

UNIVERSIDADE EVANGÉLICA DE GOIÁS – UNIEVANGÉLICA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

Camila Lopes Rodrigues
Luciana de Souza Leite Pinheiro

VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

ANÁPOLIS

2022

Camila Lopes Rodrigues
Luciana de Souza Leite Pinheiro

VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à
Universidade Evangélica de Goiás–
UniEvangélica, como requisito parcial à
obtenção do título de bacharelado em
Psicologia

Orientadora: Prof^ª Me. Jéssica Batista Araújo

ANÁPOLIS

2022

**CAMILA LOPES RODRIGUES
LUCIANA DE SOUZA LEITE PINHEIRO**

VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de curso apresentado à Universidade Evangélica de Goiás– UniEvangélica, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof^ª Me. Jéssica Batista Araújo

Banca Examinadora

Prof^ª. Me. Jéssica Batista Araújo
Professora-orientadora – Presidente da Banca
Universidade Evangélica de Goiás

Prof^ª. Me. Bárbara Naves dos Santos
Professora-Convidada
Universidade Evangélica de Goiás

Anápolis, 21 de junho de 2022.

Dedicamos esta monografia a todas as mulheres que foram - e ainda são - vítimas da violência de gênero presente em nossa sociedade e nos serviços de saúde mental. Não poderíamos deixar de agradecer, ainda, a todas as autoras e pesquisadoras que já se debruçaram - e ainda se debruçam - a este tema ainda pouco notado dentro da saúde mental e abriram nossos olhos para esta problemática, bem como a todas as profissionais que lutaram e lutam diariamente para transformar essa realidade na atenção à saúde mental e em todos os outros campos. Por fim, dedicamos esse trabalho a todas as mulheres de nossas vidas, amigas, familiares, colegas e companheiras da luta diária que é ser mulher neste mundo e cujas histórias nos inspiraram a pesquisar sobre este tema e compreendê-lo de maneira vívida.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos nossos amigos e colegas de curso, pela oportunidade de compartilhar essa trajetória de crescimento, construção de conhecimento, persistência e, muitas vezes, de angústia, e por terem nos fortalecido nesse caminhar.

A todos os professores que contribuíram para a formação de profissionais com senso crítico, éticos e comprometidos com a realidade social em que nos inserimos. E especialmente às professoras que nos mostraram, com seu exemplo, a possibilidade de sermos psicólogas e profissionais com reconhecimento, que se pronunciam e trabalham pela emancipação das mulheres.

A nossa orientadora, Jéssica, que chegou em um momento ímpar para engrandecer o curso de Psicologia. Agradecemos por ter compartilhado parte do seu conhecimento no decorrer do curso a partir de uma perspectiva crítica que se propõe a encontrar as linhas de fuga para lidar com os desafios presentes no campo da saúde mental. Agradecemos por ter acolhido tão bem o nosso trabalho e por fornecer os subsídios necessários não só para o desenvolvimento da monografia, mas também para o nosso desenvolvimento profissional. Você nos inspira!

À nossa professora convidada, Bárbara, que aceitou participar de nossa banca avaliadora e desde o princípio olhou de forma tão gentil para nosso trabalho. Agradecemos por ter acreditado em nós e nos incentivado durante nosso percurso acadêmico e por ser uma professora tão humana e próxima, que nos levou a escolhê-la para estar presente nesse momento de nossas vidas.

Às nossas famílias, por terem nos dado o suporte para adentrarmos e permanecermos na Universidade e atravessarmos essa etapa de nossas vidas.

E por fim, agradecemos a todos que estiveram presentes, direta ou indiretamente, e contribuíram para a nossa trajetória acadêmica. Nosso muito obrigada!

Eu não sou livre enquanto alguma mulher não
o for, mesmo quando as correntes dela forem
muito diferentes das minhas.

Audre Lorde

RESUMO

A violência de gênero, como fator constituinte da estrutura social, pode estar presente até mesmo em espaços que deveriam combatê-la. Considerando isso, este trabalho objetivou analisar a violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres ao longo da história, bem como realizar um paralelo com o presente. Para isso, foi realizada uma pesquisa qualitativa com estudo exploratório e de natureza básica, onde se utilizou bibliografias que dissertam sobre violência de gênero, saúde mental, direitos humanos, feminismo e seus entrelaçamentos, assim como documentos legais, como decretos, projetos de leis, leis vigentes, resoluções, referências técnicas e diretrizes. De acordo com os achados da pesquisa, verificou-se que, no princípio das elaborações das teorias psicológicas e psiquiátricas, as mulheres eram diagnosticadas, medicalizadas, encarceradas e punidas, sob a alegação de tratamento, pelos desvios às normas sociais estabelecidas para o seu gênero, uma vez que estas influenciavam fortemente a ciência. Conclui-se que a violência de gênero presente nos diversos campos da vida em sociedade, bem como os papéis designados às mulheres, determina seu sofrimento e adoecimento. No decorrer dos anos, mudanças foram realizadas, de maneira que atualmente existem autores e profissionais que se atentam a essa problemática. Entretanto, quando os profissionais desconsideram essas violências - em suas mais diversas formas - na compreensão do adoecimento das mulheres, acabam por reproduzi-las nos serviços de saúde mental. Assim, nota-se a necessidade de que novas alternativas de cuidado à saúde mental das mulheres continuem sendo pesquisadas, considerando a articulação entre saúde mental, gênero, raça e classe.

Palavras-chave: gênero, saúde mental, violência

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	4
AGRADECIMENTOS	5
EPÍGRAFE	6
RESUMO	7
INTRODUÇÃO	9
METODOLOGIA DA PESQUISA	12
BREVE HISTÓRICO DO LUGAR DA MULHER NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL	13
DO MANICÔMIO À RAPS: O DESENVOLVIMENTO PELO QUAL A COMPREENSÃO DA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES E O TRATAMENTO DISPENSADO A ESSAS PASSOU NO BRASIL	20
OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DAS TEORIAS E DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS MULHERES	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33
NOTAS DE RODAPÉ	38

INTRODUÇÃO

O gênero é um construto que confere significado às diferenças entre os sexos a partir das relações sociais, como forma de dar sentido às relações de poder. Sendo assim, é necessário compreender o gênero a partir de uma análise histórica, para que seja possível analisar como as identidades são construídas no decorrer da história e refletir sobre como o gênero está entrelaçado com o fenômeno das relações sociais e institucionais. Além disso, ressalta-se que as relações de gênero são produtos das necessidades do Estado (Scott, 1995).

A violência de gênero compreende não apenas atos pontuais de agressões explícitas, mas refere-se também às desigualdades de poder entre os sexos, fator constituinte da estrutura da sociedade patriarcal, que impõe a superioridade dos homens sobre as mulheres. Como tal, ela não está restrita ao âmbito doméstico, mas se dá também no campo político, econômico, social, cultural, educacional ou qualquer outro e se efetua em diversas formas de dominação dos homens sobre as mulheres (Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010; Pimentel, 2020; Assembleia Geral da ONU, 1993).

Levando em consideração a definição postulada pela Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres, proclamada pela resolução da Assembleia Geral 48/104 de 20 de dezembro de 1993, a violência contra a mulher é “qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, ocorrendo na vida pública ou privada” (1993, art. 1º).

Mediante ao que foi exposto a respeito do gênero e à violência relativa a esse construto, espera-se que a partir do presente trabalho seja possível visualizar novas perspectivas a respeito de velhas questões, particularmente sobre o tema da violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres, considerando o pressuposto de que “o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclua não somente o sexo, mas também a classe e a raça” (Scott, 1995, p. 93).

A partir da década de 60, os movimentos feministas internacionais e, posteriormente, nacionais, começaram a debater e explicitar pautas relativas ao âmbito privado da vida, no qual se inicia então uma visibilidade às violências sofridas pelas mulheres (Martins, 2015). Resultante de outro movimento social, mas com potencialidade para ser agregado por aquele, foi implantada, no Brasil, já na década de 90, a Estratégia de Saúde da Família, que reorganizou a atenção à saúde por meio da territorialização, proporcionando maior vínculo e proximidade dos profissionais de saúde com os usuários destes serviços. Essa configuração descortinou os

problemas que implicam na saúde, mas que anteriormente não eram reconhecidos como tal e nem alvo de intervenção deste setor de serviços. Dentre tais impasses, está a violência de gênero, que passa então a ser compreendida como um problema de saúde pública (Franzoi et al., 2011).

De acordo com Giffin (1994), para abordar a violência contra a mulher é necessário confrontar as definições de gênero presentes na sociedade e aumentar os recursos fornecidos às mulheres. Para Heise (1993), o sistema de saúde tem grande potencial para identificar e encaminhar as vítimas da violência, sendo importante que não haja uma re-vitimização diante da vítima pelos profissionais presentes nestes serviços. Com isso, ressalta-se que a violência de gênero pode ocorrer até mesmo em espaços que deveriam assegurar os direitos das mulheres, tais como na área de atenção à saúde mental.

Atualmente, o Código de Ética Profissional dos Psicólogos se traduz em uma série de normas que visam promover o respeito ao sujeito humano, assim como garantir seus direitos fundamentais. Dentre os princípios fundamentais previstos no documento em questão, observa-se que: “II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (Conselho Federal de Psicologia 010/2005, p. 7). Diante disso, verifica-se que a psicologia deve estar preparada para combater qualquer tipo de violência, incluindo a violência de gênero relatada no presente trabalho.

Considera-se inadequado inferir em termos analíticos que a saúde mental das mulheres é afetada meramente pelas relações de gênero. Contudo, desconsiderar esse caráter fundamental dos processos de subjetivação seria limitar a compreensão total do fenômeno (Nascimento & Zanello, 2014). Com isso, a violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres deve ser compreendida considerando as relações de gênero presentes na sociedade, bem como suas consequências. Desse modo, o presente trabalho propõe apresentar, no primeiro capítulo, um breve histórico do lugar da mulher no campo da saúde mental. Para isso, faz-se necessário debater sobre as principais teorias que foram propagadas sobre as doenças mentais atribuídas às mulheres no início das formulações teóricas da Psicologia no decorrer do século XIX e XX.

Dando continuidade a esse estudo, busca-se, no segundo capítulo, apresentar o tratamento dispensado às mulheres no Brasil com um recorte histórico da instauração dos manicômios no país até a instalação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), no presente século. Dessa forma, será possível demonstrar o desenvolvimento pelo qual a compreensão da saúde mental das mulheres passou no Brasil. Para finalizar, o terceiro capítulo pretende analisar as conquistas já adquiridas, bem como os desafios ainda enfrentados na garantia de um serviço

de saúde mental comprometido com a realidade das mulheres brasileiras e com a promoção de maior bem-estar e qualidade de vida, desde os processos referentes ao diagnóstico, até o encerramento das intervenções.

Dado o exposto, considera-se que esta pesquisa visa compreender a violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres a partir do desenvolvimento de uma perspectiva crítica, utilizando-se dos estudos de Foucault, para analisar o discurso político, jurídico, médico e psicológico e como estes empreendem as identidades sociais, destacando a importância da releitura dessas teorias a partir do engendramento de gênero. Neste sentido, objetiva-se desenvolver uma práxis crítica nos confrontos dos diversos saberes, apresentando propostas e discussões de reorganização do pensamento social, de modo a problematizar os comportamentos que se baseiam na violência e na negação de direitos, discursos e acessos no campo da saúde mental.

METODOLOGIA DA PESQUISA

Com o intuito refletir sobre a violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres, fez-se necessário estabelecer uma pesquisa qualitativa com estudo exploratório e de natureza básica. Para isso, utilizou-se referências bibliográficas que dissertam sobre gênero, violência de gênero, saúde mental, direitos humanos, feminismo e seus entrelaçamentos, assim como documentos legais, como decretos, projetos de leis, leis vigentes, resoluções, referências técnicas e diretrizes, que possibilitassem uma maior compreensão sobre como os diversos saberes lidam com o tema da saúde mental das mulheres. As fontes de pesquisa foram as bibliotecas, física e virtual, da Universidade Evangélica de Goiás e, também, artigos, livros, dissertações, teses e sites.

O método qualitativo, utilizado no presente trabalho, relaciona-se com o levantamento de dados e informações de um determinado tema, produzindo dados descritivos que aludem às próprias palavras dos autores. Deste modo, esse método não busca examinar o fenômeno em si, mas entender seu significado individual ou coletivo para a vida das pessoas. Diante disso, considera-se que “pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato. Este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado [...]” (Gil, 2008, p. 27).

Perante o exposto, ressalta-se que o intuito deste trabalho foi realizar, inicialmente, um resgate histórico da forma como o olhar para as mulheres pelos teóricos e profissionais da saúde mental se deu ao longo da construção desse campo e, posteriormente, propor uma verificação de como isso se desdobra atualmente. Por esse motivo, foi preciso buscar tanto autores clássicos dos séculos referidos (XIX e XX), quanto autores atuais que versam sobre a temática. Portanto, para cumprir com esse objetivo e obter uma visão ampla a respeito do tema, optou-se pela revisão de literatura não sistemática.

1 BREVE HISTÓRICO DO LUGAR DA MULHER NO CAMPO DA SAÚDE MENTAL

O tema da violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres possui significativa relação com os direitos humanos promulgados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, mas esta relação, ao contrário do que geralmente se pensa, não é natural e nem algo que sempre existiu. A ideia de sujeitos de direito e a efetivação destes é uma construção histórica e social, que se deu de maneira gradual, lenta e não-linear ao longo de muitos anos, numa interlocução entre transformações sociais e jurídicas. Esta Declaração vigente, só foi elaborada e promulgada em 1948, como uma resposta jurídica aos processos que se desdobraram das atrocidades cometidas na Segunda Guerra Mundial (Castro, Gontijo & Almeida, 2013; Jelin & Giambiagi, 1994).

A Declaração de Direitos anterior à atual, surgida com a Revolução Francesa (1789), recebia o nome de Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, demonstrando quem eram os sujeitos que tinham direitos reconhecidos na sociedade de então, dentre os quais as mulheres não tinham lugar. Pode-se acrescentar ainda, o fato de que Olympe de Gouge redigiu uma Declaração dos Direitos da Mulher e da Cidadã, buscando reivindicações de direitos para as mulheres, mas o documento foi rejeitado por unanimidade pela Assembleia Nacional Francesa em 1791. Posteriormente, durante o período do Terror, Olympe de Gouge foi condenada à guilhotina (Tedeschi & Colling, 2014; Tosi, 2005). Diante do exposto, percebe-se que as movimentações sociais, mesmo que morosamente, provocam mudanças no ordenamento jurídico e este produz normativas para criação e efetivação de políticas públicas, principalmente no âmbito da seguridade social, onde inclui-se a saúde mental (Almeida & Ávila, 2013).

A loucura possui a sua história, como tão bem mostra Foucault (1977a). No clássico foucaultiano *A história da Loucura*, há o percurso detalhado de como os corpos e experiências dos loucos foram capturados pelo discurso médico na modernidade, passando a ser lida como doença mental. Assim, segundo o autor, foi a partir do século XVIII, com o advento do pensamento racionalista, que a loucura passou a ser objeto de análise do discurso médico.

Com a instauração da modernidade, há a produção de uma nova racionalidade e novos sujeitos, que cada vez mais se calcam na racionalidade em detrimento do sensível, cultivam-se novas ilusões, criam-se paixões artificiais, e esses seres da não razão ameaçavam toda essa nova ordem de conceitos, ética e estética burguesa que emergia. Para dominar a imensa ameaça representada pela loucura surgiram as tecnologias de poder, mapeando e disciplinando essa força perigosa (Foucault, 1977a).

No entanto, a loucura não era a única ameaça ao projeto societário moderno. A ética estética que emergia era claramente masculina branca cristã, de modo que todos os desvios desse norte se configuravam como algo passível de controle, ao passo que as mulheres, excluídas desse projeto, também eram alvo dessas tecnologias de poder que se consolidavam, dentre as quais a medicina.

Nunes (2010) explica que os discursos médicos desse período buscavam delinear as diferenças entre os sexos, presumindo também patologias distintas para cada gênero. Assim, supunham que a histeria seria feminina, e a hipocondria, masculina. Essa diferenciação se deu no bojo da instituição do biopoder¹ na Europa, numa época em que havia uma preocupação com a qualidade da população para que a produção de riqueza pudesse ser alavancada. Para atingir essa qualidade, os papéis de homens e mulheres foram estabelecidos e a sexualidade e a vida femininas se tornaram alvo de maciça intervenção dessa biopolítica, a fim de controlar a reprodução e a saúde das crianças. Nesse contexto, as mulheres foram adestradas para a maternidade e outras possibilidades subjetivas foram classificadas como “antinaturais e antissociais” (Nunes, 2000).

Desde Platão até a ascensão do Iluminismo como ‘espírito da época’, a racionalidade passou por um percurso histórico no qual foi concebida de diferentes maneiras e ocupou diferentes espaços no pensamento humano. Rouanet (1992) destaca que a partir do Iluminismo, quando a racionalidade é estabelecida como essência constitutiva do ser humano, a ciência moderna buscou desenvolver estudos que explicassem a superioridade do homem, pautando-se nas diferenças corporais e biológicas. Desse modo, a história foi transformada em biologia e a biologia em destino. A partir dessas concepções, a sociedade falocrática se utilizou de diferenças biológicas, como o aparelho reprodutivo, para justificar as atividades que homens e mulheres deveriam exercer e legitimar a posição de inferioridade destinada às mulheres. Assim, a presença do útero e da capacidade de gestar foi explicada como fator que determinava uma aptidão das mulheres aos cuidados com os filhos e a casa, reduzindo-as ao seu útero (Nunes, 2000).

Como supracitado, a nova sociedade que emergia era pautada em valores e racionalidade produzida por um grupo: homem hétero branco burguês cristão, excluindo mulheres, não-héteros, não brancos e não cristãos no fabuloso mundo moderno, isto é, liberdade, igualdade e fraternidade não chegou para todos.

Com o intuito de justificar a crença da superioridade dos homens perante as mulheres, foi comum acreditar na ideia de que os homens possuíam maior tendência à razão, diferentemente das mulheres, que tendiam ao maior envolvimento com a paixão e a emoção

(Wilshire, 1977). Diante disso, vale ressaltar que, durante muito tempo “a razão não só se opõe à emoção, mas é associada ao mental, ao cultural, ao universal, ao público e ao masculino, enquanto a emoção é associada ao irracional, ao físico, ao natural, ao particular, ao privado e, obviamente, ao feminino” (Jaggar, 1977, p. 157). Sabendo que a razão foi privilegiada na modernidade em decorrência da imposição social de que a emoção era uma faceta apenas feminina, considera-se que as mulheres foram submetidas pela filosofia, pela ciência e pelo discurso médico, a um lugar social de inferioridade.

Além do exposto, ressalta-se que as mulheres foram colocadas em uma posição de passividade, visto que havia a prevalência de um pensamento dualista em relação ao gênero. Desse modo, ao homem era designado características de atividade, enquanto às mulheres, era atribuída a condição de passividade. A partir da hegemonia heterossexual, os homens eram considerados sexualmente ativos e as mulheres sexualmente passivas. Assim, o “confronto entre opostos é a base da sexualidade: o homem vai fazer e a mulher será feita” (Giffin, 1994, p. 150-15). Ademais, Pegoraro e Caldana (2008) apontam que o adoecimento mental feminino foi associado durante muito tempo da história à sexualidade apresentada pela mulher. Em outras palavras, observa-se que, devido aos ciclos e processos fisiológicos, as mulheres eram colocadas em uma posição de escravas da natureza, de modo que novamente lhes era atribuído um caráter de inferioridade na sociedade.

Foucault (1977b) mostra que a ciência moderna, pautada numa exaltação da racionalidade, buscava aperfeiçoar o homem, porém as doenças dos nervos apontavam uma contradição: quanto mais o ser humano se aperfeiçoa, mais frágil se tornava. A intensidade do controle sobre os corpos de loucos e mulheres não tardou em encontrar resistências. Aparece aqui a figura da histérica, uma doença dos nervos, sem correlato orgânico, sem regularidade sintomática, desafiando a medicina e os ideais burgueses.

Desse modo, o filósofo francês citado descreve que a medicina ocidental moderna, instaurada no século XIX, foi caracterizada pela racionalidade, cuja disciplina de ordem era a anatomia patológica, de acordo com a qual se buscava a explicação dos sinais e sintomas em lesões dos órgãos e tecidos. Neste contexto, a histeria era um quadro que acrescentava um embaraço para essa medicina somática, uma vez que apresentava vários sintomas corporais distintos que não encontravam relação com lesões anatômicas ou histológicas específicas.

Às vésperas do século XIX, os males então considerados doenças mentais – loucura – carregam uma culpabilidade, segundo a qual as manifestações da loucura são consequências psicológicas de desvios morais advindos de exageros de coisas não naturais. Assim, no século XVIII, os quadros sintomáticos denominados de histeria e hipocondria, que até então eram

compreendidos como decorrentes de causas orgânicas, passam a ser entendidos como manifestações da loucura (Foucault, 2014). ‘Loucura’ será aqui entendida assim como o faz Freitas (2018), a partir da perspectiva de Foucault, como “uma emergência histórica, inserida na esfera das práticas sociais e morais, como um instrumento de sujeição e não como algo da ‘natureza’ ou uma ‘doença’” (Freitas, 2018, p. 21).

A partir da prerrogativa de que o discurso a respeito da loucura se altera de acordo com a época e com as demandas históricas, percebe-se que as mulheres que não se adaptaram ao projeto biopolítico foram descritas como histéricas, sendo a histeria então entendida como uma forma de degenerescência psíquica. “O degenerado seria alguém que sucumbira a um processo civilizador deficiente, permanecendo em estágio evolutivo mais primitivo, constituindo ameaça ao desenvolvimento social” (Nunes, 2010, p. 377). Em decorrência desse cenário, verifica-se que a histeria foi utilizada como uma forma de patologizar comportamentos que iam contra as prerrogativas sociais daquela época. Com isso, considera-se relevante compreender a respeito do desenvolvimento da histeria enquanto um instrumento de controle sobre as mulheres, que na compreensão atual se configura enquanto uma violência de gênero por desconsiderar os fenômenos sociais e atribuí-los apenas à patologias intrínsecas às mulheres.

A histeria, que desponta com Hipócrates no século IV a.C., era classificada como moléstia feminina principal, sendo entendida como uma “sufocação da matriz ou hystero”, referindo-se ao útero. Na opinião do pai da medicina citado, o útero se movia no interior do corpo e isso explicaria uma série de doenças femininas, incluindo a “sufocação da matriz” (Cattoné, 1992 apud Nunes, 2010). Embora a concepção de histeria tenha atravessado toda a Antiguidade, no decorrer da Idade Média, a tese da sufocação da matriz foi perdendo espaço. Por outro lado, as justificativas para as convulsões e outras manifestações corporais pautaram-se em discursos relacionados à possessão diabólica e à bruxaria que deveriam ser resolvidos por padres e inquisidores da época (Trillat, 1991).

A condição da histeria retorna aos discursos médicos no século XVII, quando a teoria dos vapores, proposta por Lange em 1689, ganha evidência e restabelece a etiologia uterina da doença. Nesse período, entretanto, surgem as primeiras indagações sobre a histeria estar realmente associada ao aparelho reprodutor feminino e os médicos se dividem entre os que defendiam que a histeria teria origem nos órgãos reprodutores femininos e os adeptos da tese da etiologia neurológica, que situa a sede da histeria nas disfunções do sistema nervoso. Thomas Willis e Thomas Sydenham eram os principais defensores da tese que colocava a sede da histeria no cérebro. Porém, os teóricos que eram adeptos da concepção nervosa ainda restringiam o estudo da histeria como um fenômeno feminino (Nunes, 2010).

Sydenham (1784) apud Foucault (2014) aponta que a histeria, no século XVII, era também compreendida como uma penetração dos espíritos animais no corpo, que acometia com mais frequência as mulheres porque o “sistema dos espíritos animais” destas é menos firme, pois “levam uma vida mais mole e por estarem acostumadas às voluptuosidades ou comodidades da vida e a não sofrer” (Foucault, 2014, p. 287). Foucault descreve, também, a compreensão dos médicos do século XVIII sobre a suscetibilidade das mulheres à histeria, que relacionavam a sua causa à sensibilidade de suas fibras nervosas, também ligada à impressionabilidade da alma, “simpatia acentuada por tudo o que ocorre à sua volta” (Foucault, 2014, p. 292-293).

Maria Rita Kehl (2016) - autora contemporânea que concebe uma análise do percurso da produção psicanalítica sobre as mulheres - chama a histeria de “modo dominante de expressão de sofrimento psíquico” vivido pelas mulheres do século XIX diante do embate entre os novos anseios gerados pelo novo modo de vida, pelos ideais da burguesia nascente e pelas predeterminações da feminilidade imposta sobre as mulheres dessa classe. A vasta produção discursiva científica, filosófica, médica e moral da época se esforçava em preconizar para os comportamentos incluídos na feminilidade, a fim de sustentar o lar; entretanto “o imaginário social nunca é unívoco”, principalmente na modernidade, e outros discursos e expectativas entraram em conflito com os ideais da feminilidade.

Assim, os ideais de submissão feminina contrapunham-se aos ideais de autonomia de todo sujeito moderno; aos ideais de domesticidade contrapunham-se os de liberdade; à ideia de uma vida predestinada ao casamento e à maternidade contrapunha-se a ideia, também moderna, de que cada sujeito deve escrever seu próprio destino, de acordo com sua própria vontade (Kehl, 2016, p. 38).

Ao descrever o processo de ascensão da burguesia e as novas regras surgidas do sistema social vigente, que prega a ordem do progresso, da autonomia, da individualidade, da responsabilidade pelo próprio destino, da liberdade, de aventurar-se, a autora afirma ainda que “a neurose é a resposta possível para os impasses e as demandas conflitantes que incidem sobre o sujeito moderno” (Kehl, 2016, p. 31). A neurose é, para a Psicanálise, a estrutura psíquica na qual o ego se recusa a aceitar as pulsões do id e “opera a serviço do superego e da realidade (princípios morais), a partir do mecanismo do recalçamento” (Oliveira, 2008, p.120), isto é, caracteriza um sujeito que vive atormentado pelos imperativos sociais, na tentativa, sempre impossível, de atendê-los, e a histeria é uma das possíveis formas de adoecimento dentro da estrutura neurótica.

Para Kehl (2016), Freud, apesar de ter mantido a denominação “histeria” para o quadro sintomático das mulheres modernas, foi um dos primeiros a ouvir o que elas tinham a dizer sobre o seu sofrimento, que não era mencionado pelos psiquiatras. Entretanto, ele compartilhava da ideia de que as mulheres eram destinadas por natureza aos cuidados domésticos e a seus atributos correlatos, e acreditava que curar as histéricas seria ajustá-las aos ideais de ‘feminilidade’. Em seus últimos textos, tornou pública sua decepção com a incapacidade da psicanálise em realizar tal cura.

Ainda que tenha dado voz às angústias das mulheres modernas, Freud manteve-se de certa maneira cego sobre o desejo feminino, representando a mulher como “o continente negro da psicanálise”, o que é visto por Maria Rita Kehl como um recurso para permanecer desinformado quanto ao que ele “não queria saber”, apesar de já ter desvelado ao mundo: “a diferença fundamental entre homens e mulheres é tão mínima que não há mistério sobre o ‘outro’ sexo a que um cavalheiro não pudesse responder indagando a si próprio” (Kehl, 2016, p. 154).

Kehl (2016) afirma que a desestabilização da relação das mulheres com as estruturas sociais baseadas na diferença das funções reprodutivas, que ocasionou na emergência de uma série de discursos que relacionam a natureza feminina e os cuidados domésticos, não foi algo inédito do período moderno, mas acredita que “essas estruturas vêm sendo constantemente construídas e abaladas, reconstruídas e novamente desestabilizadas ao longo da história” (p. 50).

Para Freud, segundo a psicanalista Kehl (2016), a conclusão satisfatória do processo analítico das mulheres seria que essas deveriam renunciar às suas aspirações masculinas, em troca das recompensas que a feminilidade poderia lhes conceder: “não um falo, mas um filho; não um pênis em seu próprio corpo, mas o desejo dos homens dotados de pênis, para cuja conquista as mulheres deveriam aprender a tirar vantagens da condição de castradas” (Kehl, 2016, p. 154), denotando que, para o criador da psicanálise, a realização que as mulheres poderiam ter na vida, assim como regido pela cultura da época, era ter um filho e conquistar um homem. Essa conclusão do processo analítico era impedida em decorrência da rivalidade fálica com o analista, que, no caso das mulheres, estaria associada à inveja do pênis (Freud, 1937).

Freud e Breuer constataram que suas pacientes classificadas como histéricas eram dotadas de evidente capacidade intelectual e criativa e que, pelo lugar destinado às mulheres na sociedade de então, não havia demanda para essas habilidades ou possibilidades de exercê-las. Aprenderam, ainda, que essa privação de ocupação intelectual e monotonia da vida familiar

constituíam fator causal da predisposição para a histeria, explicando que as mulheres ficavam com excedente não consumido de energia mental, e que encontravam vazão na atividade da imaginação. As fantasias das pacientes tinham, como enfatizado nos “*Estudos sobre a histeria*”, o papel de compensar a limitação das perspectivas. O texto citado também salienta a relação entre a estagnação de libido e a elaboração de sofrimento psíquico, sendo “libido” compreendida como energia psíquica (Freud, 2016).

Freud, portanto, sabia que as condições em que as mulheres viviam eram causadoras de seus sintomas e foi, inclusive, segundo Kehl (2016), um dos críticos mais contundentes dessas condições, entretanto, não acreditava que estas pudessem ser alteradas e por isso, suas pacientes deveriam aceitar a feminilidade. Desse modo, percebe-se que as primeiras formulações da psicanálise carregavam perspectivas rotulantes que acabavam por legitimar a violência de gênero daquela época, pois estabeleciam que as mulheres deveriam apenas aceitar a sua condição na sociedade. A partir destas descrições, pode-se analisar que a psicanálise promoveu determinados avanços em relação à atenção à saúde mental das mulheres, mas também apresentou falhas. Dentre os avanços, pode-se citar o espaço de fala possibilitado às mulheres nas sessões terapêuticas, onde elas poderiam falar tanto sobre seus sofrimentos quanto sobre seus desejos - mesmo que não pudessem realizar estes desejos -, e as críticas proferidas às condições de vida das mulheres neste período, que podem ser vistas como um passo para que posteriormente outros pesquisadores e profissionais pudessem pensar em possibilidades de transformar essas condições.

Por fim, cabe ressaltar que, atualmente, o conceito de gênero foi responsável não apenas por desconstruir as categorias “sexo feminino/sexo masculino”, mas também por apontar a responsabilidade dos aspectos sociais na condição das mulheres, visto que antes, tais aspectos eram simplesmente naturalizados e compreendidos enquanto sendo parte constituinte da “biologia da mulher” (Giffin, 1994). Ademais, é possível perceber que o termo loucura foi utilizado na sociedade para rotular as mulheres que não se limitavam aos padrões impostos. Sendo assim, a liberdade, apesar de atualmente almejada e compreendida enquanto um direito para todos, foi continuamente negada às mulheres, visto que tais rótulos aprisionavam quem não se encaixava no que era considerado normal (Passos, 2010). Por fim, a partir da bibliografia encontrada, pode-se observar que as formulações referentes ao adoecimento mental feminino no decorrer da história eram majoritariamente da psiquiatria e da psicanálise.

2 DO MANICÔMIO À RAPS: O DESENVOLVIMENTO PELO QUAL A COMPREENSÃO DA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES E O TRATAMENTO DISPENSADO A ESSAS PASSOU NO BRASIL

Para que a saúde mental das mulheres seja compreendida de maneira integral, é fundamental considerar as relações de gênero que afetam os processos de subjetivação, mesmo que não seja adequado inferir que este fenômeno é afetado meramente por elas (Nascimento & Zanello, 2014). Sendo assim, para propor um panorama histórico a respeito do tratamento dispensado às mulheres no Brasil, é importante compreender o sofrimento psíquico a partir de uma perspectiva que leve em consideração o ser mulher, no sentido mais estrito que for possível e viável da palavra.

Como discorrido anteriormente, no final do século XVIII, a concepção de loucura sofreu uma transformação, ocasionando em um novo campo do saber: a Psiquiatria. Esta inicialmente concebia o quadro histérico como cena e simulação - visto que não apresentava um correlato orgânico e biológico em sua etiologia - e por isso não o considerava como um objeto de seu estudo nesse momento. Já nos séculos XIX e XX, quando a Psiquiatria começa a se utilizar dos conceitos psicanalíticos, a histeria passa a ser vista como um problema a ser investigado pela medicina (Nunes, 2010). Nos próximos parágrafos serão tecidas considerações a respeito deste período da Psiquiatria, visto que as produções teóricas e práticas desse campo exerceram grande influência no tratamento dispensado às mulheres no Brasil.

Para Nunes (2010), a psiquiatria brasileira do século XX, reproduzindo a compreensão teórica advinda da Europa a respeito da histeria, mantinha a associação deste quadro com o gênero feminino. Assim, o diagnóstico de histeria era mais comum em mulheres solteiras, o que é compreendido por Lima (2021) como uma evidência da rotulação, pela ciência masculina, como doentes as mulheres que não encontravam satisfação sexual sem um falo, ideia ainda vigente em boa parte da sociedade atual, que considera estas mulheres como “desviantes”. Verifica-se, ainda, que as mulheres que não se adaptavam ao papel que lhes era imposto no âmbito familiar e social eram consideradas loucas.

A histeria era considerada “um problema feminino por excelência” (Nunes, 2010, p. 383). De acordo com a autora citada, a medicina brasileira demonstrou significativo interesse no estudo a respeito da histeria, principalmente no final do século XIX, período em que mulheres consideradas históricas foram julgadas como sendo uma potencial ameaça à ordem social. Buscando amenizar esse risco, os médicos brasileiros se debruçaram sobre as concepções psiquiátricas existentes até então sobre a histeria, reproduzindo as discussões e as controvérsias que eram inerentes a esse tema.

A partir da Primeira República, a loucura feminina foi sendo associada aos períodos do ciclo hormonal, ocasionando em novos diagnósticos, tais como o de maníaco-depressiva. Assim, resgatando a relação entre o corpo da mulher e as doenças, observa-se que “a possibilidade de adoecer estava inscrita nesse próprio corpo, o que justificava o projeto médico de intervenção ao longo de toda a sua vida reprodutiva” (Nunes, 2010, p. 386). Ou seja, as mulheres eram reféns de um discurso médico que utilizava seus próprios corpos enquanto forma de manter o controle social.

De acordo com Santos (2017), no final do século XIX, o saber-poder psiquiátrico começa a ganhar força no Brasil, num momento em que se dissemina, com a ascensão do capitalismo, a ideia da dignificação e da ascensão social por meio do trabalho, do melhoramento da raça e do progresso técnico-científico, sendo a medicina e a psiquiatria instrumentos para a concretização das ideias higienistas. Em congruência a isso, Nunes (2010) afirma que, a partir da abolição da escravidão e da Proclamação da República, a perspectiva de higiene moral e de degeneração foi intensificada, visto que os discursos médicos buscavam garantir o adestramento dos sentimentos e das paixões na população feminina brasileira. Em decorrência desses percalços, os diagnósticos de histeria eram equivocadamente dados às mulheres e, quando revisados com maior cautela, indicavam outras possibilidades para além do papel social de histérica e louca.

Partindo do pressuposto higienista, os hospitais psiquiátricos surgem no Brasil como instituições onde, sob o pretexto de tratamento médico-científico, isolavam-se aqueles que não serviam aos ideais de trabalho vigentes e “atrapalhariam” o dito progresso civilizatório, enquanto na Europa já se iniciavam os movimentos antimanicomiais. Dentro dessa lógica, a patologização mental das mulheres se dava diante de comportamentos que fugissem ao ideal feminino de casamento, maternidade e cuidados domésticos. A presença feminina nos manicômios era massiva e como tratamento das doenças mentais femininas, era proposta, senão imposta, a maternidade (Santos, 2017). Além disso, referindo-se ao pensamento higienista ocorrido a partir do século XIX, Passos (2010) recorda que, em decorrência da crença propagada pela medicina sobre a instabilidade presente nos nervos femininos, a sociedade acabou considerando as mulheres seres mais propensos aos distúrbios mentais.

Lima (2021) alude aos casos de internações de mulheres nos manicômios brasileiros e suas motivações, apontando que estas muitas vezes consistiam em tentativas das mulheres de se oporem às opressões às quais estavam submetidas, como trabalho sem remuneração na casa dos pais e maridos abusivos, busca por independência e dedicação ao trabalho e aos estudos, insatisfações com os casamentos e tentativas de separação. Diante de tais comportamentos, as

mulheres eram enviadas aos manicômios como forma de correção. A autora se refere também a relatos de uma série de casos em que os maridos internaram as esposas com a justificativa de não quererem mais viver com elas, e se livravam, dessa forma, do compromisso. Por fim, a autora cita casos em que mulheres são encarceradas em manicômios judiciais por perpetrarem crimes contra os maridos agressores, na tentativa de se livrarem dessa condição de violência, sendo consideradas incapazes de viver em sociedade por não se arrependem de tais crimes.

Na segunda metade do século XX, especialmente no final dos anos 70, iniciam-se no Brasil os movimentos da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, que, inspirados principalmente em Franco Basaglia, buscam romper não somente com as instituições asilares, mas com a lógica manicomial (Pereira & Passos, 2017). A reforma psiquiátrica brasileira é compreendida enquanto um processo, um vir a ser, uma busca de novas formas políticas de atendimento. Assim, pauta-se principalmente em possibilitar mecanismos de desinstitucionalização, apresentando a substituição do aprisionamento dos indivíduos, incluindo as mulheres, nos leitos em hospitais psiquiátricos por uma rede de serviços que contemple a liberdade dos mesmos (Andrade, 2014).

Epistemologicamente, a Reforma psiquiátrica brasileira, aos passos da Reforma Italiana, propõe um rompimento radical com teorias medicalizantes da loucura que produzem violência, alienação e exclusão social dos sujeitos assim categorizados. Basaglia nos convida a colocar a doença em parêntese para que o sujeito emergja. Ao dizer isso, como bem explica Pereira e Passos (2017), Basaglia propõe não a negação da doença, mas ir ao encontro com a multifatorialidade do processo patológico que inclui questões de raça, classe e gênero, ao passo que o saber psiquiátrico clássico reproduz todas as violências sociais, (re)produzindo as violências de gênero e o racismo.

A reforma psiquiátrica brasileira contou com a participação significativa de mulheres, desde usuárias dos serviços até trabalhadoras da saúde (De Andrade, 2014). Esse processo ressoou como um grito no que se refere à questão do gênero, visto que, antes de tais movimentos sociais nacionais, o sofrimento das mulheres era majoritariamente naturalizado, biologizado, reduzido e encarcerado, reforçando ainda mais a desigualdade social e reafirmando as relações de poder dominantes da época. Ademais, por intermédio da luta antimanicomial foi possível construir espaços sociais para a loucura que não se limitassem ao asilo.

A partir do movimento da Reforma Psiquiátrica, foi possível aspirar novos mecanismos para lidar com a saúde mental. A internação nos manicômios enquanto maneira privilegiada de tratamento passou a ser questionada. Nessa conjuntura, em 2001, promulgou-se

a Lei nº 10.216, responsável por dispor a respeito da proteção e dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais.

O Art. 1 da Lei citada redireciona o modelo assistencial em saúde mental, possibilitando que os direitos das pessoas que apresentam algum transtorno mental sejam assegurados independente da “raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra” (Brasil, 2001a, p.2). Perante o exposto, afirma-se que o desígnio primordial da Lei nº 10.216 se encontra em lidar com a saúde mental a partir do respeito à humanidade, promovendo a inserção dos indivíduos no âmbito social a partir da utilização dos serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

O Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental identifica e pauta as diferentes opressões que estavam presentes no funcionamento dos manicômios: “a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres” (MTSM, 1987, p.1), que é parte de uma estrutura maior, como demonstrado na Carta de Bauru (MTSM, 1987). Começam a ser implantados, então, serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RTs), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (Lai HG) e expansão da atenção psicossocial na atenção básica, pela articulação com outros setores de serviços, como a assistência social, a educação, cultura e lazer (Pereira & Passos, 2017). Com isso, ressalta-se que tais serviços “pretendem atender a população em uma perspectiva antimanicomial” (De Andrade, 2014, p. 62).

Outro ponto a ser considerado no que tange a possíveis novas perspectivas para a questão da saúde mental e gênero diz respeito à regulamentação da profissão de psicólogo no Brasil a partir da promulgação da Lei nº 4119 aprovada em 1962. Contudo, nesse período, os denominados psicologistas apresentavam como suas funções principais apenas o diagnóstico psicológico, a orientação e seleção profissional, a orientação educacional e a solução de problemas de ajustamento (Brasil, 1962). Dito de outro modo, considera-se que, inicialmente, a psicologia não demonstrava preocupação no estudo e na prática a respeito do gênero e da saúde mental, se limitando principalmente à testagem psicológica, seleção de pessoal, resolução de problemas no âmbito escolar e tratamento de distúrbios emocionais (Silva Baptista, 2010).

Atualmente, considera-se que a psicologia deve estar preparada para combater qualquer tipo de violência (Resolução CFP 010/2005). Além disso, analisando todos os cinco Códigos de Ética publicados até então, é possível verificar que o último apresenta uma maior preocupação com determinadas questões sociais, ressaltando a responsabilidade do psicólogo

em considerar o contexto sócio-histórico e as transformações vivenciadas na sociedade, demandando uma reflexão contínua da prática profissional.

Costa (2019) analisou os relatórios finais das Conferências Nacionais de Saúde Mental (CNSM) para verificar se ocorreram transformações no que diz respeito ao lugar do gênero nas discussões sobre saúde mental do início da Luta Antimanicomial até os dias atuais. Nisso, constatou-se que as duas primeiras Conferências - que ocorreram em 1987 e 1993, respectivamente - não tiveram nenhum debate sobre gênero e apenas citaram os movimentos sociais de maneira ampla e genérica. Já na terceira CNSM, começou-se a ponderar sobre as relações de gênero e saúde mental, dispondo acerca da “inclusão de recorte de gênero, raça e etnia na elaboração, implantação e execução de diretrizes e ações nas campanhas promovidas pelos governos federal, estaduais e municipais” (Brasil, 2001b, p. 31 e p. 124).

A quarta e última Conferência Nacional de Saúde Mental até o momento da escrita do presente trabalho, que ocorreu em 2010, apresenta maior ênfase no debate sobre gênero como fator social determinante de saúde e propõe, além de mudanças nas práticas dos profissionais, campanhas nos meios de comunicação com o objetivo de reduzir as desigualdades e a violência. Esta Conferência apresentou algumas possibilidades de trabalhos a serem desenvolvidos nos serviços territoriais, como grupos auto-organizados, grupos de mulheres, cineclubes temáticos e celebração de dias importantes para a luta do povo brasileiro (Costa, 2019).

Por fim, considera-se que na última década houve avanços significativos no que se refere à questão do gênero, visto que, na teoria, as mulheres são resguardadas por lei a não serem mais encarceradas simplesmente por irem contra as imposições sociais da época. Ademais, é possível perceber que a maneira como a sociedade lida com a saúde mental está associada ao contexto sócio-histórico, sendo determinada pela cultura vigente e legitimada pelo senso comum. Assim, a compreensão de saúde e doença perpassa as relações sociais que os próprios indivíduos vivenciam com os grupos e com a classe social, constituindo uma rede de significados congruente com a cultura na qual o indivíduo está inserido (Pereira, et. al., 2013). Portanto, a saúde mental das mulheres deve ser também compreendida a partir das relações de gênero instaladas na sociedade.

3 OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DAS TEORIAS E DAS PRÁTICAS NA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL DAS MULHERES

Em decorrência de inúmeras críticas sobre a definição de saúde, considera-se que, atualmente, foi desenvolvido um novo paradigma que compreende a saúde enquanto produção social (Gaino et al., 2018). Por ser uma compreensão ainda recente, é possível observar que o papel designado às mulheres na sociedade era desconsiderado nas teorias e nas práticas relacionadas ao sofrimento mental das mesmas, não atendendo ao conceito de saúde adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em sua Constituição publicada em 1946, segundo a qual afirma que “saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1946, p.1).

Em 2000, a OMS declara que “é essencial reconhecer como os fatores socioculturais, econômicos, legais, de infra-estrutura e ambientais que afetam a saúde mental das mulheres estão configurados em cada país ou comunidade” (WHO, 2000, p. 7). Assim, considera-se que, na teoria, o aspecto social atualmente vem sendo considerado na compreensão da saúde mental das mulheres, sendo necessário avaliar a ocorrência desse fenômeno também na prática.

No que se refere à saúde e bem-estar, a Declaração Universal dos Direitos Humanos publicada em 1948 aponta que todos os seres humanos devem possuir direito a cuidados médicos, serviços sociais indispensáveis e direitos básicos que assegurem um padrão de vida adequado. Apesar disso, no que se refere às mulheres, foi observado que a única menção na declaração que possui relação com tal gênero foi a respeito da maternidade, visto que: “2. A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social” (Assembleia Geral da ONU, 1948, art. 25°).

É possível perceber que as especificidades das mulheres são de certa forma limitadas à questão da maternidade, de modo que outros aspectos são negligenciados na Declaração Universal dos Direitos Humanos. Considerando isso, Ballarin, Ferigato e Carvalho (2008), compreendem que a saúde integral das mulheres com transtornos mentais apresenta desafios que poderiam ser superados se o foco de atenção fosse ampliado para além das especialidades ginecológicas e obstétricas.

Fundamentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, adotada em 1979, propôs colocar em pauta especificamente os direitos humanos da mulher. Portanto, o intuito é garantir a promoção desses direitos na procura pela igualdade de gênero e conter todas as possíveis formas de discriminações contra a mulher em todo o mundo. Ressalta-se que, o parâmetro

mínimo para a Convenção da Mulher, como é conhecida, reprime qualquer tipo de violação contra as mulheres, não apenas em todos os espaços públicos ocupados por elas, mas também no âmbito privado (Pimentel, 2020). Portanto, partindo desse pressuposto, a igualdade de gênero deve ser compreendida para além de um objetivo, mas também como uma obrigação vinculante.

De acordo com a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a expressão “discriminação contra a mulher”, pode ser compreendida enquanto “[...] toda a distinção, exclusão ou restrição baseada no sexo e que tenha por objeto ou resultado prejudicar ou anular o reconhecimento, gozo ou exercício pela mulher independentemente de seu estado civil” (Pimentel, 2020, p. 20).

No ano de 2019 foram criadas estratégias referentes à saúde mental da população em geral para serem realizadas até o ano de 2023 pela Organização Mundial da Saúde (WHO et al., 2019). Tendo isso em vista, pode-se apreender que, tanto as políticas quanto as estratégias e leis referentes à saúde mental tendem a ser desenvolvidas levando em consideração os direitos humanos. Diante disso, percebe-se que a comunidade científica tem se preocupado cada vez mais com a questão dos direitos humanos enquanto propulsor da saúde mental. Contudo, a frequência com que as questões de gênero são levantadas é baixa.

De acordo com Pimentel (2020), para garantir os direitos das mulheres plenamente, seria importante superar a dicotomia latente entre lei e prática presente no Código Penal Brasileiro. Assim sendo, cabe citar o papel do feminismo, enquanto ação política, na sociedade brasileira para salientar sua relação com a transformação social pautada nos direitos humanos. Dessa forma, considera-se que “o feminismo deve passar necessariamente pela crítica social, pois visa a (re)construção do mundo de acordo com um ideal de emancipação, onde liberdade e igualdade se encontram” (Da Costa, 2016, p. 123).

Cabe ressaltar que o gênero e a desigualdade social ainda são temas relativamente periféricos para a teoria e prática em Psicologia Clínica, em virtude de “uma ciência psicológica que se constitui baseada em elementos androcêntricos, classicistas, etnocêntricos, heterossexuais, elitistas” (Vianna & Diniz, 2014, p. 91-92). Dessarte, é necessário considerar a perspectiva que as próprias mulheres apresentam sobre suas demandas, bem como os contextos socioculturais nas quais as experiências são desenvolvidas (De Andrade, 2014).

Faz-se válido compreender sobre como o poder se exerce através dos fatores relacionados à reprodução, visto que é possível notar uma impossibilidade de autonomia plena das mulheres e uma violação de seus direitos humanos, em decorrência da tentativa de controle por parte do Estado, da família, dos serviços de saúde e da sociedade, influenciando no bem-

estar biopsicossocial das mulheres. Para exemplificar, pode-se ressaltar a esterilização forçada de mulheres porto-riquenhas e afro-americanas. A partir desse fenômeno é possível verificar fatores de risco associados, como raça e classe, encarregados de estipular previamente quais mulheres serão mais propensas a sofrer tais abusos (Crenshaw, 2002).

Já no Brasil, atualmente, pode-se citar que planos de saúde e postos de saúde solicitam a autorização dos maridos para a inserção do método contraceptivo conhecido como DIU nas mulheres, mesmo sendo uma prática considerada ilegal (Chinellato, 2021). Apesar de nuances específicas, ambas as formas de controle citadas são responsáveis por impedir a liberdade de escolha das mulheres, afetando negativamente a saúde mental destas.

Compreende-se que a Lei Maria da Penha descreve as formas de violência doméstica contra as mulheres, tais como violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (Brasil, 2006). Contudo, considera-se que determinados desafios ainda estão sendo superados a passos lentos, pois, somente no ano de 2021 é que se criou o tipo penal de violência psicológica contra a mulher, por exemplo (Brasil, 2021). Antes disso, era possível observar certa dificuldade na tipificação penal da violência psicológica, bem como falta de visibilidade e reconhecimento para essa forma de violência. Assim, ainda há muito para melhorar, visto que “a agressão física e sexual, psíquica e moral, caracterizadas como formas distintas de violência, persiste como comportamento rotineiro na relação entre os sexos em nossa sociedade [...]” (Porto, 2008, p. 288).

Segundo Echeverria (2018), muitos profissionais não sabem como proceder diante de uma denúncia de violência psicológica, sinalizando a relevância de um trabalho interdisciplinar, pesquisas que promovam a discussão desse tema e um aparato jurídico com leis mais objetivas que indiquem como acolher e encaminhar esses casos, para que os limites relacionados ao tratamento das mulheres vítimas de violência psicológica sejam atenuados. A guisa de fechamento, observa-se que os profissionais da área “psi” responsáveis por atuar com a saúde mental possuem um papel importante no reconhecimento e no tratamento dessas mulheres. Nisso, cabe ressaltar que as transformações feministas estão relacionadas tanto com o nível estrutural quanto com o nível da vida cotidiana (Vianna & Diniz, 2014).

Dentre as especificidades femininas em relação à saúde mental, inclui-se as alterações emocionais decorrentes de período menstrual, gravidez, puerpério e menopausa; os impactos psicológicos da sobrecarga de trabalho doméstico relegado às mulheres; a desigualdade de gênero presente na sociedade; a desvalorização do trabalho doméstico; a insegurança no espaço público e privado em decorrência do alto índice das diferentes formas de violência e a

sobrecarga de responsabilidade pela maternidade (Cyfer, 2010; Ballarin, Ferigato & Carvalho, 2008; Santos & Diniz, 2011; Medeiros & Zanello, 2018).

Diante das especificidades citadas anteriormente, faz-se necessário que as instituições relacionadas aos direitos humanos incorporem uma análise de gênero em suas práticas, com o intuito de lidar com as diferenças encontradas entre as mulheres. Desse modo, compreende-se que aspectos como “classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são ‘diferenças que fazem diferença’ na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação” (Crenshaw, 2002, p. 173). Assim, apesar da importância em garantir a proteção dos direitos humanos para as mulheres em geral, os elementos citados não devem ser desconsiderados, tendo em vista que podem suscitar vulnerabilidades exclusivas de determinados subgrupos de mulheres. Em congruência a isso, Porto (2008) afirma que a desigualdade no acesso à qualidade de vida das mulheres é resultante da sistematização da injustiça de aspectos relacionados ao gênero, cor e classe social.

Em 2004, foi implantada, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, cujo embasamento teórico considera que a desigualdade histórica de poder entre os gêneros é um importante determinante da saúde e, por isso, deve ser levado em conta na formulação das políticas públicas (Brasil, 2004). Esse texto inclui ainda as especificidades das mulheres lésbicas - que sofrem violência intrafamiliar, expulsão de casa e violência sexual em consequência da expressão de sua orientação sexual - e das mulheres negras - que estão, em sua grande maioria, abaixo da linha da pobreza, têm taxas de analfabetismo bem mais altas, menor acesso aos serviços de saúde e sofrem discriminação quando têm esse acesso. Em vista disso, destaca-se que o cruzamento de opressões pode propiciar um aumento no desempoderamento das mulheres (Crenshaw, 2002).

As diretrizes da referida Política estabelecem, dentre outros fatores, que os serviços de saúde da mulher deverão pautar-se pela perspectiva de gênero, romper as fronteiras da saúde sexual e reprodutiva para abarcar todos os aspectos da saúde feminina e respeitar todas as diferenças, de modo a não reproduzir nenhuma discriminação, nem impor valores - devendo, para isso, ser incluído nas capacitações dos trabalhadores processos de sensibilização (Brasil, 2004). Além disso, debater a saúde mental a partir de uma perspectiva de gênero é atentar às relações de poder regulatórias e formadoras de relações diferenciais, assim como promover uma reflexão e ação crítica a respeito do impacto desses mecanismos na vida das mulheres e dos homens (Vianna & Diniz, 2014).

O texto da Política traz também objetivos específicos e estratégias que representam, pelo menos teoricamente, avanços na atenção à saúde da mulher, como o de fomentar a

integração com o movimento feminista para o aprimoramento da política; garantir o acesso a métodos anticoncepcionais e às informações sobre estes, além de estimular a participação de homens e adolescentes nas atividades de planejamento familiar, e estruturar redes de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica, incluindo ações de prevenção a esses tipos de violência (Brasil, 2004).

Em 2013, o Conselho Federal de Psicologia publicou a Referência Técnica para a atuação de psicólogas (os) em Programas de Atenção à Mulher em situação de Violência, que compreende a normatização dicotômica dos modos de existência de acordo com o sexo como fenômenos políticos e sócio-históricos produzidos pelas relações de poder e passíveis de transformação. Dessa maneira, a Referência estipula como papel da (o) psicóloga (o) auxiliar as mulheres a encontrar maneiras de superar as situações de violência em que se encontram, além de impulsionar a crítica social sobre a função da mulher. Entretanto, o mesmo documento traz a importância de se “relativizar o modelo de dominação masculina e de vitimização feminina” (CFP, 2013, p. 62) para entender as circunstâncias em que a violência se dá, uma vez que se concebe que

relacionamentos conjugais são uma forma de parceria. E, muitas vezes, a violência tem sido utilizada como uma ferramenta de comunicação, [...] Mesmo que perversa, a violência em determinados casos, confere certos significados a essa parceria, revelando-se como um jogo relacional, em vez de uma luta de poder exercida comumente pelo homem sobre a mulher (CFP, 2013, p. 63).

Além disso, esse texto afirma também que, em alguns casos, “as denunciantes se colocam no papel de vítima” (CFP, 2013, p. 64). Diante disso, vale ressaltar que “onde os contornos específicos da discriminação de gênero não são bem compreendidos, as intervenções para tratar de abusos aos direitos humanos das mulheres serão provavelmente menos efetivas” (Crenshaw, 2002, p. 174).

Delfini et al (2009) apresentam algumas experiências de articulação entre a Atenção especializada em Saúde Mental e a Atenção Básica, que partem do conceito de saúde como integral e não fragmentada, da consideração de seus determinantes sociais e ambientais e da percepção da necessidade de um cuidado multiprofissional e territorial. Como evidência dessa mudança nos modos de assistência, cita-se as visitas domiciliares, que possuem o intuito de levar o cuidado para o lugar próprio de vida e adoecimento, além de ressaltar que o processo saúde-doença está intimamente conectado com as relações familiares, como destacado na frase “A loucura de um membro da família tende a circular entre todos os outros e a precariedade da situação de vida de grande parte das pessoas contribui para o adoecimento” (Delfini et al., 2008,

p. 1490). Nesses relatos aparecem com maior frequência casos de mulheres, porém, não são discutidas as questões de gênero presentes.

O Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo possui um Programa de Saúde Mental da Mulher, que, como pode ser visualizado no artigo publicado no site da Escola de Educação Permanente da Faculdade (2020), reconhece que essa questão é interdisciplinar, perpassada por preconceitos e que carece de maior atenção. Apesar disso, ainda tem um foco significativo nos fatores hormonais e no ciclo reprodutivo como constitutivos da vida mental da mulher, que sem dúvida, são importantes, mas não são devidamente compreendidos em articulação com os determinantes sociais, como os papéis de gênero.

Por fim, como possibilidades na atenção à saúde mental das mulheres, pode-se citar a vivência com grupos compostos essencialmente por mulheres, dado que esses grupos oportunizam um espaço de trocas e prezam pela reflexão e pela geração de ações de ordem coletiva. Nos denominados grupos de conversação as integrantes possuem a possibilidade de se expressar, de sugerir temas e de opinar sobre o que será realizado em cada encontro. Além disso, neste tipo de atendimento há a compreensão de que as mulheres são especialistas sobre sua história de vida (Anderson & Goolishian, 1998). Além disso, o trabalho com grupos pode possibilitar maior bem-estar, autoestima, qualidade de vida, autoconfiança e independência nas mulheres (Do Nascimento Filho, et. al., 2021).

Do ponto de vista epidemiológico, teóricos afirmam que as mulheres apresentam maior prevalência de serem diagnosticadas com transtornos de ansiedade, transtornos do humor e transtornos alimentares quando comparadas ao gênero masculino. Dentre tais transtornos, pode-se citar o Transtorno Depressivo Maior, o Transtorno Depressivo Persistente e determinadas fobias. Excluindo a dependência a nicotina, o risco de ter que lidar com algum transtorno mental durante a vida é 1,5 vez maior para as mulheres que para os homens. Além disso, tentativas de suicídio aparentemente ocorrem de maneira mais frequente em mulheres do que em homens (Andrade, Viana & Silveira, 2006). Perante o exposto, acredita-se que tais dados devem ser observados através de um prisma social, buscando associações com a atenção à saúde mental das mulheres, bem como com o papel social designado a elas no decorrer da história até os dias atuais.

Zanello e Silva (2012) trazem dados sociodemográficos relativos à ocupação das pacientes de hospitais psiquiátricos, onde se encontram altas taxas de trabalhos domésticos, e correlaciona essas taxas com a incidência de sintomas depressivos, ansiosos e psicossomáticos, trazendo, em seguida, uma explicação de outros autores, como Porto (2008), sobre essa relação.

Dora Porto é antropóloga e aponta como fatores causais deste sofrimento a invisibilidade deste tipo de trabalho, que geralmente não é remunerado e não é reconhecido socialmente, “por não produzir valor” Com essa menção, pode-se perceber a articulação dos estudos psicológicos com saberes do campo social a fim de incorporar esses aspectos na compreensão dos fenômenos “psíquicos”, que hoje são melhor caracterizados como “psicossociais”.

No que se refere ao corpo das mulheres enquanto objeto da medicina, pontua-se que a prescrição excessiva de medicamentos ansiolíticos pelos profissionais às mulheres atendidas na rede básica de saúde constitui um problema de saúde pública no Brasil, pois indica que as instituições ainda se pautam em concepções baseadas no modelo assistencial curativo. Apesar da dimensão social influenciar nos sintomas apontados pelas mulheres durante o atendimento, os médicos ainda acreditam que as questões sociais fogem da sua possibilidade de atuação, de modo que a única estratégia que lhes resta é a medicalização dos sintomas (Fátima Carvalho & Dimenstein, 2003). Desse modo, verifica-se que as práticas de atenção à saúde tendem a validar a objetivação do corpo feminino, efetuando uma medicalização das relações de gênero (Rabelo, 2011).

Naomar de Almeida Filho (2011) desenvolve a concepção de saúde como um fenômeno complexo, composto por diferentes facetas e níveis que coexistem e são conflitivos e complementares ao mesmo tempo. Dessa maneira, quando uma dessas faces é tomada como principal e submete todas as outras ao seu olhar, como acontece no modelo biomédico, este fenômeno complexo é reduzido a apenas uma de suas interfaces, deixando de ser compreendido em sua totalidade.

O sistema de atenção à saúde mental ainda hoje, a despeito do que é preconizado pelos documentos norteadores, opera a partir do paradigma biomédico, que, mesmo que reconheça outros determinantes da saúde, foca suas ações na busca de diagnósticos psiquiátricos e no tratamento medicamentoso dos sintomas observados. Essa medicalização efetua não apenas uma falha na compreensão do problema, mas um silenciamento dos sofrimentos por meio da contenção dos sintomas e uma invisibilização das questões essenciais na produção destes, reproduzindo assim as violências estruturais (Zanello, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O intuito do presente trabalho foi analisar a violência de gênero na atenção à saúde mental das mulheres no passado e realizar um paralelo com o presente, avaliando se os discursos jurídicos, psicológicos e médicos compreendem as singularidades que as mulheres apresentam. Considera-se a relevância desse tema para propor uma reflexão aos profissionais de saúde e pesquisadores da área de saúde mental comprometidos com as transformações decorrentes da reforma psiquiátrica no Brasil.

Ao finalizar esta pesquisa, foi possível constatar que no princípio das elaborações das teorias psicológicas e psiquiátricas, havia uma grande influência dos preconceitos e estereótipos impostos pela sociedade da época na maneira como o sofrimento e o comportamento das mulheres era compreendido pela ciência, de modo que estas eram diagnosticadas e punidas, sob a alegação de tratamento, pelos desvios às normas sociais definidas para o seu gênero.

Com o decorrer dos anos e os movimentos sociais ligados tanto à Luta Antimanicomial quanto ao feminismo, houveram, principalmente dentro da Psicologia, diversos avanços no que diz respeito ao lugar da mulher nessas teorias e serviços, de forma que os fatores sociais passaram a ser mais considerados na literatura referente à saúde mental da mulher. Considerando isso, ressalta-se que os documentos norteadores das Políticas de Saúde da Mulher prescrevem que esta seja pautada em uma perspectiva de gênero. Contudo, como a estrutura da sociedade presente ainda é patriarcal e apresenta uma cultura machista, ainda persistem muitos estereótipos e falhas na atenção à saúde mental da mulher, especialmente na prática cotidiana dos serviços, sendo os aspectos biológicos e reprodutivos ainda grande foco dos profissionais.

Por fim, atualmente, nota-se que a violência de gênero no âmbito da atenção à saúde mental das mulheres se demonstra de maneira sutil, com nuances discretas, considerando que determinados dispositivos que deveriam combater a violência de gênero acabam a propagando. Além disso, muitos desses mecanismos não consideram as especificidades das mulheres. Sendo assim, sugere-se que novas alternativas de cuidado à saúde mental das mulheres continuem sendo pesquisadas, considerando a articulação entre saúde mental, gênero, raça e classe social.

REFERÊNCIAS

- Almeida, B. & Ávila, L. (2013). Saúde Mental e Direitos Humanos. In C. Castro, C. Gontijo & B. Almeida (Orgs.), *Políticas Públicas em Saúde Mental: abordagens e desafios* (pp. 98–155). Belo Horizonte: Editora UEMG.
- Almeida Filho, N. de (2011). *O que é saúde?*. SciELO-Editora FIOCRUZ.
- Andrade, A. P. M. de (2014). (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade. *Curitiba: Editora Appris*, 59-77.
- Andrade, L. H. S. de, Viana, M. C., & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 33(2), 43-54.
- Anderson, H., & Goolishian, H. (1998). O cliente é o especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. *A terapia como construção social*, 34-50.
- Assembleia Geral da ONU (1948). "Declaração Universal dos Direitos Humanos" (217 [III] A). Paris.
- Assembleia Geral da ONU (1993). Declaração sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres.
- Ballarin, M. L. G. S., Ferigato, S. H., & de Carvalho, F. B. (2008). Serviços de atenção à saúde mental: reflexões sobre os desafios da atenção integral à saúde da mulher. *O mundo da saúde*, 32(4), 511-518.
- Brasil, Presidência da República. (1962). Lei nº 4119, de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre a formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Boletim de Psicologia*, 14(44), 71-76.
- _____. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001a). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Diário Oficial Eletrônico*, Brasília, DF.
- _____. Lei Maria da Penha. Lei Nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. (2006). Coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher. Presidência da República.
- _____. Lei nº 14.188, de 28 de julho de 2021. (2021). Define o programa de cooperação Sinal Vermelho contra a Violência Doméstica como uma das medidas de enfrentamento da violência doméstica e familiar contra a mulher previstas na Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006 (Lei Maria da Penha), e no Decreto - Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), em todo o território nacional; e altera o Decreto - Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), para modificar a modalidade da pena da lesão corporal simples cometida contra a mulher por razões da condição do sexo feminino e para criar o tipo penal de violência psicológica contra a mulher.

- _____. Ministério da Saúde. (2004). 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.
- _____. Presidência da República. (2011). Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República.
- _____. Relatório final da 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental. (2001b). Ministério da Saúde. Brasília.
- Chinellato, S. J. D. A. (2021). Postos de saúde de SP pedem autorização do marido para inserção do DIU [depoimento]: prática é ilegal. *Folha de S. Paulo*.
- Conselho Federal de Psicologia (2005). Código de Ética Profissional dos Psicólogos. Brasília, DF: Resolução n.º 10/05.
- _____. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Política Pública (Crepop). (2013). Referências Técnicas para a Prática de Psicólogas(os) em Programas de atenção à mulher em situação de Violência. Brasília, DF: CFP.
- Costa, J. A. da (2019). A categoria gênero para a reforma psiquiátrica brasileira: uma análise das conferências nacionais de saúde mental. Anais do 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília.
- Costa, M. R. A. N. da (2016). Feminismo é humanismo: a questão das mulheres na Filosofia. *ethic@-An international Journal for Moral Philosophy*, 15(1), 110-125.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Revista estudos feministas*, 10, 171-188.
- Cyfer, I. (2010). Liberalismo e feminismo: igualdade de gênero em Carole Pateman e Martha Nussbaum. *Revista de sociologia e política*, 18(36), 135-146.
- Delfini, P. S. D. S., Sato, M. T., Antoneli, P. D. P., & Guimarães, P. O. D. S. (2009). Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14, 1483-1492.
- Echeverria, G. B. (2018). A violência psicológica contra a mulher: reconhecimento e visibilidade. *Cadernos de Gênero e diversidade*, 4(1), 131-145.
- Escola de Educação Permanente. Saúde mental da mulher: uma questão interdisciplinar. Escola de Educação Permanente do Hospital das Clínicas - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, abril/2020. Disponível em: <<https://eephcfmusp.org.br/portal/online/saude-mental-mulher-interdisciplinar/>> . Acesso em 26 de outubro de 2021.
- Fátima Carvalho, L. de, & Dimenstein, M. (2003). A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. *Interações*, 8(15), 37-64.

- Foucault, M. (2014). *História da Loucura: na Idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 10ª edição.
- Foucault, M. (1977a). *O nascimento da clínica*. trad. de Roberto Machado. Forense-universitária.
- Foucault, M. (1977b). *História da sexualidade*, v.1: A vontade de saber. 22ª edição. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Franzoi, N. M., Fonseca, R. M. G. S., & Guedes, R. N. (2011). Violência de gênero: Concepções de profissionais das equipes de saúde da família. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(3), 589-597.
- Freitas, M. R. D. (2016). Camilles, pierinas e eunices—condenadas pela razão: mulheres, loucura, documentário e ensino de história. Dissertação (Mestrado em Ensino de História) - *Instituto De Filosofia e Ciências Humanas*, Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul. Porto Alegre, p. 115.
- Freud, S. (1937). *Análise terminável e interminável*. Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 23, 239-287.
- Freud, S. (2016). *Estudos sobre a Histeria (1893-1899) Volume II*. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Imago Editora.
- Gaino, L. V., de Souza, J., Cirineu, C. T., & Tulimosky, T. D. (2018). O conceito de saúde mental para profissionais de saúde: um estudo transversal e qualitativo. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 14(2), 108-116.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 10, S146-S155.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Heise, L. (1993). Violence against women: the hidden health burden. *World health statistics quarterly 1993*; 46 (1): 78-85.
- Jaggar, A. M. (1997). Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. *Gênero, corpo, conhecimento*, 157-185.
- Jelin, E., & Giambiagi, I. (1994). Mulheres e direitos humanos. *Estudos feministas*, 117-149.
- Kehl, M. R. (2017). *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Boitempo Editorial.
- Lima, L. M. de. (2021). Contribuições de Nietzsche para a discussão de casos de internações manicomiais de mulheres. *Cadernos Cajuína*, 6(1), 131-157.
- Martins, A. P. A. (2015). O Sujeito" nas ondas" do Feminismo e o lugar do corpo na contemporaneidade. *Revista Café com Sociologia*, 4(1), 231-245.

- Medeiros, M. P. D., & Zanello, V. (2018). Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estud. pesqui. psicol.*, v. 18, n. 1, p. 384-403.
- MTSM (1987). Carta de Bauru. Bauru: Movimento de Trabalhadores de Saúde Mental.
- Nascimento Filho, E. N. do, de Brito, A. V., Barbosa, D. F. R., Gonçalves, E., de Melo, R. L. S., da Silva, I. S., & Valença, D. K. D. L. X. (2021). Saúde mental da mulher: a utilização do grupo como ferramenta terapêutica para promover bem-estar, autoestima e qualidade de vida. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(1), e5358-e5358.
- Nascimento, W. D., & Zanello, V. (2014). Uma história do silêncio sobre gênero e loucura— parte I: sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: as mulheres em História da Loucura. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 17-28.
- Nunes, S. A. (2010). Histeria e psiquiatria no Brasil da Primeira República. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 17, 373-389.
- Nunes, S. A. (2000). *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha: um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade*. Editora Record.
- Oliveira, M. S. B. (2008). O conceito das estruturas clínicas neurose e psicose para a psicanálise. *Revista Científica do HCE (Hospital Central do Exército)*. Ano III, nº 02.
- OMS, Organização Mundial da Saúde (1946). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO).
- Passos, R. G. (2010). As vozes que ecoam: mulheres, ressentimentos e saúde mental. *Cadernos de História da Ciência*, 6(1), 129-140.
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Pereira, A. D. A., & Vianna, P. C. D. M. (2013). *Saúde mental*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG.
- Pereira, M. D. O., & Passos, R. G. (2017). Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. *Rio de Janeiro: Autografia*.
- Pimentel, S. (2020). Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher: Cedaw 1979, 2013.
- Porto, D. (2009). Trabalho doméstico e emprego doméstico: atribuições de gênero marcadas pela desigualdade. *Revista Bioética*, 16(2).
- Rabelo, I. V. M. (2011). Nunca pensei nisso como problema: Estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família. 190 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis.

- Rouanet, S. P. (1992). Dilemas da moral iluminista. *Ética. São Paulo: Companhia das Letras*, 149-162.
- Santos, L. D. S., & Diniz, G. R. S. (2011). Donas de casa: classes diferentes, experiências desiguais. *Psicologia Clínica*, 23, 137-149.
- Santos, R. D. O. R. (2017). Loucura, Subjetivação e Gênero: uma leitura do caso do hospital Psiquiátrico Aduado Botelho, em Goiânia. *Arquivos do CMD*, 6(1), 259.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & realidade*, 20(2).
- Silva Baptista, M. T. D. D. (2010). A regulamentação da profissão psicologia: documentos que explicitam o processo histórico. *Psicologia: ciência e profissão*, 30, 170-191.
- Tedeschi, L. A., & Colling, A. M. (2014). Os Direitos Humanos e as questões de Gênero. *História Revista*, 19(3), 22-40.
- Trillat, E. (1991). *História da histeria*. São Paulo: Escuta.
- Tosi, G. (2005). Direitos humanos: história, teoria e prática. *João Pessoa: Editora Universitária/UFPB*, 66.
- Vianna, C., & Diniz, G. (2014). Gênero, feminismos e saúde mental: implicações para a prática e a pesquisa em Psicologia Clínica. *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*, Editora Appris, 81-106.
- WHO (2000). Women and mental health. Geneva, Suíça: World Health Organization. Recuperado de: https://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf
- WHO et al (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health. Geneva, Suíça: World Health Organization.
- Wilshire, D. (1997). Os usos do mito, da imagem e do corpo da mulher na re-imaginação do conhecimento. In Jaggar, A. M. et al (Ed.), *Gênero, corpo e conhecimento* (pp. 102-3). Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- Zanello, V., & Silva, R. M. C. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-279.
- Zanello, V. (2010). Mulheres e loucura: questões de gênero para a psicologia clínica. In Zanello, V. et al (Ed.), *Gênero e feminismos: convergências (in)disciplinares* (pp. 307-320). Brasília: ExLibris.

NOTAS DE RODAPÉ

1 Biopoder é um conceito desenvolvido por Foucault (1977b) para descrever a espécie de poder pela qual o Estado regula a população em seus processos biológicos, do nascimento à morte, para controle contínuo da vida.