas semanais utilizadas no cuidados de pessoas ou afazeres domésticos. Em relação aos homens brancos a numeração foi de apenas 10,9 horas semanais.

⁹ FERREIRA e ÁVILA, 2014, p.45

¹⁰ FERREIRA e ÁVILA, 2014, p.44

¹¹ IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681.pdf>. Tabela 1.

Ainda de acordo com a pesquisa do IBGE (2019)¹², agora salientando o dado que se detêm a proporção de pessoas de 14 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência no trabalho doméstico, por sexo, com indicação do coeficiente de variação, segundo cor ou raça e as Grandes Regiões. As mulheres, no geral, utilizaram em média 13,8 horas semanais em trabalhos domésticos, já entre os homens, a proporção é de minimamente 0,9 horas por semana. Analisando a proporção de trabalhadoras domésticas entre pardas e negras o número disparadamente chega até 17,5 horas semanais.

Esses abismos que separam e delimitam os espaços ocupados por mulheres e homens enrijecem as estruturas patriarcais de opressão, controle e exploração feminina. A repercussão, portanto, é dissonante, tendo em vista que o tempo e corpo das mulheres é reiteradamente apropriado pela lógica do capitalismo-patriarcado-machismo-racismo. E por sua vez, a penosidade e falta de tempo para dedicar ao descanso e atividades de prazer é massivamente limitada e restrita. Esse cansaço e sobrecarga podem contribuir negativamente para a propensão de adoecimentos psíquicos, atrelado a outras ordens/causas que fogem ao tema proposto pelo estudo. Cabendo nesse espaço de discussão investigar as determinações sociais que podem contribuir para o sofrimento e adoecimento mental que atinge as mulheres de maneira distinta.

O dito ‘equilíbrio emocional’ fica cada vez mais distante, se pensado sob a ótica estigmatizante da doença. Vale ressaltar que as condições materiais de subsistência, sobrecarga de trabalho, lazer, saúde, qualidade de vida, alimentação, relações familiares e acesso a renda e moradia, afetam o bem-estar do indivíduo por completo. Se a carga de preocupações é alta, o cotidiano extenuante e por vezes, hostil, a probabilidade de desenvolvimento de desordens na saúde emocional-física se acentua.

De acordo com a Cepal, “a conciliação entre a vida laboral e a vida familiar, inscrita, por sua vez, na redistribuição das tarefas reprodutivas entre o Estado, o mercado e as famílias, continua sendo o ponto cego das políticas públicas da América Latina e do Caribe” (CEPAL, 2010, PG. 24).

Aponta, desse modo, para a persistência de uma desigualdade de gênero, que sobrecarrega as mulheres com as responsabilidades domésticas e de cuidado, limitando suas oportunidades de inserção e ascensão no mercado de trabalho.

¹² IBGE. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681.pdf>. Tabela extra 1.

3 REFLETINDO ACERCA DA RELAÇÃO ENTRE DESIGUALDADES DE GÊNERO E ADOECIMENTO MENTAL

*“Y eu não tenho medo: cada peito como o nosso a
briga a força de mil granadas
. mesmo assim nem
se forçadas
paramos de lançar
primaveras pelos ares
(agourentos que eles cavam)
-eu acho
que faz tempo que sonhamos acor
dadas, que nossa paz
é barulhenta,
y que da areia dos nossos olhos insones
a noite fabrica suas pérolas (de
amor, e de outras guerras):
& elas brilham
como nós”
(Tatiana Nascimento)*

Nesse momento busca-se fazer um apanhado histórico-crítico do contexto das políticas de saúde mental e sua relação com as desigualdades de gênero, procurando identificar como historicamente os trabalhos desenvolvidos no campo das políticas de saúde mental incorporaram as mulheres e as desigualdades de gênero e como se deu a demarcação destas desigualdades, identificando, sobretudo, quem são essas mulheres. As perguntas que nos fazemos são: existe algum tipo de similaridade que as circundam? Esse adoecimento independe da condição de gênero? Quais as suas implicações? Historicamente o manicômio foi tido como local de tratamento com práticas violentas e de isolamento dos corpos desviantes. As mulheres foram um dos grupos marcados pela associação entre sua condição de gênero e, especialmente, da expressão de sua sexualidade, à loucura e insanidade, do que é exemplo o tratamento das mulheres desviantes como histéricas.

O processo patriarcal de biologização da condição das mulheres teve na psiquiatria uma de suas vertentes fundamentais. A relação da medicina com o corpo feminino, principalmente do século XV ao XVIII, centra-se na sua capacidade reprodutiva, à qual determinava os lugares socialmente assumidos e os aspectos morais das mulheres que lhes deveriam ser consonantes. Assim sendo, seriam as mulheres brancas maternais, dóceis, cuidadosas, pacientes, dentre outras características socialmente atribuídas à maternidade. Segundo a ciência médica à época, os órgãos genitais, e as práticas em torno da sexualidade, também eram responsáveis pela loucura das mulheres e as doenças relacionadas à insanidade (PRIORE, 2006).

Nos limites deste TCC, não será possível tratar a história patriarcal da abordagem do adoecimento mental das mulheres, que levou a que estas fossem, especialmente quando rebeladas contra sua situação, tratadas como loucas e sujeitas a processos de internação compulsória nos manicômios. Como defende Passos (2022), a lógica manicomial é colonial, racista e patriarcal, tendo as mulheres, sobretudo negras da classe trabalhadora, como um dos grupos prioritários desta sujeição. Abordaremos, aqui, todavia, o reverso desta questão: como as desigualdades de gênero, produto das relações sociais do patriarcado capitalista e racista, sobretudo a sobrecarga na divisão do trabalho no interior das famílias, implica em adoecimento mental entre as mulheres. E como estas condicionantes sociais estão sendo, se estão, abordadas ou se seguem objeto de invisibilidade.

3.1 Desigualdades de gênero e adoecimento mental entre as mulheres

*“la carencia
Yo no sé de pájaros,
no conozco la historia del fuego.
Pero creo que mi soledad debería tener alas.”
(Alejandra Pizarnik)*

Para alcançar o objetivo deste capítulo, partimos do tratamento da categoria família e sua relação com o adoecimento psíquico. Como ponto de partida, algumas perguntas se fazem necessárias: de qual família estamos falando? O estreitamento de laços rebate a saúde mental dessas mulheres? Qual papel da família no processo de adoecer e retornar para o convívio?

Adentrando ao debate sobre o ambiente familiar, compreendemos a família como uma instituição social diversa e complexa, construída e reconstruída constantemente pelo movimento histórico, econômico e social da sociedade (SILVA, 2012).

Além disso, a família possui um caráter plural, dinâmico, contraditório e de constantes reinvenções e alterações ao longo dos anos. Na sociedade contemporânea, a família cada vez mais tornou-se o núcleo central de proteção dos seus membros, porém, a designação da família como base não explícita que são as mulheres que desempenham um grande papel nesse contexto pautado por relações patriarcais de gênero.

Conectada a essa problemática, identificou-se a escassa produção de dados estatísticos atualizados no que tange ao referenciamento das desigualdades obtidas entre o adoecimento entre homens e mulheres e suas determinações mais “palpáveis” e mensuráveis. Essa omissão de indicadores quantitativos deflagrou um sintomático problema no estudo e identificação dessa

questão no Brasil. Diante disso, cabe resgatar algumas informações estatísticas que apesar de "aparentemente distantes" do marco cronológico atual, são representativas para a apreensão do tema.

De acordo com a Rede de Saúde das Mulheres Latino-Americanas e do Caribe (2001), um em cada quatro indivíduos de ambos os sexos será afetado por transtorno mental ou neurológico em algum momento de sua vida, porém nem sempre receberá o diagnóstico e o tratamento adequados (RSMLAC, 2001).

Maria José Araújo¹³, ao analisar as dez principais causas de incapacidade na população em geral, observou que cinco delas estão associadas a transtornos psiquiátricos. A depressão representa 13% dessas incapacidades, seguida pelo alcoolismo com 7,1%, a esquizofrenia com 4%, o transtorno bipolar com 3,3% e o transtorno obsessivo-compulsivo com 2,8% (OMS, 2010).

Entre a população feminina no Brasil, os dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde - SIH/SUS (Brasil apud Araújo e Simonetti, 2010) revelam que as principais causas de internação por transtornos mentais são, em ordem de importância, os seguintes problemas: esquizofrenia e transtornos esquizotípicos e delirantes (51,86%), transtornos do humor/afetivos (20%), transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas (4,8%) e transtornos mentais e comportamentais relacionados ao uso de álcool (3,6%) (ARAÚJO,2013,p.92).

Apesar da compreensão da forma multifacetada que perpassa os transtornos mentais e suas complexidades na atualidade, urge uma análise das desigualdades de gênero numa sociedade patriarcal, visualizando as questões de pobreza, discriminação, sobrecarga de trabalho e violência doméstica, que coloca as mulheres em situação de maior vulnerabilidade ao adoecimento.

Ainda há uma carência de diálogo entre a Política de Saúde Mental e as políticas públicas voltadas para as mulheres. Essa lacuna representa um obstáculo para o fortalecimento do princípio da integralidade, que deve orientar todas as formas de cuidado.

No âmbito da saúde mental, a predominância de práticas e discursos centrados exclusivamente em abordagens biomédicas, que desconsideram as questões de gênero, limitam a compreensão da totalidade que ultrapassa um ponto fixo de "resolução" e enfrentamento. Essa

¹³ Disponível em: O Caderno de Crítica Feminista do Ano VII, N. 6, publicado em 2013.

realidade exige uma revisão desses paradigmas e a construção de novas abordagens que possibilitem uma compreensão e intervenção adequadas às necessidades de saúde da população feminina, conforme destacado por Gómez & Grela (2001).

Nesse sentido, Burín (1990) traz para o debate o conceito de 'mal-estar'¹⁴ como uma nova categoria que busca desarticular o dualismo saúde-doença. Esse conceito refere-se aos sofrimentos emocionais e psíquicos vivenciados pelas mulheres, revelando sua condição de gênero. Ao abordar a saúde mental dentro desse contexto teórico, enfatiza-se o lugar historicamente construído para as mulheres, bem como os modelos de cuidado associados a ele, como fatores de risco para agravos à saúde. Nessa abordagem, torna-se essencial explorar as dimensões sociocultural e histórica como determinantes na produção da subjetividade feminina e masculina. Portanto, a autora buscou repensar o campo da saúde mental das mulheres, incorporando o nexos entre esta e a sua produção histórica enquanto sujeitos sociais.

O conceito de “mal-estar psicológico feminino”, estudado por Burín em 1990, tem como referência “um estado de bem-estar, felicidade e desenvolvimento pessoal ideal ou normativo positivo”. Portanto, é um conceito mais amplo que o de doença mental, que só considera como problema de saúde um conjunto de sintomas ou o que se chama síndrome. Nesse conceito, a saúde mental não é somente o lado negativo das doenças psiquiátricas, mas, sim, resultado das contradições e tensões entre a experiência vital e as expectativas de gênero e está constituído por um conjunto de elementos específicos na vida das mulheres (ARAÚJO, 2013, p.95).

Diversas pesquisas evidenciam a estreita conexão entre transtornos mentais e vivências próprias da população feminina. As discrepâncias nos dados sobre transtornos mentais entre homens e mulheres podem ser atribuídas a várias razões, inclusive fatores biológicos, entretanto uma pequena parcela das pesquisas indica que a socialização de gênero e as relações de dominação e submissão desempenham um papel significativo na origem dessa diferença, resultando em impactos negativos na saúde mental das mulheres (BURIN, 1990; AMS, 2008).

A precária condição socioeconômica enfrentada por uma parcela significativa das mulheres, juntamente com a discriminação social, o abuso emocional, a sobrecarga decorrente da tripla jornada e a violência doméstica e sexual, contribuem para essa realidade. No entanto, a visão estigmatizante da população não faz a conexão entre tais circunstâncias e a origem da depressão, do sofrimento diário e da tristeza, o que dificulta a saída do ciclo vicioso que compromete a qualidade de vida.

¹⁴ O termo malestar é usado pela autora em castelhano, traduzido para o português como mal-estar.

Os dados da OMS (2010) revelam que existem 400 milhões de pessoas que sofrem algum tipo de depressão no mundo. Em torno de 20% são consideradas depressões endógenas ou biológicas, que afetam igualmente homens e mulheres; o restante, 80%, são as chamadas depressões exógenas ou situacionais, que afetam desigualmente os dois sexos: 30% são depressões diagnosticadas nos homens e 70% nas mulheres. Ainda segundo a OMS (idem), as mulheres apresentam uma maior vulnerabilidade a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo. (ARAÚJO, 2013, p.95)

Uma das consequências dessa realidade é o uso excessivo de medicamentos classificados como psiquiátricos. As mulheres representam uma parcela significativa dos consumidores desses medicamentos em todo o mundo, correspondendo a cerca de 75%. Mulheres pertencentes a classes menos privilegiadas, incluindo mulheres negras, aquelas em situação de privação de liberdade, adolescentes sem apoio social e mulheres idosas, estão especialmente propensas a enfrentar transtornos mentais graves resultantes da sobreposição de vulnerabilidades, o que intensifica os impactos na saúde.

A depressão nas mulheres pode ser desencadeada por fatores que ultrapassam a história de violência de gênero que elas vivem ao longo de suas vidas. Nesse sentido, além da violência doméstica ou sexual praticada pelo companheiro, pelos filhos e filhas ou por estranho, outros eventos traumáticos de gênero podem resultar em “mal-estar psicológico feminino”, tais como: gravidez indesejada e abortos realizados em condições físicas e emocionais inseguras; abuso sexual ou incesto na infância; menopausa e depressão pós-parto (ARAÚJO, 2013, p. 97).

Burín descreve que a “depressão de gênero” não estaria nem no campo da doença mental e nem no campo unicamente “biológico”, mas sobretudo no emaranhado de sofrimentos e desconfortos físicos e psicológicos, denominados pela autora como “crise da identidade de gênero”. Já de acordo com Bonino (1998)¹⁵, a “microviolência”¹⁶ é um termo necessário para perceber os imperceptíveis abusos e controles de poder que ocorrem na relação afetiva entre homens e mulheres e que são, por vezes, naturalizados na socialização cotidiana. Além da necessidade de atender ao enfrentamento das inúmeras contradições postas e às expectativas

¹⁵Disponível em: <https://www.mpd.org/sites/default/files/Micromachismos-efectos-claves-detectarlo.pdf>.

¹⁶ A microviolência e o micromachismo são formas de violência pouco estudadas e reconhecidas, comportamentos dominantes quase imperceptíveis, praticados por muitos homens, que forçam, cerceiam e minam a autonomia pessoal, embora não de forma óbvia, mas de forma sutil e insidiosa, quase invisível (Bonino, L. Micromachismos. CESCO. Madrid, 1998, p.2).

criadas sobre o que é ser mulher, Bonino salienta que as mulheres precisam transpassar também os momentos de crises significativas, sejam as separações, depressão pós-parto, entre outras.

Carla Garcia, em sua pesquisa realizada em diversos manicômios (termo utilizado pela autora) da cidade de São Paulo, aponta que os problemas de saúde mental enfrentados pelas mulheres refletem "um ambiente contraditório e repleto de restrições aos sentimentos e afetos, que tem sido uma realidade histórica para o gênero feminino" (GARCIA, 1995, p. 129). Segundo Garcia (1995), diversas são as situações cotidianas das mulheres que corroboram para a "loucura feminina", um exemplo se dá com:

(...) o filho querido e perdido, o filho não querido e abandonado, os abortos escondidos, o amor traído, a culpa por amar, engravidar e não ter marido, por querer viver sozinha, não casar ou não se submeter à autoridade dos seus maridos e pais, geralmente tomando atitudes 'masculinas' como tentativas de atos agressivos, beber, não querer ver ninguém, ao mesmo tempo exibir comportamentos ditos 'femininos', tais como fadiga, insônia, catatonia e as tentativas de suicídio (GARCIA, 1995, p. 128).

Garcia destaca que os critérios dos diagnósticos de doenças mentais entre homens e mulheres são diferentes no contexto da saúde mental, pois há uma hipótese da predominância de uma ética da saúde mental masculina que abrange a noção de ser humano de maneira geral, sem considerar as especificidades das mulheres. A autora baseia essa afirmação na cultura em que os diagnósticos estão centrados em estereótipos de gênero que reforçam a distinção e diferenciação entre homens e mulheres, reforçando os estigmas e preconceitos atribuídos pela ordem patriarcal de gênero.

Araújo (2013) salienta a significativa proporção da imprecisão dos diagnósticos das mulheres que iniciam um tratamento ou são internadas, o que leva para o campo de diferenciação do tratamento dados às mulheres e homens em sofrimento psíquico.

Arilha e Bezerra (1986), em estudo realizado na Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo, encontraram que cerca de 46% das mulheres atendidas nos ambulatórios tinham como diagnóstico "problemática emocional" e "outros". Esses dados se repetem para os casos de internação, ainda que em menor número (ARAÚJO, 2013, p. 98).

As mulheres, de maneira geral, são tratadas nos serviços de saúde como "poliqueixosas" (que possuem várias queixas), sendo medicalizadas a partir de um diagnóstico, por vezes, vago ou incorreto, o que deflagra um cenário perfeito para a superficialização das suas questões.

Os casos de violência sexual e doméstica que são atendidos pelos serviços de saúde são exemplos concretos dessa realidade, uma vez que muitas vezes as mulheres não conseguem relatar seus sofrimentos emocionais, devido à falta de espaço e acolhimento adequado durante as consultas (ARAÚJO, 2013, p.98).

De acordo com Garcia, a cultura médica da suposta “instabilidade do sistema nervoso feminino” tem um papel significativo na criação de um imaginário social de maior vulnerabilidade do grupo feminino no que tange aos transtornos mentais, reverberando de modo negativo na vida dessas mulheres. Essa concepção rasa e superficial foi por muito tempo e ainda é uma das grandes "razões/justificativas" para excluir as mulheres do trabalho, negar-lhes direitos políticos e mantê-las sob o controle masculino na esfera familiar e estatal.

(...) o fato de uma mulher recusar o comportamento considerado “natural” para o seu sexo e, em função disso, ser considerada anormal ou diferente, gera um forte sentimento de culpa, por terem as mulheres internalizado o padrão “ideal” de saúde mental estabelecido para a mulher pela cultura machista. A sociedade reforça cotidianamente dentro das próprias mulheres este padrão de saúde mental e elas passam a se sentir deprimidas, suicidas, culpadas e inativas, sem esperanças de mudança (ARAÚJO,2013, p.99).

Nesse ínterim, a forma em que regularmente as mulheres encontraram para reagir a essa situação de opressão se dá também em episódios depressivos severos. De acordo com a autora “a depressão e a autodestruição são as expressões mais comuns quando não há possibilidades de superação de crises que se incorporaram durante toda uma vida” (ARAÚJO, 2013, p.99).

Sustentando a perspectiva abarcada pela autora, é basilar citar que de acordo com a OMS, em 2010, as taxas de suicídio são frequentemente mais elevadas em mulheres e adolescentes que sofrem de depressão, em alguns casos associados à violência de gênero. São identificados e registrados além dos homicídios, também os suicídios que estão ligados à violência perpetrada por parceiros e cônjuges, o que ainda não é uma realidade no Brasil, mesmo que esta seja uma demanda do movimento feminista.

A violência sexual e sua grave consequência, a gravidez indesejada, continuam sendo um problema para centenas de jovens em todo o mundo. No Brasil, dados empíricos revelam que nas adolescentes é comum que a gravidez indesejada seja uma das causas de tentativas de suicídio e de suicídios, que nem sempre são reconhecidas como tal, pela ausência de serviços de verificação de óbito em muitas capitais brasileiras (ARAÚJO, 2013, p.100).

A violência de gênero é um problema que afeta gravemente a saúde mental e física das mulheres e adolescentes, e não deve ser vista apenas como um diagnóstico, mas como um alerta

de uma situação crítica de um ambiente familiar violento, que expõe essa população a riscos físicos, psicológicos e sociais.

Apesar da vasta imprecisão e apagamento dos dados referentes ao adoecimento mental das mulheres, além da falta de estudos qualificados nessa temática, é notório que, cotidianamente e empiricamente, essa problemática existe e é subnotificada e esquecida. Vale ainda destacar que as mulheres não são uma categoria homogênea e a subnotificação, assim como os estudos qualitativos, tornam-se ainda mais deficitários quando problematizamos o adoecimento mental entre mulheres negras, lésbicas, trans, não binárias e de diferentes gerações. O peso do racismo cotidiano e suas violações, dentre as quais, no contexto atual, o genocídio da juventude negra, produz o sofrimento psíquico como realidade cotidiana entre as mulheres das periferias brasileiras.

Também o questionamento da binaridade de gênero na experiência das mulheres trans implica em um cotidiano de violações e violência desde a infância e ao longo da vida. No entanto, o sofrimento mental entre mulheres e pessoas trans de modo geral é uma problemática pouco abordada, razão da dificuldade de encontrar estudos na literatura sobre a questão, problema enfrentado na realização deste trabalho, como abordaremos no próximo item deste trabalho.

Além da depressão, conforme mostrado anteriormente, que tem maior incidência nas mulheres em comparação aos homens, elas enfrentam outros tipos de transtornos mentais associados a diversas situações, tais como: assédio moral e sexual no ambiente de trabalho; questões relacionadas à imagem corporal, resultando em um grande número de cirurgias plásticas desnecessárias; transtornos alimentares, especialmente entre mulheres adolescentes e jovens, como anorexia e bulimia; dependência de substâncias psicoativas e drogas ilícitas; e experiências de violência sexual e doméstica que afetam mulheres de todas as idades.

De acordo com Ana Bernada Ludermitz, “o caráter social da doença mental se expressa objetivamente na sua distribuição desigual entre homens e mulheres e entre diferentes classes sociais.” (LUDERMIR, 2008, p.451).

De acordo com os informes obtidos no Boletim Epidemiológico, realizado pela secretaria de vigilância em saúde e do Ministério da Saúde¹⁷, onde possui um arcabouço acerca da Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. Foi possível identificar na tabela a distribuição das lesões autoprovocadas segundo características

¹⁷ Disponível em: Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil. [Volume 52 |Nº33| set. 2021]. Brasília: Ministério da Saúde.

sociodemográficas no Brasil, em 2019, que as mulheres corresponderam a média de 71,3% dos registros, já o grupo masculino apresentou 28,6% das lesões autoprovocadas.

Essa realidade, denota um alarmante cenário que sucumbe a saúde mental da população, e nesse caso, abruptamente interfere na vida das mulheres. Apesar dos números demonstrarem uma distância abissal, a subnotificação torna-se um fator limitador para enxergar de “fato”, de que modo quantitativo, as mulheres estão sendo abarcadas nesta estatística de sofrimento psíquico-social. Sendo necessário, portanto, perscrutar o entrelace e os determinantes que reforçam em alguma instância a sobrecarga psíquica e o desenvolvimento de adoecimentos entre as mulheres e qual a centralidade da desigualdade de gênero nesse adoecer.

3.2 Quem são essas mulheres? As mulheres, o adoecimento mental e o retrato da realidade brasileira

“Ainda assim eu me levanto

*Você pode me riscar da História
Com mentiras lançadas ao ar.
Pode me jogar contra o chão de terra,
Mas ainda assim, como a poeira, eu vou me levantar.
Minha presença o incomoda?
Por que meu brilho o intimida?
Porque eu caminho como quem possui
Riquezas dignas do grego Midas.
Como a lua e como o sol no céu,
Com a certeza da onda no mar,
Como a esperança emergindo na desgraça,
Assim eu vou me levantar.
Você não queria me ver quebrada?
Cabeça curvada e olhos para o chão?
Ombros caídos como as lágrimas,
Minh'alma enfraquecida pela solidão?
Meu orgulho o ofende?
Tenho certeza que sim
Porque eu rio como quem possui
Ouros escondidos em mim.
Pode me atirar palavras afiadas,
Dilacerar-me com seu olhar,
Você pode me matar em nome do ódio,
Mas ainda assim, como o ar, eu vou me levantar.
Minha sensualidade incomoda?
Será que você se pergunta
Porque eu danço como se tivesse
Um diamante onde as coxas se juntam?
Da favela, da humilhação imposta pela cor
Eu me levanto*

De um passado enraizado na dor
Eu me levanto
Sou um oceano negro, profundo na fé,
Crescendo e expandindo-se como a maré.
Deixando para trás noites de terror e atrocidade
Eu me levanto
Em direção a um novo dia de intensa claridade
Eu me levanto
Trazendo comigo o dom de meus antepassados,
Eu carrego o sonho e a esperança.
E assim, eu me levanto
Eu me levanto
Eu me levanto.”

(Maya Angelou)

Contrariando qualquer proposição homogeneizante da realidade, o trabalho versa e focaliza as “mulheres”, entretanto urge ao debate questionar e problematizar de quais mulheres a pesquisa se debruça. Sendo basilar pôr em xeque o imaginário/estigma social construído acerca do gênero feminino, torna-se necessário, portanto, uma análise teórica da totalidade e da diversidade da categoria mulheres e do mal-estar psíquico, com base no pensamento decolonial, antimanicomial e antirracista. Desse modo, apreender como a questão social se expressa na produção do sofrimento e adoecimento mental, que se materializa nos processos de vida e subjetivação das mulheres.

Vale salientar que a distância necessária aos modos de pesquisa esvaziados da contextualização da consubstancialidade e particularidades é imprescindível. Tendo em vista que os discursos pregados de que “somos todos iguais” não abarcam a existência e vivência das mulheres que estão fora do escopo hegemônico abissalmente visto nos debates que incorporam o termo “mulheres” sem uma perspectiva da imbricação que produz desigualdades na vivência dessa experiência sócio-histórica e considerando a diversidade como uma dimensão genérica humana (Santos, 2016). Portanto, torna-se imperativo verificar a multiplicidade de vivências e os rebatimentos na saúde mental posto as mulheres negras, pardas, lésbicas, bissexuais, indígenas, baixa renda, domésticas, ribeirinhas, trans, travestis, as que não performam feminilidade, PCD (aqui inclui-se as neuro divergentes), mulheres que estão no sistema carcerário, as dependentes químicas ou alcoolistas, idosas etc.

Preliminarmente, é urgente pontuar que o sofrimento e o mal-estar experimentado por cada uma dessas mulheres não será igual e tão pouco abarcado dos privilégios de uma mulher branca, cis, hétero, padrão e de classe média e burguesa, por exemplo. E que apesar de ser indissociável e comum à condição das mulheres o sofrimento psicossocial, os rebatimentos

podem agudizar em diferentes instâncias a partir da análise do lugar ocupado pela mulher na sociedade que é estruturada pelas desigualdades de classe, raça/etnia, sexualidade, identidade de gênero, geração e contextos territoriais.

Considerando a limitação do trabalho proposto e tendo em vista a necessidade do aprofundamento da interseccionalidade vigente, recorre a esse espaço de discussão uma delimitação, tendo em vista a impossibilidade de abarcar ponto a ponto as vicissitudes/interseccionalidade¹⁸ da vivência das mulheres, descaracterizando-as do modelo hegemônico, expresso de modo “universalizante” disposto na sociedade conservadora. Segundo Fanon, existe um complexo de inferioridade que se manifesta em dois níveis: o econômico e o psicológico, sendo este último uma internalização ou uma epidermização dessa inferioridade (FANON,2020, p.25). Portanto, é preciso uma análise abrangente da realidade, bem como uma solução que envolva tanto o aspecto objetivo quanto o subjetivo. No que engloba a realidade brasileira, nos valem da contribuição de Passos, quando analisa que:

Na cena contemporânea, está ocorrendo a intensificação da psiquiatrização, psicologização, medicalização, patologização e farmacologização das particularidades e singularidades, reduzindo-se a experiência do sofrimento e/ou adoecimento psíquico como um problema individual. Assim, torna-se urgente identificarmos as expressões desse fenômeno na experiência de corpos e subjetividades periféricos e favelados (PASSOS, 2023, orelha de página).

Por conseguinte, a partir do debate tecido por essa autora¹⁹, que coloca em questão as inquietações da aniquilação da população negra e o atravessamento dessa lógica a todas as dimensões da vida social, destacando, nesse sentido, a saúde mental. É premente sublinhar um importante termo utilizado pela autora, “*a máscara manicolonial*”²⁰, “que materializa a contenção e impõe os efeitos perversos gerados pelo complexo industrial-prisional-

¹⁸ A autora destaca que a interseccionalidade não pode ser homogeneizada, pois encontra-se em disputa por diferentes concepções. De acordo com a compreensão de Collins e Bilgus (2021) que considera as estruturas desiguais como sendo interseccionais, o que exige uma práxis crítica interseccional. Assim, o entendimento das contradições da sociedade não pode ser descolado de uma práxis transformadora e vice e versa, sendo um movimento dialético. Entendemos que o sentido de interseccionalidade trazido pela autora, ancorada em Collins, tem uma concepção que se aproxima da perspectiva da consubstancialidade e do nó, pois se refere a “estruturas sociais interseccionais” (PASSOS, Rachel Gouveia,2023, p.22), de maneira que não recaímos em ecletismo ao trazer esta categoria da autora.

¹⁹ Conferir o livro “NA MIRA DO FUZIL. A saúde mental das mulheres negras em questão,2023.

²⁰ Termo trazido pela autora Rachel Gouveia Passos e que denomina a junção das práticas “manicomiais” e “coloniais”, denominando-se, portanto, “manicolonial/manicolonialidade”.

manicomial-farmacêutico nas diferentes dimensões da vida social” (Pires, Thula, 2023, orelha de livro).

Pela colonialidade do poder, ser, saber e gênero temos a colonialidade do cuidado. Isso significa que as relações coloniais que marcam a formação social, econômica, política, ética e estética da realidade brasileira produziram novos contornos e manifestações nas diferentes dimensões da vida social. Há práticas de longa duração histórica (COSTA, 2002) forjadas no pós-abolição que marcam as experiências das mulheres negras ainda hoje. É pela noção de colonialidade do cuidado que desvelamos o estado permanente de guerra e a produção do sofrimento e do adoecimento psicossocial, trazendo a saúde mental como campo de disputa e central para afirmar um projeto de defesa da vida (PASSOS, 2023)

A colonização da memória e das noções de si contribui para que a normatização de gênero seja imposta e assimilada pelos colonizados, fazendo parte da ‘desumanização constitutiva da colonialidade do ser’ (LUGONES, 2014, p.938). Assim, a colonialidade afeta “todos os aspectos da vida social”. Isto é, toda forma de controle do sexo, da subjetividade, da autoridade e do trabalho existe em conexão com a colonialidade. Segundo a autora, gênero é uma imposição colonial, e esta vai além da ‘distinção pelo sexo’, mas também se baseia na diferenciação racial, o que nega a humanidade das colonizadas.

A universalização do ser mulher atribuiu papéis, promoveu a naturalização de certas características como parte da identidade social e destinou atribuições específicas. Essa construção, baseada no "mito do amor materno" como pilar central, resultou na designação da reprodução social para as mulheres, associada a uma falsa ideia de fragilidade, instabilidade e incapacidade. Apesar da hierarquia estabelecida entre homens e mulheres, fundamentada nas diferenças de gênero e sustentada pelo patriarcado, misoginia e machismo, que levaram à subordinação das experiências femininas, é importante destacar que essa identidade não é reconhecida para mulheres não brancas, especialmente as colonizadas. Ao mesmo tempo em que é negado o lugar de “mulher” elas são cobradas de forma contraditória a assumir as responsabilidades, papéis e atribuições designadas (PASSOS, 2023, p. 34).

Na realidade brasileira, as mulheres negras vivenciam cotidianamente a negação da humanidade, bem como da maternidade e da experiência do ser mulher, sendo parte das engrenagens que estruturam as bases econômicas, políticas, sociais e culturais do país. Por mais que o “o mito do amor materno” tenha sido assimilado e introjetado pelas mulheres negras, não é possível vivenciá-lo, já que o projeto estabelecido para as não brancas é a destruição e a negação da maternidade, do ser mulher e da humanidade, o que faz parte das estratégias de produção e reprodução do sofrimento e da violência

pertencentes às manifestações do patriarcado e do racismo, componentes estruturais e estruturantes do capitalismo (PASSOS,2023, p.34-35).

De acordo com Gonzalez (1984), é necessário desvelar os efeitos violentos do racismo e do sexismo sobre as mulheres negras. “O lugar de mucama, aquela que realizava a prestação de bens e serviços na casa grande, as mulheres negras eram de burro de carga²¹ que carrega sua família e a dos outros nas costas.” (GONZALES,1984, p.230). Desse modo, Passos vai denominar o termo “cuidado colonial” ou “colonialidade do cuidado²² a atribuição e designação desempenhadas pelas negras escravizadas. Desse modo, a experiência do “não-ser (mulher) negra e sua funcionalidade estão relacionadas de forma coisificada da reprodução social, nesse ínterim, a mulher negra não seria considerada “mulher” e nem “mãe”, ficando alocada aos ditames e a promoção do bem-estar e cuidado da família e das crianças brancas.

Rachel Gouveia (2023) assinala que há uma interseção profunda entre racismo, sexismo e classismo na formação do não-ser da mulher negra, que está intrinsecamente ligada ao trauma psicossocial decorrente do período colonial, e isso influencia os processos de subjetivação da população brasileira. Identificou-se que “a experiência da discriminação é igualmente nociva à saúde de todo mundo, mas a população negra sofre uma carga maior dos desfechos associados com a discriminação por que essa população tem maior probabilidade de sofrer experiências de discriminação” (SMOLEN; ARAÚJO,2017, p.4028).

Tendo isto posto, cabe sublinhar e problematizar qual a forma de entendimento da concepção da loucura e se ela está enviesada em um modelo de identificação normativo-estruturante. Contribui Fanon (1980) que as experiências de sofrimento e adoecimento psíquico são atravessadas pelo fetiche do homem universal como modelo de racionalidade e sanidade. Diante disso, e conforme afirma Passos (2023), é necessário questionar o paradigma de normalidade imposto pela modernidade.

Segundo, Flauzina e Pires (2020)²³, é basilar compreender que a formação da população do Brasil é fruto de estupros naturalizados e permanentes, ou seja, a violência e cultura do terror sexual se insere tanto na herança colonial escravista quanto como componente da “zona de não ser”, tendo como pressuposto a violência como determinante.” A violência sexual é peça chave

²¹ Veja mais em :GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. In: DA SILVA, L. H. (Org.). Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos. Brasília: ANPOCS, 1984. p. 223-244.

²² PASSOS, Rachel Gouveia. Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec, p.39,2023.

²³ FLAUZINA, A.L.P & PIRES, T. Uma conversa de pretas sobre violência sexual. In: PEREIRA, B.& MELO, M.de (orgs.). *Raça e gênero: discriminações, interseccionalidades e resistências*. São Paulo: EDUC, 2020.

para a compreensão do genocídio da população negra, uma vez que o estupro produz uma degradação que mutila a pessoa, desagrega psicologicamente. (FLAUZINA; PIRES, 2020, p.70).

Nesse caminho, “a violência sexual resulta numa espécie de morte em vida” (Flauzina & Pires, p.72, 2020) ao desvelarmos o silenciamento e a normalização do sofrimento das mulheres negras, observamos uma interface do genocídio que é frequentemente negligenciada no processo de perpetuação da morte: a psiquiatrização, a patologização e a medicalização.

Destaca-se um estudo realizado por Cardoso²⁴ et.al. (2020) que investiga a narrativa de pessoas egressas de hospitais psiquiátricos da Bahia e beneficiárias do Programa Volta Para Casa (PVC), do Ministério da Saúde. Foi identificado que as internações de mulheres eram frequentemente resultado de diversas formas de violência, incluindo violência física, sexual e obstétrica. Em alguns casos, as internações não possuíam justificativas médicas legítimas, sendo motivadas por interesses patrimoniais ou disputas de guarda. "A relação entre instituições psiquiátricas e violência é tão antiga quanto a própria psiquiatria" (Cardoso et al., 2020, p. 106).

Denota-se que nesse estudo de narrativas constatou que durante o período de internação psiquiátrica, foram identificadas expressões de violência institucional, como a violência física e sexual, o controle do tempo, a imposição do uso de uniforme, a falta de autonomia e o sistema de vigilância.

Seguindo na perspectiva de análise da realidade brasileira frente ao adoecimento mental das mulheres, destaca Martín-Baró, em *Guerra e Saúde*²⁵, que o problema da saúde mental deve ser situado no contexto histórico em que cada indivíduo elabora e efetiva sua existência na rede de relações sociais" (MARTÍN-BARÓ, 2021a, p.251). Dessa maneira, o autor propõe mudar o prisma de análise da saúde mental e dos transtornos mentais, não analisando o movimento de dentro para fora e sim e de fora para dentro. Assim, a análise não deve reduzir a experiência do sofrimento/adoecimento psíquico como um mero organismo individual, mas que se constitui historicamente.

“Mal podemos falar da saúde mental de um povo quando ele é incapaz de assegurar a sua própria sobrevivência” (MARTÍN-BARÓ, 2021a, p.261). Logo, deve-se levar em conta as determinações que influenciam a convivência social, a capacidade coletiva de trabalhar, amar

²⁴ CARDOSO, A.J.C et al. Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia, *Revista Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, vol.44, n°127, pp.1.105-19, out-dez.2020.

²⁵ MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. In: *Crítica e libertação na psicologia: estudos psicossociais*. 1º reimpr. Petrópolis: Vozes, 2021a.

e afirmar identidade. Isso tudo é impactado diretamente pela violência, polarização e mentira, afirma Martín.

Afunilando o debate do percurso assinalado por Passos (2023), que propõe uma análise rigorosa das dimensões da vida social e suas imbricações com o adoecimento mental, demarcando, especificamente, o escopo na aniquilação da população negra, sua correlação com a guerra às drogas, a violência e a colonialidade do cuidado. Pode-se inferir que “a devastação ocasionada pela guerra às drogas não se dá somente com os homicídios e encarceramento de jovens e adultos. A permanente destruição também ocorre lenta e degradante, se mantendo violenta e letal” (PASSOS,2023, p. 75).

Assim, o resultado da pesquisa da autora irá mostrar as inquietações e colocar em evidência a devastação física, psíquica, moral e material que afeta mães e familiares vítimas de violência de Estado. Segue Passos:

A condenação, imposta pelo estado permanente de guerra, é operada pelo terror de Estado atravessando o “não-ser” mulher(negra) a partir do momento em que a bala que matou seu filho segue atravessando a sua existência. Mais do que falar da materialidade da destruição, é trazer para a cena pública a morte contínua daquelas que precisam ressignificar diariamente sua existência, após o assassinato dos filhos pela mão armada do Estado (PASSOS, 2023, p.76).

Uma das entrevistadas na pesquisa²⁶ denominada “Cravo” cita após a morte do seu filho que “O Estado deixa a mãe doente[...] Não consigo levantar sem beber remédio, não consigo sair da depressão[...] o Estado além de matar nossos filhos, ele mata a gente aos poucos”. Reafirma-se, assim, a produção da “mortificação do eu” (GOFFMAN,2008) para além das instituições totais de contorno e controle, como são as práticas manicomiais, mas também considera que a mortificação do eu se estabelece na medida em que fora das instituições que controlam há também atravessamentos que corroboram para a prática da destruição. Nesse ínterim, reafirma Passos (2023) que as mães vítimas de violência do Estado são visceralmente marcadas pela dor do luto.

A negação da possibilidade do luto é característica basilar da colonialidade do cuidado e faz parte da composição da “zona de não-ser”. Esse lugar estéril e árido promove com que essa mãe continue parindo seu filho morto cotidianamente e não autorize a viver o luto sem ser contornada pela destruição de sua existência (PASSOS,2023, p. 77).

²⁶ Veja mais no livro “Na mira do Fuzil” de Rachel Gouveia Passos,2023, p.22).

A experiência dessas mulheres que são atravessadas pelo racismo, machismo, patriarcado, violência e descaso direcionam-se proximamente ao adoecer e ao sofrimento psicossocial. Afirma uma das outras entrevistadas na pesquisa de Passos, Rosa depõe:

Esse adoecimento ele desce pelo corpo todo. Por que a maioria de nós temos diagnósticos após esses assassinatos: de câncer, de depressão, síndrome do pânico, diabetes. A maioria de nós somos diabéticas, somos hipertensas, e já tivemos ou tristemente vamos ter, porque não é planejado para todo mundo ter, mas vamos ter câncer. Por que os nossos cânceres, quando aparecem, são desenvolvidos através da dor, através do sofrimento (PASSOS,2023, p.80).

Fanon²⁷ Nos ajuda a pensar o lugar ocupado e introjetado do ser mãe, atravessado pela colonialidade do gênero, é denominado pelo autor como “região extraordinária estéril e árida” (Fanon,2008, p.26). Desse modo, o lugar idealizado pela mulher (negra) de ocupar a sociedade foi aniquilado e suportar a dor é uma tarefa quase que “obrigatória”.

Além disso, Martin-Barón(2021a, p.252) auxilia a refletir a saúde mental a partir de uma realidade de “situação-limite” quando a viabilidade e sobrevivência histórica de um povo estão em questão”. De acordo com ele, "quando se está em jogo a própria vida, obviamente se torna frívolo falar sobre qualidade de existência “(Martin-Barón,2021a, pp.252-3). Logo, é urgente assimilar que há uma produção de adoecer coletivo que influi diretamente no adoecimento mental individual.

A hierarquização das relações de gênero, raça e classe desempenham um papel crucial nos processos de elaboração da dor e na capacidade de a expressar subjetivamente. Isso significa que aqueles que não possuem condições econômicas para sobreviver muitas vezes não podem se expressar plenamente, pois conhecem apenas o sofrimento da sobrevivência, não tendo a oportunidade de experimentar o sofrimento existencial (BASAGLIA, 1979, p. 38). Ademais, e como consequência das condições de sobrevivência, tem-se a posterior medicalização e farmacologização do sofrimento.

Destaca Passos (2023, p.86), que “a incessante busca por alívio não pode ser reduzida a uma patologia e sim, entendida como um grande sintoma social do que denominamos de trauma psicossocial colonial”. Logo, infere-se as cicatrizes psíquicas (Kilomba,2019) ocasionadas pelo racismo²⁸ na sociedade industrial-prisional e no complexo manicomial-farmacológico configuram e se expressam de modo determinante na atualidade brasileira.

²⁷ FANON.F. *Pele negra, máscaras brancas*. Salvador: EDUFBA,2008.

²⁸ KILOMBA, Grada. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

4 POLÍTICA DE SAÚDE PARA AS MULHERES FRENTE AO ADOECIMENTO MENTAL FEMININO

*“Gente é pra brilhar
não pra morrer”
sem nome*

(Tatiana Nascimento)

Conjecturando as imbricações postas nos capítulos anteriores da pesquisa, frente ao adoecimento mental das mulheres e suas determinações, é crucial traçar uma investigação acerca da conjuntura das Políticas Públicas no Brasil, com o enfoque no gênero feminino. Neste capítulo, será feito um estudo documental exploratório sobre duas políticas: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e Política Nacional de Saúde Mental.

Desde os finais de 1970, o capitalismo atuou em mudanças radicais e substantivas nos processos e nas condições de trabalho de diversos trabalhadores em todo o mundo. De início, com as economias centrais e posteriormente, se expandindo para os países periféricos, onde o Brasil é absorvido, acarretando, assim, num panorama cravado na acumulação e concentração da riqueza com a precarização do trabalho, o alargamento do desemprego e o agravamento da pobreza.

A ofensiva político-social e ideológica para assegurar a reprodução deste processo, passa pela chamada reforma do Estado e pela redefinição de iniciativas que devem ser formadoras de cultura e sociabilidade, imprescindíveis à gestação de uma reforma intelectual e moral (MOTA, p.4, 2000)²⁹ conduzida pela burguesia para estabelecer novos parâmetros na relação entre o capital, o trabalho e destes com o Estado.

Amparada pela naturalização da mercantilização da vida, essa reforma social e moral busca, entre outros objetivos, transformar o cidadão sujeito de direitos num cidadão-consumidor; o trabalhador num empreendedor; o desempregado num cliente da assistência social; e a classe trabalhadora em sócia dos grandes negócios (MOTA, 2009, p.63).

Seguindo essa perspectiva do avanço da agenda neoliberal, pode-se notar uma diferenciação no que se refere à instância econômica, cultural e social. A lógica do

²⁹ Mota, A.E. Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina. Configurações, n. 10, p. 29-41, 2012. Disponível em :Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina (openedition.org). Acesso em 2 de julho,2023.

neoliberalismo caracteriza-se pelas respostas individuais e fragmentadas da realidade com a terceirização das políticas sociais e o privilegiamento do capital financeiro, acresce-se também a flexibilização e terceirização das relações trabalhistas e retrocessos nos direitos sociais, como a limitação do investimento nestas políticas pelo ajuste fiscal permanente. O projeto neoliberal, portanto, alia-se ao conservadorismo e a uma política higienista. Imbuído do objetivo de manter uma hegemonia burguesa, nota-se uma perspectiva de naturalização da pobreza, burocratização dos direitos e aprofundamento do desenvolvimento desigual e combinado.

O ambiente político deste processo é representado pela desestruturação do mercado de trabalho, tanto pela flexibilização da produção quanto pela da gestão das relações produtivas, introduzindo novas formas de contrato de trabalho e criando um mosaico de situações jurídicas e profissionais que tornam menos visíveis os laços de classe existentes entre os trabalhadores, além de fragilizar o núcleo do trabalho estável e organizado (SANTOS, 2006, p. 450).

Na era das finanças, os direitos sociais sofrem limitações tendo em vista a ideologia neoliberal que compreende o Estado gerencial, ou seja, regido sobre princípios e lógicas que se aproximam a de uma empresa, onde o processo de gestão das políticas públicas se deteriora cada vez mais. As mulheres são as mais atingidas por estes processos, sendo a maioria nas ocupações precárias em um mundo do trabalho cada vez mais desregulamentado, e sobrecarregadas no trabalho doméstico pela desestruturação das políticas sociais. As consequências de todo esse processo se revelam nos índices de adoecimento mental crescentes, que se mostram nas estatísticas e na vida cotidiana de todas(os) nós.

4.1 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM (2005) e o adoecimento mental das mulheres

*“Com os dentes cariados da alegria
Com o desgosto e a agonia da manada dos normais.
O triste em tudo isso é isso tudo
A sordidez do conteúdo desses dias maquinais
E as máquinas cavando um poço fundo entre os braços,
eu mesmo e o mundo dos salões coloniais.
Colônias de abutres colunáveis
Gaviões bem sociáveis vomitando entre os cristais
E as cristas desses galos de brinquedo
Cuja covardia e medo dão ao sol um tom lilás.”*

(Sérgio Sampaio)

De acordo com Laurell (1982), a saúde e a doença são processos intrinsecamente ligados por fatores sociais, econômicos, culturais e históricos. Isso significa que o perfil de saúde e doença muda conforme o tempo e o lugar, dependendo do nível de desenvolvimento econômico, social e humano de cada região. Nesse sentido, a política é criada considerando as questões de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas.

Cabe, primeira e brevemente, realizar um resgate histórico-temporal do contexto de criação dessa Política. Urge ressaltar a construção desta política deu-se através e como resultado da organização coletiva das mulheres para pleitear sua condição de sujeitos de direito, com necessidades que extrapolam o momento da gestação e parto, as quais demandaram ações que lhes proporcionassem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida e ações que contemplassem as particularidades dos diferentes grupos populacionais, e as condições sociais, econômicas, culturais e afetivas, em que estivessem inseridas. Esta reivindicação de integralidade na assistência à saúde da mulher ecoa desde os anos 1980, quando o movimento feminista se insurge contra as políticas de controle da natalidade e a orientação materno-infantil da assistência à saúde das mulheres até então vigente.

Como resultado desta luta, em 1984, antes mesmo da criação do SUS, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo (BRASIL, 1984). O PAISM teve especificidades na sua implantação e implementação entre o período de 1984 e 1989 e na década de 1990, sofrendo influência, a partir da criação do SUS, das características da nova política de saúde e seus princípios, do processo de municipalização e principalmente da reorganização da atenção básica, pela estratégia do Programa Saúde da Família.

Segundo a própria PNAISM (2004), estudos que avaliaram os estágios de implementação da política de saúde da mulher mostraram a existência de dificuldades na implantação dessas ações e, embora não se conheça a situação em todos os municípios, pode-se dizer que a maioria ainda enfrenta dificuldades políticas, técnicas e administrativas.

De acordo com o balanço institucional das ações realizadas entre 1998 e 2002, elaborado por Correa e Piola³⁰, nesse período houve um foco na resolução de problemas, especialmente na saúde reprodutiva e na redução da mortalidade materna, por meio de ações como pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção. No entanto, essa priorização dificultou o trabalho em

³⁰ CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

outras áreas estratégicas da agenda ampla de saúde da mulher, comprometendo a transversalidade de gênero e raça. Apesar disso, houve avanços em direção à integralidade e uma ruptura com a abordagem verticalizada do passado, com a inclusão de questões como a violência sexual. O balanço também aponta lacunas em áreas como climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, doenças infectocontagiosas, além da necessidade de incorporar a perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. A saúde mental das mulheres é destacada como uma dessas lacunas.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde reconheceu a importância de articular-se com outras áreas técnicas e propor novas ações, incluindo atenção específica às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Além disso, foi enfatizada a participação nas discussões e atividades relacionadas à saúde da mulher e meio ambiente.

Por conseguinte, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), elaborada em 2004, pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde, surgiu devido à necessidade deste Ministério estabelecer diretrizes técnico-políticas para a atenção à saúde das mulheres no país. Em colaboração com outras áreas e departamentos do Ministério da Saúde, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres e segmentos do movimento de mulheres, a PNAISM incorporou as demandas dos diversos movimentos sociais. Além disso, a política foi apresentada e debatida no Conselho Nacional de Saúde com o propósito de ser reconhecida como uma política de Estado e assim ser incorporada pelas instâncias de decisão do Sistema Único de Saúde (SUS).

O documento da PNAISM adota uma perspectiva de gênero e defende a integralidade e a promoção da saúde como princípios orientadores. Ele visa fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos, melhorando a atenção obstétrica, o planejamento reprodutivo, o cuidado ao abortamento inseguro e a violência doméstica e sexual. Também inclui a prevenção e o tratamento de mulheres com HIV/aids e com doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Ademais, propõe ações específicas e necessárias para grupos historicamente excluídos das políticas públicas, em suas particularidades e demandas.

A PNAISM³¹ Respeita a diversidade dos 5.561 municípios, dos 26 Estados e do Distrito Federal, que possuem diferentes níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas

³¹ Verificar no Brasil. 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, p.12,2004.

de saúde e modos de gestão. Ela sugere uma construção compartilhada e respeitosa com os diversos parceiros – fundamentais para a realização das políticas – salientando a importância do fortalecimento das usuárias do SUS e sua participação nos órgãos de controle social. A PNAISM se baseia no direito à saúde e no cumprimento das diretrizes do SUS e considerou as seguintes questões para a sua formulação:

Conceituar as ações de saúde da mulher como política e não mais como programa, por entender que, conceitualmente, o termo política é mais abrangente que o termo programa, para ressaltar a resposta governamental a determinados problemas de saúde de certos grupos específicos, neste caso as mulheres; Introduzir e visibilizar novas “necessidades” de saúde das mulheres, até então ausentes das políticas públicas; Introduzir ações para segmentos da população feminina, todavia sem visibilidade social; Definir fontes de recursos e responsabilidades nos diversos níveis do sistema, de acordo com as diretrizes do SUS e os instrumentos de gestão adotados pelo Ministério da Saúde; Introduzir nas políticas a transversalidade de gênero, o recorte racial-étnico e as especificidades das mulheres que fazem sexo com mulheres (Ministério da Saúde/PNAISM, 2004, p.12).

A formulação da Política decorreu de uma análise crítica do atendimento prestado às mulheres nos serviços de saúde, com o intuito de estabelecer um modelo de atenção que respeitasse plenamente os direitos das usuárias. A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher reflete os princípios e a filosofia do SUS, levando em consideração a diversidade dos municípios brasileiros, incluindo suas características epidemiológicas e os distintos níveis de organização dos sistemas locais de saúde. Ela se apresenta como uma referência conceitual e técnica, não devendo ser considerada uma diretriz uniforme, a ser aplicada sem uma reflexão crítica e sem adaptação à realidade local.

A Política também incorpora, em sua concepção e formulação, o princípio da integralidade da atenção como um requisito essencial para atender às necessidades de saúde de forma abrangente, humanizada e hierarquizada. A proposta de modelo de atenção integral desenvolvida pela Política de Saúde da Mulher abrange diversas necessidades da população feminina, indo além das questões reprodutivas, e questiona as desigualdades sociais como fatores determinantes no processo de ocorrência de doenças, queixas e sofrimentos (mal-estares) entre as mulheres.

O documento apresenta que a situação de saúde abrange diversos aspectos da vida, como a interação com o meio ambiente, o acesso ao lazer, a qualidade da alimentação e as condições de trabalho, moradia e renda. No caso das mulheres, reconhece que esses desafios são exacerbados pela discriminação nas relações de trabalho e pela sobrecarga de responsabilidades

no trabalho doméstico. Fatores adicionais, como raça, etnia e situação de pobreza, intensificam ainda mais as desigualdades. Embora as mulheres tenham uma expectativa de vida maior do que os homens, elas enfrentam uma maior incidência de doenças. A vulnerabilidade feminina diante de certas doenças e causas de morte está mais relacionada à situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos.

Ao perscrutar a política buscando identificar quem são as mulheres ali compreendidas como os seus potenciais usuários, ressalta-se que a PNAISM considera a importância em articular e trazer à tona no debate, com a proposição de articular novas ações, a inclusão da atenção específica às mulheres rurais, com deficiência, negras, presidiárias, indígenas e lésbicas. Aqui, visualiza-se que, neste momento e política, as mulheres trans não estão destacadas entre aqueles que requisitam atenção específica. Além disso, a Política faz um levantamento de dados acerca das desigualdades enfrentadas nas distinções salariais que envolvem as relações patriarcais de gênero, a exclusão e o debate racial na especificidade brasileira³².

Seguindo a discussão tecida na política, pode-se observar um breve diagnóstico da situação da saúde da mulher no Brasil. Inicialmente, é abordado a importância em esquadrihar a heterogeneidade e multiplicidade de situações que imperam no país, levando em consideração as desigualdades socioeconômicas e culturais. O documento da PNAISM aponta que apesar da limitação em aprofundar essas diferenças no perfil epidemiológico da população feminina, é de extrema importância, a análise dessas disparidades no processo de implantação e implementação da Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, permitindo uma atuação mais adequada à realidade local e conseqüentemente com melhores resultados.

Nesse ínterim, destaca a PNAISM, os indicadores para avaliar as condições de saúde de uma população. Por conseguinte, foram analisadas as condições em que e como morrem essas mulheres, de modo que o documento ainda traz elementos levando em conta que certos problemas impactam de forma diferente homens e mulheres, dando ênfase à questão da violência. Segundo o documento, “enquanto a mortalidade por violência afeta os homens em grandes números, a morbidade, especialmente causada pela violência doméstica e sexual, atinge principalmente a população feminina” (PNAISM, 2004, p.25).

³² Veja mais em: 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, p.21-23,2004.

Além desses fatores, são assinaladas as disparidades existentes frente às distâncias territoriais e o acesso às Políticas Públicas, reconhecendo que o acesso aos serviços de saúde para a população rural ainda é um desafio significativo para o SUS. A dificuldade de acesso às mulheres rurais está relacionada a várias questões, como as desigualdades de gênero e trabalho, as longas distâncias entre as residências ou locais de trabalho e os serviços de saúde, a falta de infraestrutura adequada nos serviços locais e a falta de capacitação dos gestores e profissionais de saúde para lidar com os problemas de saúde específicos relacionados ao trabalho no campo. Apesar de incipiente, o Ministério da Saúde informa que está “adotando estratégias para a formulação de uma política de atenção à população trabalhadora e residente no campo”³³

Acresce-se no escrutínio da PNAISM o peso que o abortamento em condições de risco rebate na vida das mulheres. Apontando a situação da ilegalidade do aborto no Brasil e de que modo a alteração nas estatísticas que verificam a saúde da mulher podem ser alteradas devido à subnotificação desses casos devido à criminalização.

O aborto realizado em condições inseguras figura entre as principais causas de morte materna e é causa de discriminação e violência institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Violência que pode traduzir-se no retardo do atendimento, na falta de interesse das equipes em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação explícita com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas. Pela representação simbólica da maternidade, como essência da condição idealizada do ser mulher e da realização feminina, o aborto pode sugerir uma recusa da maternidade e por isso pode ser recebido com muitas restrições por parte dos profissionais de saúde (PNAISM, 2004, p.31).

Desse modo, visualiza-se que ao tratar do aborto, não se dispõe de modo explícito sobre o impacto desses abortos clandestinos na saúde mental da população feminina. Além de pouco falar da questão da gravidez na adolescência e suas repercussões na saúde mental das mulheres, deixando de considerar única e exclusivamente as questões que envolvem contracepção e bem-estar da criança gestada, ficando pouco aprofundada a discussão que perpassa essas problemáticas e quais os caminhos possíveis para sua superação enquanto política pública de atendimento ao público-alvo feminino.

No que concerne às DST/HIV, aqui chamaremos de IST (Infecções Sexualmente Transmissíveis), a PNAISM faz um adendo alarmando essa problemática na saúde pública, associada a um alto índice de automedicação e de acordo com o documento, durante a gestação, a IST e HIV podem gerar complicações e lesões ao feto e até mesmo causar um aborto, podendo

³³ (PNAISM, 2004, p.30).

causar um grande impacto psicológico nas mulheres. Concernente à violência doméstica e sexual, a PNAISM aponta:

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra a mulher. Pesquisa coordenada pela OMS (2002), em oito países, retrata o perfil da violência sofrida pelas mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. No Brasil, o estudo foi realizado em São Paulo e na zona da mata de Pernambuco. Nesses municípios, 29% das mulheres relataram violência física e/ou sexual por parte do companheiro. Em Pernambuco, 34% das mulheres relataram algum episódio de violência cometido pelo parceiro ou ex-parceiro. Dentre as mulheres agredidas, foram relatados problemas de saúde: dores ou desconforto severo, problemas de concentração e tontura. Nesse grupo também foi mais comum a tentativa de suicídio e maior frequência do uso do álcool (PNAISM, 2004, p.38).

Nessa abordagem, se comprova e ressalta o agravamento e repercussão da violência contra às mulheres e os seus rebatimentos na saúde psíquica-física-social, estendendo-se além do prisma que denota a doença de modo isolado e não conectado com a realidade vivenciada e posta às mulheres frente a esse adoecer, que por vezes, é silenciado e suturado por uma vida toda, expressando-se de modo particular em cada vivência-contexto, tendo como elo condutor a dor de ser violada. A PNAISM relata que os resultados dessa pesquisa citada³⁴ evidenciam que a violência sexual e/ou doméstica representa um sério problema de saúde pública. No entanto, apenas 16% das mulheres que relataram violência em São Paulo e 11% em Pernambuco procuraram hospitais ou centros de saúde (OMS, 2002). Esses números são preocupantes, especialmente considerando que São Paulo concentra a maioria dos serviços de referência no Brasil (BRASIL, 2002a), indicando uma falta de divulgação e dificuldades de acesso aos serviços.

No que tange ao atendimento, a Política Nacional de Atendimento Integral à Saúde da Mulher, exemplifica a importância da divulgação e o atendimento rápido e eficaz dessas mulheres em processos de adoecimento. De acordo com a PNAISM:

A avaliação do Programa de Combate à Violência contra a Mulher, implantado em Campo Grande, além de confirmar a elevada prevalência do problema da violência contra a mulher, também demonstra que uma boa divulgação facilita o acesso das mulheres aos serviços de saúde. Nos dois primeiros meses, foram atendidas aproximadamente 700 mulheres no Centro de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (BRASIL, 2001, p.39).

³⁴ PNAISM,p.38,2004

Ademais, a PNAISM irá relatar a questão de saúde da população feminina no período da adolescência, climatério/menopausa, deflagrando que, “a autoimagem, o papel e as relações sociais, as expectativas e projetos de vida também contribuem para o aparecimento e a intensidade dos sintomas” (PNAISM, 2004, p.42).

Considerando todas essas proposições, o tema “Saúde Mental e Gênero” irá aparecer no documento de forma explícita somente na metade da exposição acerca da Saúde Integral das mulheres, quando se dispõe que:

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 (PNAISM, 2004, p.45).

Desse modo, é notado a integralidade na análise das condições de vida das mulheres, afastando-se de um viés esvaziado e pouco substancial da questão da saúde mental que perpassa a subjetivação da população feminina e as inúmeras determinações que geram, produzem e/ou potencializa esse adoecer. Há, portanto, uma concepção de que o adoecimento mental é resultado das desigualdades de gênero que geram condições de vida marcadas por “ônus” e sobrecargas que “se sobrepõe às forças de qualquer pessoa” (Id. Ibid). Ou seja, reconhece a relação entre o cotidiano da opressão e exploração e o adoecimento mental. A política se baseia em um dado da realidade que ressaltamos neste estudo, nos capítulos anteriores: o crescimento das internações de mulheres pelos transtornos de humor, na inversa proporção das internações de maneira geral no SUS. Conforme o documento:

Os registros do SUS sobre internações psiquiátricas, entre 2000 e 2002 (SIH/SUS), demonstram que houve uma diminuição do total das internações psiquiátricas a partir de 2001. No entanto, as internações de mulheres motivadas pelo sofrimento causado pelos transtornos de humor (afetivos) vêm aumentando proporcionalmente. Isto é, no ano de 2000, elas representavam 12,4% do total de internações psiquiátricas em mulheres, em 2001, esse percentual foi de 12,8% e, em 2002, 13,9%, mantendo-se como a 2.^a causa de internações. As internações psiquiátricas de mulheres devido ao uso de álcool mantiveram-se como a 5.^a causa nos três anos observados, porém, assim como para os transtornos de humor, registra-se um ligeiro aumento, passando de 3,4% das internações em 2000, para 3,6% em 2001 e para 3,8% em 2002 (PNAISM, 2004, p.45).

Destaca-se também que as internações³⁵ motivadas por transtornos mentais e/ou comportamentais devido ao uso de substâncias psicoativas são uma causa crescente de preocupação. Essas internações ocupavam o 18º lugar nos anos 2000 e 2001, representando 0,9% do total de internações em mulheres. No entanto, em 2002, subiram para o 12º lugar, correspondendo a 1,4% das internações. Quanto aos transtornos mentais e comportamentais associados ao puerpério, a pesquisa realizada por Laurenti (2002) identificou 97 casos de suicídio relacionado à depressão, inclusive após o parto.

Tendo isto posto, a PNAISM sinaliza que é necessário intervir no modelo vigente de saúde mental, visando à integralidade e à incorporação das questões de gênero na formação dos profissionais em saúde, somando a análise das questões socioeconômicas e culturais. Aponta, portanto, uma articulação necessária com a política nacional de saúde mental e o processo em curso de reforma psiquiátrica no país. Contudo, quando se analisam as ações previstas, mostra-se nesta Política um quadro incipiente e pouco explorado a temática da saúde mental das mulheres, deflagrando um desenvolvimento baixo nas proposições de atendimento mais salutares e formas de enfrentamento com uma clareza e assertividade maior, tendo em vista o intrínseco e gigantesco valor da saúde mental numa política que retrata e propõe ações e melhorias nas condições de vida e bem-estar das mulheres.

Quanto à pergunta que circunda todo o debate tecido neste trabalho “quem são essas mulheres?”, a PNAISM irá abordar de modo conciso as especificidades e interseccionalidades dessas vivências. Inicialmente, expõe a demanda das mulheres lésbicas, propondo ações de saúde da mulher com recorte de orientação sexual, nos “estados/municípios com assessoria técnica em saúde das mulheres lésbicas; acesso à prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, colo de útero e de pulmão; Existência de coordenação ou área programática específica para mulheres lésbicas e bissexuais; Existência de fóruns e outros espaços políticos de participação da sociedade civil organizada”(2016,p.24)³⁶ Considera-se, todavia, importante considerar a violência intrafamiliar contra adolescentes lésbicas, que muitas vezes são expulsas de casa ou se tornam vítimas de violência sexual por parte de familiares, além de outras formas

³⁵Veja mais em: PNAISM, p.46,2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf

³⁶ Castro, L. M. X. de Simonetti, M. C. M., & Araújo, M. J. de O. (2015). Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM). Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres.

de violência, corroborando por sua vez, em implicações distintivas referente a saúde mental dessa parcela da população que é marginalizada e silenciada.

Além disso, a PNAISM retrata a saúde das mulheres negras no Brasil, demonstrando que a maioria significativa das mulheres negras vivem abaixo da linha de pobreza, apresentando taxas de analfabetismo duas vezes maiores em comparação com as mulheres brancas. Essa realidade limita seu acesso aos serviços de saúde de qualidade, resultando em um maior risco de contrair e falecer de certas doenças em comparação com as mulheres brancas, tornando-se basilar a inserção do debate étnico-racial no estabelecimento de metas para um melhor equacionamento de estratégias, ações e mecanismos de operacionalização da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), verificando de que forma essa população adoece e morre, e de qual maneira será avaliada a qualidade de vida da população negra.

Ainda dispondo de caráter não homogeneizante da conceituação de mulheres, a PNAISM versa sobre a saúde das mulheres indígenas. Relata o documento que:

O Ministério da Saúde assumiu, desde agosto de 1999, por intermédio da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), a responsabilidade de estruturar e operacionalizar o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, articulado com o Sistema Único de Saúde (SUS) (PNAISM,2004, p.53).

Sinaliza também a insuficiência de dados epidemiológicos disponíveis para avaliar os problemas relacionados à saúde das mulheres indígenas. Além disso, a PNAISM irá delimitar a especificidade da saúde das mulheres residentes e trabalhadoras na área rural, não explorando, todavia, o caráter dos rebatimentos na saúde mental. Além disso, a política retrata de modo breve, a saúde das mulheres em situação de prisão, trazendo somente a necessidade de “ações no nível da atenção básica dentro dos presídios, como pelas referências para média e alta complexidade, com garantia do atendimento das demandas específicas das mulheres presidiárias por meio de uma atenção diferenciada dentro do conjunto de ações do Sistema Único de Saúde” (PNAISM,2004, p.56).

Nesse sentido, foi instituído pelos ministérios da Saúde e da Justiça, pela Portaria Interministerial n.º 1.777, de 9 de setembro de 2003, o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário, que tem como objetivo prover a atenção integral à saúde da população penitenciária brasileira (PNAISM,2004, p.57).

Não se identifica, assim, nenhuma referência específica ao atendimento em saúde mental, tendo em vista a consubstancialidade, retratando somente, no caso das mulheres que

estão no sistema carcerário, o atendimento de “alta-complexidade”, sem maiores explicações de desenvolvimentos e propostas interventivas.

Apesar de não ser suficiente a PNAISM, é inegável a importância e fortalecimento dessa Política frente aos rebatimentos, sucateamento e desmonte da saúde pública e do SUS, levando em consideração a agenda neoliberal e a desestruturação de direitos na sociedade capitalista-farmacológica-racista-patriarcal. A PNAISM, no que tange a saúde mental, possui como objetivos:

Implantar um modelo 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 que possuem transtornos mentais (PNAISM,2004, p.71).

Portanto, é salutar verificar que apesar da política não abarcar todo o escopo referente a efetivação de direitos e qualidade de vida, cabe aqui, equalizar os limites da PNAISM e suas possibilidades de fortalecimento no que tange a saúde mental das mulheres. Como toda política, ela é resultado de uma correlação de forças e se realiza no contexto geral de um Estado marcado fortemente pelo ajuste fiscal neoliberal que limita as possibilidades de avanço nas políticas e da força do conservadorismo que já se fazia presente naquele momento.

Apesar dos limites dados, é importante ressaltar que, naquela conjuntura, esta política significava um avanço, resultado das lutas dos movimentos de mulheres e feministas e dos sujeitos ali presentes. A partir de 2016, com o Golpe jurídico-parlamentar-midiático e a agenda de aprofundamento do neoliberalismo e, posteriormente, da ascensão da extrema direita que levou Bolsonaro ao poder, verificamos profundos retrocessos em todos os aspectos e diretrizes que a PNAISM apontava. Ademais, influi ao fator que não foi abordado anteriormente, devido ao marco cronológico-temporal, a pandemia do Covid-19 e seus inúmeros rebatimentos/agravamentos na saúde mental da população e em específico, na vida das mulheres e os dos seus variados contextos de existência.

Nessa conjuntura de 2016, destaca-se que, a cena de posse do presidente interino e ilegítimo (Michel Temer) cercado por ministros também ilegítimos, exemplifica o conceito de patriarcado como um sistema de poder dominado pelos homens. A ausência completa de mulheres no gabinete do governo interino reflete a predominância conservadora que se estabeleceu no poder político do país naquele momento. A posterior inclusão simbólica de

mulheres não consegue superar o significado dessa cena original, pois essas mulheres contribuem para manter o poder opressivo que as marginaliza.

É importante destacar que desde a campanha eleitoral de 2014, expressões misóginas já eram utilizadas como arma pelas forças políticas conservadoras. Após a eleição da presidenta Dilma Rousseff, essas forças, insatisfeitas com a derrota e desrespeitando as regras democráticas, intensificaram os ataques e recorreram a todos os tipos de preconceitos contra as mulheres na política para desqualificar pessoalmente uma mulher como líder do país.

Assim sendo, a violência sexista foi e é utilizada como um elemento de desqualificação política e como ameaça para todas as mulheres. A violência sexista foi utilizada como uma arma contra a presidenta eleita Dilma Rousseff, mostrando que o machismo é um elemento central para uma forma de disputa política baseada na truculência e na ausência de princípios éticos, esse caráter sexista e misógeno também foi abissalmente reiterado no governo de Jair Bolsonaro e sua “trupe”. Na esfera pública, as mulheres são minoria absoluta em qualquer espaço de representação política e de tomada de decisão. Os setores conservadores e fundamentalistas impõem um poder sobre o Estado que ferem também os princípios democráticos da laicidade, impedindo a plenitude do acesso e da vivência das mulheres aos direitos reprodutivos e sexuais, por exemplo.

Jair Bolsonaro aliado a Damares Alves, com o ideário da dita “defesa da família”, na concepção desse (des)governo, não buscou assegurar a sobrevivência e dignidade das famílias brasileiras, mas sim impor e preservar a todo custo um modelo idealizado de família nuclear capitalista, baseado em normas heteronormativas e patriarcais, onde o papel social da mulher é subordinado ao patriarca e requer obediência.

4.2 A política nacional de saúde mental frente ao adoecimento da população feminina

*“Y pra enfrentar a força bruta:
resistir é maior, é pra aguentar
o prant o espanto e o tanto
que eles (que só parecem
tantos) querem acabar
a gente:*

*a gente povo
a gente água
a gente bicho
a gente mata
a gente pedra
a gente rio vento mundo*

nossa seiva é maior

*porque a gente é maior
y a vida é maior
que o medo da morte.*

(Tatiana Nascimento)

Para a construção de uma pesquisa da conjuntura sócio-histórica das Políticas Públicas voltadas ao atendimento das mulheres em adoecimento mental, é necessário resgatar, de modo sintetizado, a construção da Política de Saúde Mental no Brasil e situá-la no contexto da reforma antimanicomial.

Na sociedade moderna, as pessoas acometidas de sofrimento psíquico foram submetidas a uma forma de tratamento baseada em internações nos hospitais psiquiátricos. Nessa direção, as instituições psiquiátricas no Brasil utilizaram como referencial a prática do alienismo francês que propunha o “isolamento terapêutico” como forma de obtenção da cura para a doença mental. Neste sentido, cabia à família o papel passivo de espera do resultado do saber psiquiátrico.

A partir das transformações societárias e das mudanças nos “saberes psi”, a forma inicial da relação entre família e pessoas com transtorno mental é deslocada, e a família é colocada como agente patológico – ou seja, é culpabilizada e responsabilizada pelo adoecimento psíquico. Na década de 1970, ocorre uma inversão profunda nessa análise, e a relação da família com o indivíduo que possui transtorno mental é compreendida para além do interior do grupo doméstico e passa a ser analisada como processos macrossociais. Ainda nesta década, com o movimento sanitário atrelado ao decurso da redemocratização no Brasil, com forte viés de transformação, torna-se notório a mudança nos moldes de atenção e gestão nas práticas de defesa da saúde coletiva. Em decorrência disso, urge a demanda de uma reforma psiquiátrica e ganha força a luta antimanicomial, com ideais de promoção de uma melhor qualidade de atendimento e assistência na saúde mental.

Surge o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) em 1978, integrando trabalhadores do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas introduzindo o contexto de desinstitucionalização das políticas públicas em psiquiatria (HJM/SESAP, 2021).

Em meados da década de 1990, podemos ver o embainhamento da Reforma Psiquiátrica em termos de construção de política pública, elaborada através de Secretarias de saúde municipais, reverberando nas instalações dos CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) e NAPS

(Núcleo de Atenção Psicossocial). Entretanto, foi somente em 2005 que a política de saúde conseguiu recursos financeiros para arcar com o funcionamento desses centros.

Com o estabelecimento do Sistema Único de Saúde - SUS, “a promulgação de Leis que favorecem o viés assistencialista dando importância e redirecionando os investimentos em saúde mental, garantindo a proteção e os direitos das pessoas, concomitante ao processo de desinstitucionalização nas internações possibilita a instituição de mecanismos claros, eficazes e seguros para a redução de leitos psiquiátricos no país (HJM/SESAP, 2021).

A Política Nacional de Saúde Mental, ancorada na lei 10.216/02³⁷, busca consolidar um modelo de atenção à saúde mental aberto e de base comunitária. Isto significa uma mudança do modelo de tratamento: no lugar do isolamento, o convívio com a família e a comunidade. Desse modo, garante a livre circulação das pessoas com transtornos mentais pelos serviços, comunidade e cidade, e oferece cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. A desinstitucionalização é um pilar da construção desta política.

Este modelo conta com uma rede de serviços e equipamentos variados tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência e Cultura e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III). O Programa de Volta para Casa (2001) oferece bolsas para egressos de longas internações em hospitais psiquiátricos e faz parte desta Política. Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais e tem como um dos objetivos estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia e oferecer-lhes atendimento médico e psicológico.

Entre os elementos identificados na Política de Saúde Mental, foram realizadas buscas da caracterização da vivência das mulheres no contexto de adoecimento mental, entretanto, não foi possível visualizar, de modo substancial, uma Diretriz ou Programa voltado especificamente para a atenção à saúde mental das mulheres no arcabouço da política e no seu desenvolvimento ulterior. Apesar disso, verifica-se as RAPS (Rede de Atenção Psicossocial) e sua importância com a expansão de serviços de base territorial, e uma rede de atenção de qualidade, que prevê cuidado integral e assistência multiprofissional para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. E como referido anteriormente, essa Rede está alicerçada num contexto conflitante e ambíguo de sucateamento, enfraquecimento e subfinanciamento que visa reduzir as RAPS e aumentar a responsabilidade

³⁷ Brasil. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001. Disponível em: L10216 (planalto.gov.br). Acesso em 02 de julho, 2023.

individual da problemática da saúde mental e expandir as Comunidades Terapêuticas e práticas pautadas na filantropia.

Uma contradição colocada é a preponderância das mulheres no cotidiano dos CAPS na condição de cuidadoras de pessoas com transtorno mental, como ocorre na política de saúde de maneira geral, evidenciando a divisão sexual do trabalho na provisão dos cuidados. Estudos realizados por Lins (2018; 2021) investigam a presença majoritária das mulheres como cuidadoras de pessoas com transtorno mental na RAPS, apontando a reprodução, nesta política, da tendência de apropriação de seu tempo no trabalho de cuidados não remunerado e os rebatimentos dessa condição na sua própria saúde mental. Conforme apontam estes estudos

No contexto particular do CAPS, podemos observar os diferentes rebatimentos dos trabalhos de cuidado na vida das mulheres, em sua maioria não brancas, que sobrevivem em condições precárias, de pobreza, dificuldades no acesso à educação, lazer e saúde que executam um trabalho socialmente invisível com alto grau de apropriação, precarização e solidão, comprometendo sua saúde física e mental (LINS, RODRIGUES e FERREIRA, 2018, p. 105).

Vale ressaltar que essa apropriação do tempo das mulheres nos cuidados, socialmente naturalizada como “amor materno” (Id. Ibid) e responsabilidade das mulheres, é funcional ao capital por isso realçada no neoliberalismo. Conforme as autoras citadas, “com o neoliberalismo configurando a intervenção do Estado (...) passa-se a responsabilidade de ações de saúde e educação para a família, sejam os cuidados a doentes, crianças, idosos, pessoas com deficiência” (LINS, RODRIGUES, FERREIRA, 2018, p. 93).

A política de saúde mental, assim como as políticas de saúde da mulher, sofreu duros ataques durante o Governo Bolsonaro, seja em termos orçamentários, uma vez inserida na política de saúde e submetida ao famigerado teto de gastos imposto no governo Temer e mantido no governo da extrema-direita, seja pela tentativa de retomar o modelo manicomial por este último. No caso da PNAISM, o ataque se deu em diferentes frentes, mas sobretudo pelo desfinanciamento, a desestruturação da própria área de saúde da mulher e, finalmente, o ataque direto aos direitos sexuais e direitos reprodutivos.

Vale aqui destacar que esses impactos foram mais duros em função dos diferentes níveis de institucionalização da política: a política de saúde mental, sancionada em lei, configurou-se como política de Estado, portanto, mais refratária aos retrocessos; já a PNAISM se configurou como uma política de Governo, não alçada à condição de lei, e, portanto, esteve mais suscetível aos ataques, ao desfinanciamento e aos retrocessos. A não conformação das políticas para as mulheres como políticas de Estado leva, portanto, a esse permanente recomeço e as dificuldades no seu desenvolvimento, especialmente nos contextos de crise do capital e ofensiva neoliberal

quando, como afirma sabiamente Beauvoir: “nunca se esqueça que basta uma crise política, econômica ou religiosa para que os direitos das mulheres sejam questionados. Estes direitos não são permanentes”.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

“A urgência dos nossos sonhos não espera o sono chegar”

(Tatiana Nascimento)

Conforme elencado anteriormente, o objetivo central do trabalho foi discutir os determinantes sociais e históricos do adoecimento mental de mulheres. Os específicos agregaram-se da seguinte forma: Apreender as condições de vida e de trabalho das mulheres brasileiras e suas implicações sobre a saúde mental; compreender a relação histórica entre gênero e políticas de saúde mental; perscrutar quem são as mulheres acometidas por maior vulnerabilidade ao adoecimento mental; e identificar como a política nacional de saúde mental incorpora e enfrenta os determinantes sociais do adoecimento mental das mulheres.

Consideramos que, para os limites de um TCC, o objetivo geral foi alcançado e boa parte dos objetivos específicos tenha sido potencialmente alcançada, o que sofreu maior limitação foi a categorização de “quem são essas mulheres”, pois a discussão abrangeu, de forma insatisfatória, apenas as mulheres cis, diante da escassez de material, pesquisa e debate que incluíssem as mulheres trans no centro da questão do adoecimento mental e suas determinações. Diante do fato de que o Brasil é o país que mais mata pessoas trans no mundo, é urgente romper esse silenciamento. As limitações desta pesquisa não significam o apagamento da população trans, mas evidenciam a dificuldade de encontrar pesquisas e conhecimentos que contemplem as pessoas trans em sofrimento psíquico, suas implicações e consequências.

Ademais, as apreensões significativas neste trabalho, em confluência com o alcance dos objetivos assim propostos, consistiram na possibilidade de analisar a questão do adoecimento mental entre as mulheres, em uma perspectiva crítica de totalidade, considerando o novelo de consubstancialidade das relações sociais de raça, gênero e classe, conforme assinalado por Kergoat. Nesse ínterim, foi primordial a discussão pautada no materialismo histórico-dialético e no feminismo materialista, não homogeneizando os grupos sociais e os que possuem, em sua instância, um contexto carregado de contradições e negações de direitos. Desse modo, nosso percurso reforça que foi e é basilar constituir um arcabouço da integralidade e da diversidade da categoria mulheres e dos rebatimentos na geração do mal-estar psíquico, com base no pensamento decolonial, antimanicomial e antirracista, correlacionando e dimensionando a conexão entre as relações patriarcais de gênero e as relações de poder de classe e raciais.

Os resultados obtidos, portanto, foram essenciais para apreender que a acumulação de capital, o assalariamento da classe trabalhadora e a divisão sexual do trabalho dependem do trabalho doméstico, que desvela uma ordem social em que esta divisão sexual está intrinsecamente ligada aos interesses do capital. Diante disso, foi possível inferir na pesquisa que a apropriação das mulheres (GUILLAUMIN, 2014) perdura na monopolização da força de trabalho do gênero feminino, pois ela não se refere somente ao trabalho de modo físico, isolado e único e sim, implica a apropriação da pessoa em si, rebatendo, de modo direto na produção de adoecimentos.

Por sua vez, Rachel Gouveia (2023) ressalta a intensa interseção entre racismo, sexismo e classismo na formação da identidade negra feminina, que está intimamente relacionada ao trauma psicossocial decorrente do período colonial, e isso influencia os processos de subjetivação da população brasileira. Outrossim, reflete também no impacto da violência nos processos de adoecimento e mal-estar cíclico. O estupro é um elemento central para entender o genocídio da população negra, pois ele degrada e mutila a pessoa, desestruturando-a psicologicamente. (FLAUZINA; PIRES, 2020, p.70). Assim, “a violência sexual causa uma espécie de morte em vida” (Flauzina & Pires, 2020, p.72) e, ao expormos o silêncio e a naturalização do sofrimento das mulheres negras, vemos uma faceta do genocídio que é frequentemente esquecida no processo de perpetuação da morte: a psiquiatrização, a patologização e a medicalização.

Na contemporaneidade, constata-se que a conjuntura sociocultural e econômica e a sociabilidade sob a hegemonia do neoliberalismo refratam abissalmente e se expressa na gestão do sofrimento psíquico, de modo individualizado e culpabilizante. O adoecimento mental é sintoma e produto desta ordem social e por isso se agrava exponencialmente. Portanto, deve-se considerar as determinações que influenciam a convivência social, a capacidade coletiva de trabalhar, amar e afirmar identidade. Isso tudo é afetado diretamente pela violência, polarização social, competição, insegurança e desamparo produzidos pelo neoliberalismo. Além disso, acrescenta-se o fator cada vez mais presente e difundido, na nossa sociedade, do imperativo da felicidade, as promessas de futuro, as diversas maneiras de considerar o fracasso e suas implicações no modo de viver, existir e constituir dignidade humana.

Além disso, a hierarquização das relações de gênero, raça e classe tem um papel crucial nos processos de elaboração da dor e na capacidade de a expressar subjetivamente. Isso implica que aqueles que não têm condições econômicas para sobreviver muitas vezes não podem se expressar plenamente, pois vivem apenas o sofrimento da sobrevivência, não tendo a chance de experimentar o sofrimento existencial (BASAGLIA, 1979, p. 38). Ademais, e como

consequência das condições de sobrevivência, ocorre a posterior medicalização e farmacologização do sofrimento.

Portanto, e conforme afirma Passos (2023, p.86), endossamos neste TCC que é necessário considerar que “a incessante busca por alívio não pode ser reduzida a uma patologia e sim, compreendida como um grande sintoma social do que denominamos de trauma psicossocial colonial”. Portanto, deduz-se que as cicatrizes psíquicas (Kilomba,2019) provocadas pelo racismo na sociedade industrial-prisional e no complexo manicomial-farmacológico configuram e se manifestam de modo determinante na atualidade brasileira.

Como mencionado anteriormente, o sistema capitalista é por si, um sistema fundamentado nos princípios da desigualdade e da propriedade privada. Tal sistemática produz uma sociabilidade repleta de relações desiguais, onde predomina a concentração e centralização do capital por um lado, pobreza e discriminação por outro lado. Diante dessa construção de relações, o poder social se manifesta por meio da posse ou ausência de capital.

Compreendendo os resultados obtidos no trabalho, a pesquisa, que debate acerca dos determinantes sociais do adoecimento das mulheres, possui uma significativa contribuição para produção de conhecimento e pesquisa para o Serviço Social, tendo em vista que o processo de aprendizagem é fortalecido, propondo ao máximo se distanciar de práticas e discursos tecnicistas, homogeneizantes, robotizados, antiéticos, messiânicos ou fatalistas. Buscando aliar-se ao projeto ético político atribuído de uma capacidade investigativa, crítica e capaz de propor intervenções na realidade social, enlaçando ensino, pesquisa e extensão.

O projeto ético-político do Serviço Social na era das finanças enfrenta profundos desafios tendo em vista a ideologia neoliberal que compreende o Estado gerencial, ou seja, regido sobre princípios e lógicas que se aproximam a de uma empresa, onde o processo de gestão das políticas públicas se deteriora cada vez mais. O desafio do Serviço Social ocorre mediante a defesa intransigente de ruptura com essa leitura culpabilizante e imediatista que desconsidera a questão social e as relações patriarcais de gênero, enoveladas pela coextensividade da raça/etnia, classe. Esse “nó”, portanto, deve sincronizar com as práticas do profissional, levando em consideração que essa consubstancialidade é uma “unidade indissociável das relações de poder de sexo, raça e classe” (Hirata, 2014, p. 61), ou seja, à forma como essas categorias se entrelaçam e se influenciam mutuamente na produção das desigualdades sociais. Nesta perspectiva de luta por direitos sociais, o Serviço Social conta com um Projeto Ético-Político da profissão que o direciona no sentido da análise crítica societária pela qual a luta por garantias de direitos é central. Por este viés, a produção de conhecimento acerca das expressões da questão social, dos movimentos sociais e políticas públicas é de

extrema relevância para a construção de um Serviço Social transformador da sociabilidade capitalista e a conquista da emancipação humana.

Os resultados alcançados ao longo deste percurso são muito relevantes, considerando a importância das categorias das relações patriarcais de gênero, da divisão sexual do trabalho e da família como dimensões estruturantes da vida social, possibilitando a compreensão da dinâmica social, das condições de vida das mulheres e das inúmeras violências instauradas na sociabilidade heteropatriarcal-machista-racista-capitalista-burguesa, centrados na intensificação da psiquiatrização, medicalização, patologização e farmacologização das particularidades e singularidades do adoecimento mental. Ressalta-se a especificidade de contradições existentes na realidade brasileira, da função da manicolonialidade e dos seus rebatimentos.

Embora a Política de Saúde Mental esteja intrinsecamente ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS), à Política Nacional de Saúde Mental e a outras políticas intersetoriais, é crucial reconhecer os contínuos impactos que o capitalismo e suas diversas manifestações exercem na efetivação dos direitos de cada indivíduo que necessita de tratamento adequado. Por fim, as Políticas de Saúde Mental e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher evidenciam possibilidades de superação e enfrentamento, embora permeadas por desafios, diante da conjuntura de repercussões e desfinanciamentos.

*“Apesar das ruínas e da morte,
Onde sempre acabou cada ilusão,
A força dos meus sonhos é tão forte,
Que de tudo renasce a exaltação
E nunca as minhas mãos ficam vazias”*

(Sophia de Mello Breyer Andresen)

REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, Clara. **Marxismo, feminismo e o enfoque de gênero**. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ARAÚJO, M. J. O. Saúde mental das mulheres. **Cadernos de Crítica Feminista**, Ano.VII, N.6, dezembro,2013, pp.90. 106.Disponível em:<https://drive.google.com/file/d/1mAgkGxR-BqL43WLXQRtSUF7P4oLAQKPU/view?pli=1>. Acesso em: 17/04/2023.
- AVILA, B.M.2016. “**O patriarcado usou, ao longo da história, a força e a violência contra as mulheres**”. Disponível em: <https://soscorpo.org/?p=4347>. Acesso em: 10 jul. 2023.
- BARROSO, Milena Fernandes. Notas para o debate das relações de exploração-opressão na sociedade patriarcal-racista-capitalista. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 133, p. 446-462, set./dez. 2018.
- BONINO, L. **Micromachismos**. Madrid: CESCO, 1998.
- BRASIL. Lei nº 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**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 abr. 2001.Disponível em:L10216 (planalto.gov.br). Acesso em 02 de julho,2023.
- BRASIL. 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.
- BRASIL. **Secretaria de Políticas para as Mulheres. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM). Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2016**. Disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf. Acesso em: 28 de julho.2023.
- BURÍN, M. y cols. **El Malestar de las Mujeres: la tranquilidad recetada**. Buenos Aires: Paidós, 1990.
- CARDOSO, A.J.C. *et al.* Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia, **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, vol.44, nnº127, pp.1.105-19, out-dez.2020.
- CASTRO, Mary G.; LAVINAS, Lena. Do feminino ao gênero: a construção de um objeto. *In*: COSTA, Albertina de Oliveira; BRUSCHINI, Cristina (Org.). **Uma questão de gênero**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.
- CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- D’ATRI, Andrea. Pão e rosas: **identidade de gênero e antagonismo de classe no capitalismo**. São Paulo: Edições Iskra, 2008.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Elefante, 2017.

FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia. **Trabalho produtivo e reprodutivo no cotidiano das mulheres brasileiras**. Recife: SOS Corpo, 2014.

FERREIRA, Verônica; ÁVILA, Maria Betânia; FALQUET, Jules; ABREU, Maira (Org.). **O Patriarcado Desvendado: teorias de três feministas materialistas: Colette Guillaumin, Paola Tabet e Nicole-Claude Mathieu**. Recife: SOS Corpo, 2014.

FLAUZINA, A.L.P; PIRES, T. Uma conversa de pretas sobre violência sexual. *In*: PEREIRA, B.; MELO, M. de (orgs.). **Raça e gênero: discriminações, interseccionalidades e resistências**. São Paulo: EDUC, 2020.

GONZALES, L. Racismo e sexismo na cultura brasileira. *In*: DA SILVA, L. H. (Org.). **Movimentos sociais urbanos, minorias étnicas e outros estudos**. Brasília: ANPOCS, 1984. p. 223-244.

HIRATA, H. **Novas configurações da divisão sexual do trabalho**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.

HIRATA, HELENA, *et al.* A classe operária tem dois sexos. **Estudos Feministas**, vol. 2, no. 3, 1994.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, set. dez. 2007.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2021.

IBGE. Estatísticas de gênero: **indicadores sociais das mulheres no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101681.pdf>. Acesso em: 28/05/2023.

KILOMBA, Grada. **Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano**. Tradução de Jess Oliveira. Rio de Janeiro: Editora Cobogó, 2019.

LAURENTI, Ruy; Jorge, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). **Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos com ênfase na mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde/OPAS/USP, 2002.

LINS, Aryadne Castelo Branco Correia. **Consequências do cuidado à pessoa com transtorno mental na vida das mulheres**. 2021. 118 p. Dissertação, (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)-Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2021.

LINS, Aryadne Castelo Branco Correia; RODRIGUES, Cleide Maria Batista; FERREIRA, Verônica Maria. As Mulheres No Contexto De Cuidado Da Pessoa Com Transtorno Mental. *In*: **Cadernos de Estudos Sociais e Políticos**, Rio de Janeiro, vol. 8, n. 15, 2019. P. 88-109.

MARTÍN-BARÓ, I. Guerra e Saúde Mental. *In: Crítica e libertação na Psicologia: estudos psicossociais*. Petrópolis: Vozes, 2021.

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico - **Mortalidade por suicídio e notificações de lesões autoprovocadas no Brasil**. [Volume 52 |Nº33| set. 2021]. Brasília: Ministério da Saúde.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. BrasíliaDF, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 11/10/2022.

MOTA, A.E. Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina. **Configurações**, n. 10, p. 29-41, 2012. Disponível em :Crise, desenvolvimentismo e tendências das políticas sociais no Brasil e na América Latina (openedition.org). Acesso em 2 de julho, 2023.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 2000.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão**. São Paulo: Hucitec, 2023.

PASSOS, Rachel Gouveia. **Trabalho, Gênero e Saúde Mental: contribuições para a profissionalização do cuidado feminino**. Rio de Janeiro: Cortez, 2018.

PEREIRA, M.O.; PASSOS, R.G. **Luta Antimanicomial e Feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a Reforma Psiquiátrica brasileira**. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PISCITELLI, Adriana. Re-criando a (categoria) mulher? *In: ALGRANTI (org.). A Prática Feminista e o Conceito de Gênero: Textos didáticos*. São Paulo: IFCH/Unicamp, 2002.

SAFFIOTI, H. **Gênero, Patriarcado e Violência**. São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SCOTT, Joan. **Gender a useful category of historical analyses**. Gender and the politics of history. New York, Columbia University Press. 1989.

SOUSA, Luana Passos de. GUEDES, Dyeggo Rocha. A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década. *In: Estudos Avançados. Estud.* av. vol.30 no.87 São Paulo May. /Aug. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010340142016000200123. Acesso em 14 de out de 2022.