



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

GENERO, VIOLÊNCIA E SAÚDE MENTAL:

Tematizando o sofrimento mental da mulher a partir da experiência de estágio

Juiz de Fora
Julho/2019

DANIELLE DE PAULA ANDRADE
JOYCE ADRIANA PEREIRA PINTO

GÊNERO, VIOLENCIA E SAÚDE MENTAL:
Tematizando o sofrimento mental da mulher a partir da experiência de estágio

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado por Danielle de Paula Andrade e Joyce Adriana Pereira Pinto, apresentado a Faculdade de Serviço Social, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora.

Orientador: Prof. Dr. Marco José de Oliveira Duarte

Juiz de Fora
Julho/2019

Dedico este trabalho ao meu pai, Raimundo e minha mãe, Helenice, pois sem eles nada disso seria possível, a minha irmã gêmea Déborah que esteve ao meu lado por toda a graduação, a minha irmã Amanda, pela doçura, minha irmã Fernanda e ao meu namorado Geovani, pela paciência e amor

Danielle de Paula Andrade

Dedico este trabalho aos meus pais, Lauro e Luciene, pelo apoio durante toda essa jornada, e por serem minha base durante a minha vida.

Joyce Adriana Pereira Pinto

AGRADECIMENTOS

Danielle de Paula Andrade

Agradeço primeiramente a Deus, por ter traçado o meu caminho de uma forma tão perfeita.

Agradeço ao meu pai Raimundo, por todo esforço, por ter passado noites em claros pensando em como sustentar a filha que morava fora, por nunca ter deixado faltar nada e por sempre me incentivar a estudar, obrigada também pelo carinho e por ser tão rígido em minha educação, agora entendo que foi para o meu bem, pode ter certeza que me tornei uma grande mulher e eu te amo imensamente, você é o melhor pai do mundo.

Agradeço a minha mãe Helenice, por aturar meus choros de desespero, por rezar por mim em todas as vésperas de provas, por me ligar todos os dias antes de dormir e por me receber em casa nos finais de semana com a melhor comida do mundo, você é um espírito iluminado, honra a minha ter nascido nessa família. Mãe te amo por todas as minhas vidas.

Ah, minha irmã gêmea, eu deveria fazer uma página inteira de agradecimentos para você, nessa minha trajetória nada fácil da graduação, pois teve que dar tudo errado para dar certo, você esteve ao meu lado, eu digo ao meu lado fisicamente, nos sonhos, em tudo, você acompanha cada passo meu, cada conquista está comigo em tudo e para tudo, como passamos madrugadas conversando sobre as nossas vidas, ligamos uma para outra mais de vinte vezes ao dia, só nós entendemos o amor que sentimentos uma pela outra, é um sentimento puro sem querer nada em troca, te amo muito e você sabe muito bem que é de outras vidas esse laço tão forte.

Minha irmã doce Amanda, eu falo dela sorrindo, o seu jeito meigo encanta todos ao seu redor, tem um coração puro e imenso, obrigada por se preocupar comigo, por querer sempre o meu bem eu te amo demais.

A minha irmã Fernanda que tem um jeito tão rude, mas tem um coração bom, obrigada por tudo, eu te amo muito.

Meu avô paterno, Raymundo, que era o melhor dançarino de forró, e que incentivou muito os meus estudos em Juiz de Fora.

Minha avó Carminha que foi o meu sustento, um espírito iluminado que passou pela terra e que deixou grandes saudades, amo vocês demais, obrigada pelos ensinamentos.

Meus avós maternos, meu vô Toni, quantas saudades eu sinto, como você foi essencial em minha vida, eu aprendi muito com essa doença que tirou você de nós, ficamos tão próximos, te amo por toda a minha vida, e minha avó Rosiná, que está sempre orando por mim e querendo o meu bem, te amo minha vozinha.

Ao meu namorado Geovani que há dois anos me alegra, me ensina e me enche de amor, que me ensinou a sempre ver a vida de um jeito mais bonito, o seu sorriso é lindo, o seu jeito, você me encanta todos os dias e eu sou muito feliz ao seu lado, obrigada por ser tão companheiro e tão meu amigo, eu te amo muito.

Minhas amigas de Visconde do Rio Branco, uma amizade verdadeira que pode passar anos, como se passaram seis anos que vim morar em Juiz de Fora, elas estão sempre ali, para o que der e vier. Obrigada delícias, eu amo vocês. Em especial Maynara, que quando tudo parecia desabar, ela estava comigo, estava pronta para uma palavra amiga, sem você nada disso seria possível, você é sensacional, eu te amo demais.

Minhas amigas Juliana e Maressa que passaram todos os momentos pré-vestibular comigo e que estão até hoje ao meu lado, vocês são demais e eu amo vocês.

Minha companheira de trabalho Joyce, que topou encarar isso comigo, amiga, você é muito especial, somos uma dupla infalível, obrigada por sempre estar ao meu lado, eu aprendo muito com você, e quero levar sua amizade pelo resto da vida, te amo muito.

Agradeço ao CAPS-HU/Liberdade, que foi meu campo de estágio por um ano e meio, eu aprendi muito com todos, principalmente, com os usuários, irei sentir tanta falta deles, fiz amizades sinceras, como a Camilla, que é coisa de outra vida, uma pessoa que transmite luz, que traz paz, obrigada Deus por ter colocado uma pessoa tão especial no meu caminho.

À professora Sabrina que aceitou ser a nossa banca no projeto de TCC e agora na finalização dele, fez com que eu me apaixonasse pela saúde mental. Obrigada por todo carinho, você é sensacional.

A professora Marina por aceitar compor a banca.

Ao orientador Marco, quem nos ajudou a tornar esse trabalho possível com todo conhecimento e dedicação. Agradeço a todos por todo o carinho.

AGRADECIMENTOS

Joyce Adriana Pereira Pinto

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, pois sem Ele nada disso seria possível.

A pessoa mais especial e guerreira que tenho em minha vida, minha fonte de inspiração, minha mãe, Luciene, mulher que luta todos os dias para criar e dar o possível para seus filhos, sempre com muito amor e carinho, sem ela eu não estaria onde estou, cursando uma universidade pública e podendo dedicar todo meu tempo a minha formação.

Gostaria de agradecer ao meu pai, Lauro, que desde quando era pequena se tornou o homem da minha vida, aquele, o qual, eu amo de forma imensurável.

Aos meus irmãos, Lauro Junior e Ladson, que são as pessoas na qual eu me fortaleço todos os dias, que me ajudam a distrair nos momentos de tensões durante essa caminhada e me apoiaram a todo instante, a cada abraço apertado e carinhoso.

Ao meu padrasto, Wander, e minha madrasta, Cintia, que juntamente dos meus pais vem me apoiando e dando forças para continuar.

Aos meus avós Sebastião, Gloria e Lair, que me apoiam e torcem todos os dias para o meu sucesso, a minha falecida avó Terezinha, que sempre esteve e está ao meu lado e a toda minha família.

As minhas “Falsianes Sem Limites”, Ana Cristina, Clara, Rafaela, Nicolle e Lays que fazem parte do melhor grupo de amigas, que estão juntas há anos para os momentos de alegrias e de tristezas.

Em especial para Ana Cristina, minha amiga quase irmã, que está junto a mim há seis anos e me consolou durante todas as angústias desse TCC, me acolheu e me ajudou nos momentos mais difíceis que passei durante todos esses anos.

A tia Leandra e Glorinha, que me inseriram em sua família e hoje são exemplos de mulheres na minha vida.

As minhas amigas Caroline Carvalho, Carolina Bastos e Taynara que estão presentes na minha vida há quase dez anos, me dando forças e ajudando quando mais necessário.

As minhas amigas da faculdade, Amanda, que me fez crescer e me ajudou nos momentos pessoais e de formação, trouxe alegria para minha graduação e hoje se tornou uma de minhas inspirações; Marcelle, que virou minha amiga de verdade e que nos últimos anos se tornou uma parceira de vida; Paolla e Alice, que me ajudaram no meu crescimento durante todo esse período; e a minha querida parceira Danielle, que aceitou ir junto comigo nessa difícil responsabilidade de ir além nesse tema que tanto nos aflige.

Não poderia deixar de agradecer à toda a equipe do CASM, que me enriqueceu com toda a experiência adquirida neste estágio, em especial a minha supervisora Vanessa. Aos usuários do grupo de cidadania e cultura, que tornaram este último período de estágio mais prazeroso e feliz.

A equipe da EJA do João XXIII, que se tornaram indispensáveis para minha formação.

Ao orientador Marco Duarte, que nos ajudou a dar vida a este trabalho com todo seu conhecimento, dedicação e paciência.

A professora Sabrina Paiva, que me acompanha desde o terceiro período e sempre esteve muito presente e prestativa, orientando-me com os projetos que executamos juntas e com o estágio, apresentando-me à saúde mental e me tornando uma apaixonada pela área.

E a professora Marina Castro, por compor nossa banca.

Minha eterna gratidão a todos.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

BPC - Benefício de Prestação Continuada

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CASM – Centro de Atenção à Saúde Mental

CID - Código Internacional de Doenças

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CRRESAM – Centro Regional de Referência à Saúde Mental

DSM - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

HG – Hospital Geral

INSS – Instituto Nacional de Seguro Social

LAI – Leito de Atenção Integral

LGBTQ+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Transgêneros, Queer

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROESAM – Programa Especial de Saúde Mental

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

RT - Residência Terapêutica

SPM - Secretária Especial de Políticas para as Mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

RESUMO

ANDRADE, D de P.; PINTO, J. A. P. **Gênero, Violência e Saúde Mental**: Tematizando o sofrimento mental da mulher a partir da experiência de estágio.

A ordem social patriarcal é a base da hierarquização do poder masculino sobre o feminino, que se instaurou historicamente antes mesmo do capitalismo, mas que se consolidou através da implementação da estrutura das relações sociais baseada no capital, portanto, atinge as diversas realidades e sujeitos sociais. Sendo assim, a violência de gênero é uma das expressões do sistema patriarcal, onde, particularmente, mulheres, negras e LGBTQ+ são atingidas diariamente, para que a padronização e o poder da masculinidade e do heterossexismo prevaleçam. No entanto, este trabalho, a partir do levantamento bibliográfico, trata do conceito teórico de gênero e foca na violência de gênero, em particular, da violência contra a mulher, já que são as mesmas que sofrem abusos físicos, sexuais, morais, psicológicos e patrimoniais cotidianamente no Brasil. Assim, através da observação sistemática, a partir da experiência de estágio, supervisionado e obrigatório, no campo da saúde mental, e, conseqüentemente, a partir dos estudos e pesquisas produzidas que tivemos acesso, percebemos que o sofrimento mental entre a mulheres tem relação direta com a violência de gênero e desta forma, tomando a dimensão investigativa do trabalho profissional do Serviço Social, no período da investigação para esse trabalho, concomitante ao estágio, pudemos construir, para esse trabalho acadêmico, uma amostra do perfil dessas mulheres, usuárias dos serviços de saúde mental, que relataram sofrer ou ter sofrido algum tipo de violência, resultando, portanto, em seu quadro de sofrimento mental.

Palavras-chaves: gênero; violência; saúde mental.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	13
CAPÍTULO I.	
A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO GÊNERO: APROXIMAÇÕES TEÓRICO- CONCEITUAIS E HISTÓRICAS.....	17
1.1. INTRODUÇÃO AOS ESTUDOS DO GÊNERO.....	17
1.2. O DEBATE DA INTERSSECCIONALIDADE NO FEMINISMO.....	27
CAPÍTULO II.	
VIOLÊNCIA CONTRA MULHER E SAÚDE MENTAL.....	34
CAPÍTULO III.	
VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SOFRIMENTO MENTAL: O MESMO LADO DA MOEDA.....	53
3.1. CASOS SOBRE VIOLÊNCIA E SOFRIMENTO MENTAL PELAS MULHERES.....	58
3.2. DA ANÁLISE DOS CASOS - GÊNERO E SOFRIMENTO MENTAL.....	62
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é analisar as expressões do sofrimento da mulher oriundo dos estudos de gênero, a partir da experiência do campo de estágio. Uma vez que, no Brasil, segundo o Mapa da Violência contra Mulher (2018, p. 06), a média de mulheres agredidas fisicamente, é uma a cada 17 minutos; violentada psicologicamente ou moralmente é de meia em meia hora; as que se encontram em cárcere privado é a cada 3 horas; são registradas oito denúncias de mulheres violentadas sexualmente e semanalmente por dia; e 33 mulheres são assassinadas por seus ex ou atuais parceiros.

Atualmente, segundo o Mapa da Violência contra Mulher (2018, p. 24) “entre os meses de janeiro e novembro de 2018, a imprensa brasileira noticiou 14.796 casos de violência doméstica em todas as unidades federativas”, além de 32.916 casos de estupro, 15.925 casos de feminicídio, 2.788 casos de crime contra as mulheres na internet, como calúnia, difamação e injúria, e 72 casos de importunação sexual.

Compreende-se assim que a violência de gênero atinge diretamente as mulheres, e que as consequências dessa violência ultrapassam o sofrimento físico e atingem o psicológico delas. Os abusos psicológicos e morais penetram a autoestima da mulher, deixando-a mais vulnerável e suscetível aos sofrimentos mentais, como depressão, ansiedade, irritabilidade, entre outros, gerando assim um alto consumo de tranquilizantes e tentativas de autoextermínio. Desta forma, evidencia-se que as mulheres “vítimas de violência convivem com elevada carga de estresse, esta por sua vez gera sofrimento psíquico, favorecendo o surgimento do adoecimento mental, nos níveis individual e coletivo” (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p.100).

Desta forma, portanto,

As mulheres sempre na defensiva foram oprimidas pela legitimação do papel do homem como líder e dominador, papel este historicamente formado e perpetuado por meio da cultura”. Portanto, a violação neste caso pela banalização da violência física, pode e deve ser reconhecida e considerada

como consequência da impregnação de uma sociedade machista que não honra a igualdade de direitos (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p.95).

Segundo as autoras, a violência de gênero sempre existiu, principalmente, no Brasil, onde “patriarcado vem dominando e implantando uma cultura na qual o homem é o centro das coisas e as mulheres, quase sempre, se situam em segundo plano, em um total desrespeito a seus direitos, quer seja na esfera privada, quer seja na esfera pública” (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p.95).

Assim sendo,

A violência física contra as mulheres revela-se expressiva, como mostram dados mundiais que nos permitem visualizar a gravidade da situação. As informações são contundentes e ajudam a confirmar uma problemática restrita não apenas a poucos países ou a determinadas regiões, porquanto representa um problema mundial. (OLIVEIRA; JORGE, 2007, p. 94).

Enquanto estagiárias da Rede de Atenção à Saúde Mental, do município de Juiz de Fora, podemos observar um número bem significativo de usuárias que sofreram e que ainda sofrem algum tipo de violência. Dessa forma, no âmbito da saúde mental a questão de gênero se encontra muito alarmante, principalmente, no que se refere ao sofrimento da mulher.

Portanto, compreendemos a relevância deste estudo por observar em nossos campos de estágio, durante nossas atividades diárias, a demanda de mulheres vítimas de violência sexual, física, moral e psíquica. Sendo assim, ao fazer leituras atentas nos prontuários, como na participação nos grupos com usuárias e nos processos dos acolhimentos individuais, encontramos relatos de mulheres que estão inseridas atualmente na rede de atenção psicossocial, que nos apresentavam que seus sofrimentos mentais são oriundos de violência por parte de alguma figura masculina, sejam eles seus parceiros, pais, familiares, etc.

Nossa pesquisa, de base qualitativa, baseou-se no levantamento bibliográfico, com leituras e estudos focados em conteúdos especializados sobre o tema do gênero, violência e saúde mental. Nossas observações no dia a dia do estágio, como também

das anotações realizadas no diário de campo, possibilitou-nos o levantamento de dados sobre a violência sofrida por essas mulheres no atendimento dos serviços de saúde mental.

Dessa forma, este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) está dividido em três capítulos. Assim, o primeiro, “A construção social do gênero: aproximações teórico-conceituais e históricas”, perpassa sobre o conceito de patriarcado, debatendo historicamente esta relação social que os homens detêm o poder sobre as mulheres nos âmbitos sociais. Ressalta também acerca da virilidade do homem como uma capacidade sexual e social, provando a sua masculinidade em práticas de machismo e violência. Perpassando pelo movimento feminista na década de 1970, que foi atuante tanto na formulação do conceito de gênero, como na luta política pelos direitos das mulheres.

No segundo capítulo, intitulado, “Violência contra a mulher e saúde mental”, aborda-se o sofrimento psíquico da mulher e sua estreita relação com a violência, a partir dos três ramos da violência contra a mulher: a violência familiar, a violência intrafamiliar e a violência doméstica. Sendo a violência doméstica uma das mais relevantes para o estabelecimento dos conflitos nessas relações de gênero.

É de suma importância também salientar, nesse capítulo, o lugar da mulher na Reforma Psiquiátrica brasileira, apontando, assim, o seu papel como profissional, cuidadora e/ou usuária dos serviços de saúde mental. Assim, analisamos bibliograficamente os diagnósticos encontrados sobre as mulheres, que em suma se resumem ao transtorno depressivo. Portanto, foi possível observar que segundo o relatório de Saúde Mental, divulgado pelo Ministério da Saúde, a mulher é o grupo que mais possui vulnerabilidade para manifestar sofrimento psíquico grave.

O terceiro e o último capítulo, intitulado, “Violência de gênero e sofrimento mental: o mesmo lado da moeda”, analisamos as expressões e as especificidades do sofrimento mental das mulheres, a partir do campo de estudos de gênero e sexualidade, identificando as mulheres que estão inseridas nos serviços de saúde mental, campos de estágio e de pesquisa, que apresentam sofrimento mental oriundo da violência de gênero, em particular, contra a mulher.

Dessa forma, cabe explicar, metodologicamente, que analisamos uma reflexão acerca do sofrimento psíquico dessas mulheres, através de relatos de suas experiências e para tanto, utilizamos das anotações feitas em nossos diários de campo, que consta os relatos das usuárias sobre seus episódios em que sofreram algum tipo de violência, seja física, sexual, moral ou outras. Essas anotações, portanto, foram obtidas através dos depoimentos dessas usuárias nos grupos que acontece semanalmente no campo de estágio, em que as mesmas estão inseridas, como também, nas conversas que se deram durante a estada no serviço e atendimentos individuais, sem identificação, primando pela ética na pesquisa e de cunho profissional, na medida em que foram realizadas ao longo de um ano e meio enquanto estagiárias nos serviços de saúde mental, nossos campos de estágio e consequentemente de pesquisa, ao tomarmos a dimensão investigativa do trabalho profissional do Serviço Social.

Por fim, à guisa de conclusão, traçamos as “Considerações Finais” desse trabalho, apontando uma síntese do processo de investigação e questões que suscitaram nessa produção acadêmica, e, em particular, no debate interseccional da relação entre gênero, violência e saúde mental, que nos foi perceptível que muitas das mulheres usuárias passaram por algum tipo de violência e isso repercutiu em seu sofrimento mental.

Entendemos a importância dos nossos estudos, dentro de nosso curso, pois obtivemos um olhar voltado com os usuários e suas demandas, e ressaltamos a necessidade de trabalhos neste mesmo viés, dando um maior protagonismo aos usuários dos nossos serviços, uma vez que as expressões da questão social são evidenciadas a partir deste estudo.

CAPÍTULO I

A CONSTRUÇÃO SOCIAL DO GÊNERO: APROXIMAÇÕES TEÓRICO- CONCEITUAIS E HISTÓRICAS

1.1. INTRODUÇÃO AOS ESTUDOS DO GÊNERO

Para pensarmos sobre violência de gênero a partir do campo da saúde mental, teremos que perpassar sobre o conceito de patriarcado para explicar o fenômeno da dominação de gênero, lembrando que essa forma de relação colaborou para a exploração e a dominação da mulher. Scott (1995), ao abordar as teóricas do patriarcado, relata que a dominação sobre o corpo feminino se deu através de uma construção social, onde o poder dos homens sobre as mulheres se articula, a partir das relações sociais, na medida em que a subordinação feminina estaria na necessidade dos homens em dominar as mulheres.

Rabelo e Araújo (2013), a partir do pensamento de Saffioti (1987), questionam sobre o argumento biológico da fragilidade feminina. Assim, levantam estudos que afirmam que as mulheres são menos suscetíveis a doenças que os homens, e apresentam menores índices de mortalidade. As autoras (RABELO e ARAÚJO, 2013, p.124) afirmam, assim, que essa “caracterização da ‘inferioridade feminina’ é um fenômeno exclusivamente social”, enquanto a dominação se dá através do sistema político e ideológico, a exploração será por meio das relações econômicas.

Saffioti (1987) ainda afirma que a violência de gênero aparece como uma forma de produção e reprodução das relações de poder. Um dos fatores que levam as mulheres a sofrerem algum tipo de violência, em algum momento da sua vida, está

relacionado a elas terem presenciado algum tipo de violência na infância ou terem visto suas mães sendo vítimas de alguma violência.

Sendo assim, ao abordar sobre o patriarcado, precisamos entender que a mulher é vista como inferior ao homem há muitos anos, e, historicamente, esta é uma relação social onde os homens detêm poder sobre as mulheres em todos os âmbitos sociais, uma vez que segundo esse sistema a mesma foi feita para satisfazer os desejos de seu marido, pai, etc. Dessa forma, Saffioti (2011, p. 47) aponta que as mulheres “têm razões de sobra para se opor ao machismo reinante em todas as instituições sociais, pois o patriarcado não abrange apenas a família, mas atravessa a sociedade como um todo”.

Saffioti (2011, p. 120) ao problematizar a teoria de Fisher (1979), nos mostra que o patriarcado é um exemplo da relação homem-natureza onde se instaura a relação de poder. A autora aponta que para Lerner, nos tempos primórdios, as mulheres eram postas como deusas por ser a responsável pela criação e sobrevivência de seus filhos. Contudo, a autora aponta que para Fisher, o homem necessitou de determinar uma relação de poder para com os animais, uma vez que lhe foi percebido por ele que os mesmos eram fonte de sua alimentação, sendo assim, aquele que tinha mais domínio sobre os animais detinha maior poder. Posteriormente lhe foi percebido que quanto mais filhos, maior era sua mão de obra para a detenção deste poder, e assim para o homem se fez necessário a dominação entre os sexos, do homem sobre a mulher, uma vez que a mulher é a fonte de reprodução da “mão de obra” que tanto era necessitada por aqueles homens.

Para melhor entendimento, tomamos como referência Bourdieu (1998, p. 33) que afirma que,

A força particular da sociodicéia masculina lhe vem do fato de ela acumular e condensar duas operações: ela legitima uma relação de dominação inscrevendo-a em uma natureza biológica que é, por sua vez, ela própria uma construção social naturalizada.

Sendo assim, entendemos que o patriarcado advém de muitos anos, e, portanto, se faz naturalizar a cada sistema que passa, entendendo-se como uma relação social e histórica sempre presente, como já foi referenciado por Saffioti (2011) acima.

Bourdieu (1998) ainda apresenta que o patriarcado já se engendrou nos “ritos de passagem”, da sociedade bérbere da Cabília, como exemplo, para reafirmar a virilidade masculina, afastando-se os homens de suas mães e de tudo aquilo que os ligavam ao seu lado feminino. Isso pode ser enxergado, também, nos dias atuais, quando ainda se compreende os estereótipos em que os meninos só andam com seus pais para fazer “atividades de homem” ou quando afirmam a uma criança de que “homem não chora”, pois isso seria coisa de “mulherzinha”.

A virilidade é uma condição do ser masculino, Bourdieu (1998), menciona a questão da virilidade relacionada com a violência, onde o homem tem a sua virilidade como uma capacidade sexual e social, provando a sua masculinidade em práticas de machismo e violência. Portanto, a “virilidade é construída diante dos outros homens, para outros homens, e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro de si mesmo”. (BOURDIEU, 1998, p. 33)

Bourdieu (1998), aponta para a relação de poder existente entre os homens e mulheres, denominando-o como violência simbólica, ou seja, faz dessa relação como natural, mas menciona também os efeitos dessa dominação, que muitas das vezes assume algumas emoções corporais como: vergonha, a humilhação e a culpa.

O autor ainda nos afirma que desde a antiguidade, as mulheres têm regras e costumes diferentes aos dos homens, por exemplo, como se portar ou se vestir, e que é a partir disto que se constrói um estereótipo de feminização para ações feitas pelas mulheres. Bourdieu (1998) salienta que mesmo quando essa barreira de normas e regras, constituídas para as mulheres, é rompida, em grande parte das vezes, as mulheres não se tornam donas de si e de seu próprio corpo, a partir desse momento elas se transformam em seres de objetificação masculina.

Saffioti (2011) relata que as feministas na década de 1970 tiveram grande influência nos estudos do debate de patriarcado, baseando-se, por autores terceiros, na teoria weberiana de dominação masculina. Segundo Piscitelli (2009), o movimento feminista na década de 1970, atuou na formulação do conceito de gênero. “Esse movimento social, que buscava para as mulheres os mesmos direitos dos homens, atuou decisivamente na formulação do conceito de gênero” (PISCITELLI, 2009, p. 125).

Nesta mesma época podemos observar uma pequena aproximação do debate com a teoria marxista, todavia, os pensamentos marxistas só ganharam um verdadeiro espaço dentro do debate de crítica ao patriarcado a partir do século XX, com a leitura psicanalista de Freud. Contudo, segundo a autora “o pensamento psicanalítico foi subversivo e conservador, ao passo que ao marxista não se aplica o segundo termo” (SAFFIOTI, 2011, p. 97).

A autora aponta que Maria Sylvia de Carvalho Franco, no ano de 1972, baseando-se nos estudos weberianos, concluiu que a dominação é, portanto, produzida através da naturalização da mesma, que foi engendrada culturalmente no próprio indivíduo. Além do mais, é ressaltado por Saffioti (2011), que a relação de dominação encontrada neste sistema, se deu através da relação cultural, uma vez que existiam graus diferentes de domínio entre os sexos, mas sendo sempre a dominação do homem sobre a mulher.

Saffioti (2011) ainda coloca que foi a partir de 1976, com a introdução de Foucault, que temos a inserção da historicidade da sexualidade. Sendo assim, foi durante as décadas de 1970 e 1980, que as autoras feministas iniciavam o debate sobre o patriarcado para além da esfera política e começavam a adentrar o debate dentro do campo do trabalho, do campo doméstico, etc. A autora, também, faz uma alusão do sistema patriarcal com um maquinário, ressaltando que “além de o patriarcado fomentar a guerra entre as mulheres, funciona como uma engrenagem quase automática, pois pode ser acionada por qualquer um, inclusive por mulheres” (SAFFIOTI, 2011, p. 101). Sendo assim, ela reafirma a ideia de Franco (1972), citada acima, pois existe uma naturalização do sistema patriarcal que faz com que as ações

estabelecidas por este sistema sejam reproduzidas pelos indivíduos, tanto homens quanto mulheres, sem que haja uma crítica sobre elas.

A relação homem-mulher, segundo Saffioti (2011), é um debate iniciado dentro da categoria gênero, que vai muito além dessa relação, o que será analisado mais a frente neste trabalho, contudo, também, imbrica os estudos sobre a mulher. Desta forma, a autora nos mostra que é extremamente importante o crescimento dos estudos nessa área, uma vez que apenas assim se torna possível empoderar a categoria social constituída pelas mulheres e o conhecimento sobre a sua história através do conceito histórico de patriarcado.

É neste sentido que Saffioti (2011, p. 44) afirma que o patriarcado “é o regime da dominação exploração das mulheres pelos homens”. A autora aponta que o patriarcado é

Entendido como imagens que as sociedades constroem do masculino e do feminino, não pode haver uma só sociedade sem gênero. A eles corresponde certa divisão social do trabalho conhecido como divisão sexual do trabalho, na medida em que ela se faz obedecendo ao critério de sexo (SAFFIOTI, 2011, p. 58).

Dessa forma, atualmente, na esfera da dinâmica capitalista, o patriarcado também se expressa pela relação da divisão sexual do trabalho. Essa condição social existe a muitos anos, antes mesmo do próprio capitalismo, mas tal fato só veio para reforçar essa relação de poder e a diferenciação entre os gêneros, em particular, na divisão entre as esferas do público e do privado.

Segundo Kergoat (2009, p. 71) “essas relações sociais se baseiam antes de tudo numa relação hierárquica entre os sexos; trata-se de uma relação de poder, de dominação”.

Assim sendo, afirma Saffioti que,

Desta sorte, a base econômica do patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle da sua sexualidade e,

por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (SAFFIOTI, 2011, p. 106).

É nesse processo da relação dominação-exploração entre os gêneros que Passos e Pereira (2017) entendem a importância do surgimento do feminismo ao tratar das diversas opressões sofridas pelas mulheres em diferentes lugares sociais. E, portanto, foram esses movimentos feministas que tiveram atuações diferentes, em seus momentos sócio-históricos, através dos anos, formando assim as respectivas ondas do movimento feminista, responsáveis, assim, pela emergência dos debates e dos estudos de gênero e do feminismo pelo mundo.

Segundo Zinani (2009, p. 411), a primeira onda feminista “corresponde ao período que vai desde as últimas décadas do século XIX, quando se tornou mais expressiva a luta pelos direitos humanos, até as primeiras do século XX, com o movimento das sufragistas, que defendiam direito ao voto feminino”. Já a segunda onda ganha força no ano de 1949, com a publicação do livro “O segundo sexo”, de Simone de Beauvoir¹. Para Zanani (2009, p. 412) este período foi caracterizado pelo debate da “subordinação feminina como uma questão ontológica”. A autora aponta que

Essa obra foi um marco no pensamento feminista, discutindo a questão da mulher através de vários ângulos: da biologia, da psicanálise, do materialismo histórico, a fim de demonstrar como a realidade feminina se constitui como o Outro e quais as consequências desse posicionamento (ZANANI, 2009, p. 412).

É, portanto, nessa esteira que Haraway (2014) escreveu sobre sexo-gênero, e relata a dificuldade de distinção entre as palavras gênero e sexo, uma vez que essas palavras só existiam em Alemão. “As palavras modernas em inglês e alemão, “*gender*” e “*geschlecht*”, referem diretamente aos conceitos de sexo, sexualidade, diferença sexuais, geração, engendramento e assim por diante” (HARAWAY, 2004, p. 209).

Para Haraway, gênero refere-se à construção e a classificação de sistemas de diferença:

¹Simone de Beauvoir foi uma escritora, filósofa e ativista política e feminista. Autora da frase “Ninguém nasce mulher: torna-se mulher”, Beauvoir teve um grande destaque na segunda onda do movimento feminista.

Gênero é um conceito desenvolvido para contestar a naturalização da diferença sexual em múltiplas arenas de luta. A teoria e a prática feminista em torno de gênero buscam explicar e transformar sistemas históricos de diferença sexual nos quais “homens” e “mulheres” são socialmente constituídos e posicionados em relações de hierarquia e antagonismo. Já que o conceito de gênero está tão intimamente ligado à distinção ocidental entre natureza e sociedade ou natureza e história, via a distinção entre sexo e gênero, a relação das teorias feministas de gênero com o marxismo está vinculada à sorte dos conceitos de natureza e trabalho no cânone marxista e na teoria ocidental de modo mais geral (HARAWAY, 2004, p. 211).

Sendo assim, o debate de gênero se deu a partir do estudo das feministas e foi no período do pós-guerra, onde a relação sexo-gênero existia na forma de opressão das mulheres ligada a uma questão cultural que é ainda muito marcante em nossos tempos atuais. Portanto, gênero foi um conceito desenvolvido para transformar sistemas históricos de diferença sexual.

Segundo Piscitelli (2009), o conceito de gênero foi elaborado em momentos específicos da história,

Quando nascemos somos classificados pelo nosso corpo, de acordo com os órgãos genitais, como menina ou menino. Mas maneiras de ser homem ou mulher não derivam desses genitais, mas de aprendizados que são culturais, que variam segundo o momento histórico, o lugar, a classe social (PISCITELLI, 2009, p. 124).

Assim, é importante se falar de gênero e da construção social das características atribuídas a homens e mulheres, onde as mulheres estão associadas à função de sua capacidade de gerar filhos e ao espaço doméstico como sendo o seu principal espaço de atuação. Sendo assim, essas atribuições desiguais são vistas como naturais.

O termo gênero em suas versões mais difundidas remete a um conceito elaborado por pensadoras feministas precisamente para demonstrar esse duplo procedimento de naturalização mediante o qual as diferenças que se atribuem a homens e mulheres são consideradas inatas, derivadas de distinções naturais, e as desigualdades entre uns e outras são percebidas como resultado dessas diferenças (PISCITELLI, 2009, p. 119).

É nesse sentido, que Haraway (2004) aponta que “o conceito ocidental de gênero, insiste em que a maternidade é natural e a paternidade cultural: as mães fazem os bebês naturalmente, biologicamente. A maternidade salta à vista; a paternidade é inferida” (HARAWAY, 2004, p. 220). Para além, a autora afirma que o discurso da

diferença entre sexo e gênero inicia-se nos anos de 1950 e 1960, portanto, é no final dos anos de 1970 que tais discursos emergem, com um intuito a um debate político e científico.

Haraway (2004) tomando como referência os estudos de Gayle Rubin e a teoria da política feminista sobre sexo/gênero, que utiliza dos discursos de Freud e Marx, a partir de Lacan e Lévi-Strauss, examina que a “domesticação das mulheres” nas quais as fêmeas humanas eram o material bruto na produção social de mulheres através da troca de sistemas de parentesco controladas por homens na instituição da cultura humana” (HARAWAY, 2004, p. 223).

Portanto, essa relação social que definia sexo e gênero, atribuía aos homens o direito sobre as mulheres, impondo a elas uma heterossexualidade obrigatória. Sendo assim, a autora ressalta que,

Nancy Chodorow adotou o conceito de sistema de sexo-gênero em seu estudo da organização social da educação na família, que produz as mulheres como mais capazes de relações não hostis do que os homens, mas que também perpétua a posição subordinada das mulheres por meio de sua produção como pessoas estruturadas para a maternidade no patriarcado (HARAWAY, 2004, p. 234).

Assim, as diferenças entre homens e mulheres são marcadas fortemente pela sociedade em que vivemos. A forma de lidar com um ou com outro sexo é fator determinante nas relações sociais. Portanto, desde pequenas somos moldadas pelo sexo biológico e obrigadas, compulsoriamente, a seguir os padrões sociais destinados a cada um deles.

Assim, podemos afirmar que segundo Saffioti (2011, p. 135), existe “um vínculo orgânico entre gênero e sexo” que pode ser visto a partir do contexto da natureza biológica, contudo, não se pode reduzir o contexto de gênero à compreensão de sexo, uma vez que “o gênero inscreve-se no plano da história”, sendo parte do ser social.

É nesse sentido que Fausto-Sterling (2001) ao fazer uma linha do tempo sobre a história da sexualidade; aponta o desenvolvimento da sexualidade durante os séculos, desde a Grécia antiga, onde era socialmente aceitável as diferenciações de gênero e

comportamentos sexuais, até os dias de hoje, onde temos rótulos e preconceitos sobre aquilo que não é considerado normal para a sociedade. Contudo, Fausto-Sterling (2001) afirma que,

Assim como esses exemplos da sociologia contemporânea mostram que as categorias utilizadas para definir, medir e analisar o comportamento sexual humano muda com o tempo, a recente explosão dos estudos sobre a história social da sexualidade humana também mostra que a organização e expressão social dessa sexualidade não são atemporais nem universais (FAUSTO-STERLING, 2001, p. 33).

Fausto-Sterling (2001, p. 15, grifo da autora), afirma que “sexo, diziam, se refere aos atributos físicos e é anatômica e fisiologicamente determinado.” Entende-se, assim, que “ter um pênis ou uma vagina é uma diferença de sexo” (FAUSTO-STERLING, 2001, p. 16), sendo assim, para a autora, as dificuldades e normas impostas socialmente às mulheres, é uma cultura construída com base no patriarcado.

Sendo assim, Fausto-Sterling (2001, p. 15), afirma que “sexo e gênero são categorias separadas”, e que todo e qualquer tipo de ideia formulada para definir sexo, além do sentido biológico, é uma definição de gênero, que é uma construção social baseada em nossas crenças. Portanto, para a autora, “o sexo de um corpo é simplesmente complexo demais. Não existe o isso ou aquilo. Antes, existem nuances de diferença, [...] rotular alguém de homem ou mulher é uma decisão social” (FAUSTO-STERLING, 2001, p.15).

Essa ideia, portanto, é confirmada por Piscitelli (2009), ao se referenciar na obra de Simone de Beauvoir, afirmando que,

Simone de Beauvoir não utiliza o termo “papéis sexuais”. Entretanto, incorpora ideias presentes nessa noção, ao considerar que a posição da mulher é uma *construção social* [...] Para Beauvoir, essa dominação não se explicaria por aspectos inerentes ao corpo feminino, nem à natureza. A resposta estaria na compreensão do que a história e a cultura fizeram, nos termos da autora, da *‘fêmea humana’*” (PISCITELLI, 2009, p. 132, grifo da autora).

Compreende-se, assim, que o debate de gênero, vai muito além dessa diferenciação dos sexos biológicos. Nele estão engendrados o entendimento do que é ser homem e do que é ser mulher na sociedade atual, como a sua concepção e conhecimento de si mesmo. Visto isso, entende-se que o debate de gênero busca mostrar as concepções e diferenciações de um corpo além do determinismo biológico e essencialista, nele está entrelaçado de forma interseccional: sexo, raça e classe.

O patriarcado, segundo Saffioti (2011, p. 136), já penetrou diversas esferas sociais, nas “quais se implantou uma hierarquia entre homens e mulheres, com primazia masculina”, e que o capitalismo utiliza dessa estrutura de poder para mercantilização das relações sociais, principalmente, nas relações de gênero, e essa, portanto, rebate nas relações de raça/etnia. Sendo assim, podemos perceber que a inferiorização das mulheres não se dá somente na sociedade capitalista, uma vez que,

Sexismos e racismo são irmãos gêmeos. Na gênese do escravismo constava um tratamento distinto dispensado a homens e a mulheres. Eis porque o racismo, base do escravismo, independentemente das características físicas ou culturais do povo conquistado, nasceu no mesmo momento histórico em que nasceu o sexismo. (SAFFIOTI, 2011, p. 124, grifo da autora).

Saffioti (2011, p. 124), ainda afirma que durante o período escravocrata essa relação sexista se tornava mais nítida uma vez que os homens negros eram assassinados por representarem maiores riscos de revolta, enquanto as mulheres negras “serviam a três propósitos: constituíam força de trabalho [...]; eram reprodutoras desta força de trabalho [...]; (e) prestavam (cediam) serviços sexuais aos homens do povo vitorioso.”

Entende-se, assim, que o debate de gênero ultrapassa a discussão de sexo, adentrando a outros fatores sociais, como explicita Crenshaw (2002, p. 173, grifo da autora) ao dizer que “classe, casta, raça, cor, etnia, religião, origem nacional e orientação sexual, são ‘diferenças que fazem a diferença’ na forma como vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação”.

É nesse contexto, que emerge no debate da terceira onda do movimento feminista, período esse que debate a igualdade das mulheres com o debate da interseccionalidade. Zanani (2009), aponta que a

Terceira Onda apresenta uma pauta de reivindicações mais ampla do que o grupo da Segunda Onda, uma vez que engloba “a teoria queer, a conscientização da negra, o pós-colonialismo, a teoria crítica, o transnacionalismo”, entre outros (ZANANI, 2009, p. 413).

1.2. O DEBATE DA INTERSECCIONALIDADE NO FEMINISMO

Assim, adentra-se no debate da interseccionalidade, onde Kimberlé Crenshaw é uma das autoras negras protagonistas pela popularização do termo. Desta forma, para Crenshaw (2002),

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que busca capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos da subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (CRENSHAW, 2002, p. 177).

A autora ainda aponta que,

A discriminação racial é frequentemente marcada pelo gênero, pois as mulheres podem às vezes vivenciar discriminações e outros abusos dos direitos humanos de uma maneira diferente dos homens, o imperativo de incorporação do gênero põe em destaque as formas pelas quais homens e mulheres são diferentemente afetados pela discriminação racial e por outras intolerâncias correlatadas (CRENSHAW, 2002, p. 173).

Crenshaw (2002) alega uma invisibilidade interseccional, essa qual pode ocorrer a partir do superinclusão ou do subinclusão. O primeiro, segundo a autora, ocorre quando todo e qualquer problema que aconteça naquele grupo de mulheres, como por exemplo, o racismo ou a homofobia, são enfrentados como um problema de discriminação de gênero, não tendo uma análise real e concreta. Já o segundo, ocorre quando a discriminação não ocorre com aquela maioria do grupo, por exemplo, com os

homens negros, e sim somente com a sua minoria, as mulheres negras, e assim o problema não se torna uma pauta daquele grupo social, ele é invisibilizado.

Para a autora,

A discriminação interseccional é particularmente difícil de ser identificada em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, de forma a colocar as mulheres em uma posição onde acabam sendo afetadas por outros sistemas de subordinação. Por ser tão comum, a ponto de parecer um fato da vida, natural ou, pelo menos, imutável, esse pano de fundo (estrutural) é, muitas vezes, invisível (CRENSHAW, 2002, p. 176).

No rastro desta perspectiva da interseccionalidade, temos hooks (2015) que faz uma crítica aos movimentos feministas e suas obras, que, em sua maioria, são escritos por feministas brancas e que se limitam às pautas de luta e vivências das mulheres brancas e burguesas. A autora aponta que ainda é utilizado como molde, para muitos coletivos o texto de Friedan (1963).

Para hooks (2015, p. 194), “Friedan² transformou suas dificuldades e as de mulheres brancas como ela em sinônimo de uma condição que afetaria todas as mulheres nos Estados Unidos.” hooks (2015) aponta a necessidade que autoras negras no campo da discussão de gênero tratem o tema, uma vez que o debate atual do campo é seletivo e não conversa com pautas como classismo, sexismo e racismo.

A autora ainda reitera que

O racismo abunda nos textos de feministas brancas, reforçando a supremacia branca e negando a possibilidade de que as mulheres se conectem politicamente cruzando fronteiras étnicas e raciais. A recusa feminista, no

²Betty Friedan foi uma ativista feminista americana e escritora de livros, como, *A mística feminina*, de 1963.

passado, a chamar atenção para hierarquias raciais e as atacar, suprimiu a conexão entre raça e classe (hooks, 2015, p. 195).

Portanto, para hooks (2015), o discurso do sofrimento sexista sofrido pelas mulheres brancas é válido, contudo, não representam de forma igualitária os preconceitos sofridos por mulheres negras na sociedade. Sendo assim, compreendemos que existem pautas importantes e necessárias a serem levantadas por estas mulheres que dominam o discurso feminista, como estarem presas a seu papel como mãe e dona de casa sem que possam desenvolver seu lado profissional; porém ele não abarca as necessidades das mulheres negras e pobres, nas quais, em sua maioria, são mães solteiras, sustentam seus lares com trabalhos precarizados, além de sofrerem duplamente por sua raça e/ou etnia.

hooks (2015) salienta a desigualdade dentro dos movimentos feministas e aponta de forma tão evidente que,

Se as mulheres negras de classe média tivessem começado um movimento em que designassem a si mesmas como “oprimidas”, ninguém as teria levado a sério. Se tivessem estabelecido fóruns públicos e dado palestras sobre sua “opressão”, teriam sido criticadas e atacadas por todos os lados. Não foi o que aconteceu com as feministas burguesas brancas, porque elas podiam apelar a um grande público de mulheres como elas, ávidas para mudar sua sina na vida. Seu isolamento em relação a mulheres de outros grupos raciais e de classe não oferecia base comparativa imediata pela qual testar suas hipóteses de opressão comum (hooks, 2015, p. 199).

Sendo assim, entende-se que o foco geral dessas mulheres brancas, que se encontravam a frente dos movimentos, era, tão somente, buscar igualdade social e profissional com os homens, de forma excludente, sem entender que outras mulheres poderiam apenas querer um modo de vida diferente na qual elas não fossem marginalizadas e silenciadas por sua raça, etnia e classe.

Desta maneira hooks (2015) destaca que as mulheres brancas não revelaram a opressão para as mulheres negras, pois estas já a conheciam para além da forma teórica, mas no impacto que tem em suas vidas. A autora, ainda aponta que para as mulheres negras “o fato de as mulheres brancas de classe média e alta precisarem de uma teoria para ‘informá-las de que são oprimidas’ era apenas uma indicação de suas condições de vida privilegiadas” (hooks, 2015, p. 203).

Considera-se, assim, desvalido o debate de gênero quando não debatido na perspectiva da interseccionalidade, uma vez que é perceptível, em nossa sociedade atual, a realidade da discriminação da mulher negra, pobre, favelada, periférica, cisgênera e transexual, heterossexual, lésbica e bissexual, em confrontação com os demais marcadores sociais de diferença. Uma vez que estas enfrentam problemas estruturais que vai além do recorte de gênero, e assim, os grupos de feministas negras, por exemplo, tendem a trazer o debate.

É nesse sentido que na perspectiva da interseccionalidade, Hirata (2014) aponta que o patriarcado nos diz respeito a uma compreensão mais complexa a respeito da interação entre os múltiplos sistemas de opressão que implicam nas relações de produção e reprodução das desigualdades sociais, e, portanto, se constitui em uma forma de enfrentamento às opressões múltiplas e imbricadas.

A autora ainda aborda a categoria de “consustancialidade”, teorizada por Danièle Kergoat, na década de 1970, ao afirmar que o sistema de dominação/exploração se constitui em um único sistema. Hirata (2014) afirma que as elaborações da autora têm como foco principal a interseção entre gênero e classe. Portanto, como explicita Kergoat (2009, p. 71) na sociedade atual as relações sociais têm características singulares, “podemos então considerá-la um paradigma das relações de dominação”.

Assim, pode-se afirmar que a estrutura do patriarcado se estrutura na misoginia. Isso se dá a partir do contexto em que o homem enxerga a mulher como sua propriedade, tendo assim aversão ao sexo feminino, não a colocando como sua igual

em tal sistema, pois para o patriarcado a mulher é inferior ao homem em diversas instâncias, podendo ser considerada como mercadoria. Sendo assim, esse sistema reproduz, diretamente, a violência cotidiana vivida pelas mulheres.

Mas cabe aqui uma ressalva, a estruturação do significado de gênero, portanto, como já explicitamos, não se dá a partir de um contexto biológico e essencialista, mas sim social e culturalmente construído por uma sociedade patriarcal. É nesse sentido, portanto, que Zanello, Fiuza e Costa (2005, p. 238) ao tratar da questão do gênero, apontam que “em outras palavras, o conceito de gênero contrapõe-se ao determinismo biológico implícito no uso de termos como ‘sexo’ ou ‘diferença sexual’”. Essa concepção pode ser destacada, também, através do contexto cultural, fazendo assim que o conceito biológico dê margem para a diferenciação através dos sexos “feminino” e “masculino”.

As autoras ao se basearem na perspectiva teórica de Judith Butler (2003), ainda afirmam que “gênero é uma performance, a qual, via repetição dos atos, vai aos poucos se cristalizando, dando uma ideia (equivocada) de substancialização” (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2005, p. 238). Sendo assim, podemos perceber que existe uma conformação e aceitação da sociedade ao decorrer do tempo com aquilo que é imposto sobre a ideia da diferenciação de gênero.

Portanto, a partir do entendimento dessas conceituações percebemos que a construção do que é gênero se dá, também, a partir de estereótipos criados pelo sistema patriarcal e reforçados pelo sistema capitalista. Sendo assim, Zanello, Fiuza e Costa (2015, p. 239), ao fazerem uma referência a Casares (2008) afirmam que,

Os estereótipos sustentam a desigualdade e a relação de poder hierárquica entre os gêneros, reafirmando os valores sociais e constituindo espaços privilegiados em uma certa formação identitária. Em outras palavras, privilegiam determinados padrões emocionais e comportamentais (“performances”) que definem, binariamente, o que seria um “homem” e o que seria uma “mulher”. Neste sentido, a experiência subjetiva de “ser um homem” e “ser uma mulher” é alterada em conformidade com os valores culturais gendrados de uma sociedade e atuam nas interpretações dos indivíduos sobre si mesmos e sobre

os outros, bem como na esfera do sofrimento psíquico desses indivíduos (ZANELLO; FIUZA; COSTA, 2015, p. 239).

Nesse sentido, temos a conceituação de Hirata (2014), que retoma duas subdivisões da categoria interseccionalidades teorizadas por Crenshaw (2002), a “interseccionalidade estrutural”, que se refere, principalmente, ao lugar das mulheres negras, nas interseções entre raça e gênero e os seus rebatimentos sobre a violência conjugal e o estupro, assim como as formas de respostas a tais violências. E ainda, a “interseccionalidade política”, referente à forma com que as políticas feministas e antirracistas implicam na marginalização da violência em relação às mulheres negras.

Hirata (2014) explicita as críticas que Kergoat formula em relação à categoria de interseccionalidade, ao que a autora ressalta o que considera ser o ponto essencial da crítica feita por Kergoat, o fato pelo qual a referida categoria não parte das relações sociais fundamentais, quais sejam gênero, raça e classe, em sua ampla complexidade e dinâmica. Além de considerar que a categoria interseccionalidade prioriza as relações gênero-raça, enquanto as relações gênero-classe ficam invisibilizadas. Nesse sentido, Hirata (2014) afirma que o principal conflito existente entre as teorias de interseccionalidade e consubstancialidade é a prerrogativa de que, para Kergoat, teórica da consubstancialidade, as relações sociais fundamentais são gênero, raça e classe, enquanto para as autoras da interseccionalidade, outras relações além de gênero, raça e classe, podem ser determinantes e fundamentais, o que Hirata (2014) denomina de “interseccionalidade de geometria variável”.

Sendo assim, compreende-se que ao fazer o debate da interseccionalidade trazendo-o para o cotidiano vivido por estas mulheres, percebe-se que estas estão mais presentes na esfera da vulnerabilidade social, uma vez que essas mulheres são reprimidas por sua classe, raça e gênero. Pois são as mulheres negras e pobres que mais enfrentam a violência dentro de seu cotidiano, tanto a violência física, como a sexual, psíquica e moral.

Contudo, ao debater a violência de gênero, entendemos que o mesmo não é somente a violência contra a mulher, porém é neste âmbito que a discussão se faz mais visível dentro da sociedade.

Portanto, é Saffioti (2011) que aborda a enorme confusão a respeito do entendimento de violência contra as mulheres como sinônimo de violência de gênero. Para a autora é necessário saber a diferença entre ambos, sendo que gênero está relacionado à dominação e exploração, tendo em vista que “nas relações entre homens e mulheres, a desigualdade de gênero não é dada, mas pode ser construída, e o é, com frequência” (SAFFIOTI, 2011, p.71). Existem vários tipos de violência, como a moral, sexual, física e emocional. “A violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero, que privilegia o masculino” (SAFFIOTI, 2011, p. 81).

Sendo assim, em relação a violência sofrida pelas mulheres no Brasil, Piscitelli (2009) demonstra que,

Entre os entrevistados que participaram da pesquisa, pouco mais da metade afirmou nunca ter sofrido qualquer tipo de violência por parte de um homem. Mas o restante, 43% das entrevistadas mulheres, tinham sido vítimas de algum tipo de violência cometida por um homem. Uma parte (11%) afirmou ter sido espancada, na maioria das vezes por companheiros (maridos ou namorados) ou ex-companheiros. Considerando-se que 31% delas afirmavam que isso havia acontecido no último ano da entrevista, chegou -se ao cálculo que a cada quinze segundos uma mulher é espancada no Brasil (PISCITELLI, 2009, p. 121).

Portanto, estes dados nos confirmam a desigualdade entre homens e mulheres abordado durante este capítulo. É importante salientar que essa discrepância social entre os gêneros ainda é uma bandeira muito importante a ser levantada, uma vez que independente da história e das conquistas, o gênero ainda vem sendo atacado fortemente, principalmente, nos últimos tempos.

De acordo com Piscitelli (2009), a igualdade de gênero no Brasil está muito longe de ser atingida. A autora coloca, como exemplo, o censo de 2005, em que as mulheres possuem mais anos de estudos que os homens, mas quando chegam ao mercado de trabalho ao se comparar os salários, as mulheres trabalham mais horas que os homens e ainda recebem menos que eles, ressaltando ainda que essas mulheres ainda cuidavam das tarefas domésticas e das crianças, e que esses trabalhos domésticos eram divididos ainda com outra mulher, geralmente, a mãe ou as filhas.

CAPÍTULO II

VIOÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE MENTAL

O sofrimento psíquico feminino mantém uma estreita relação com o problema da violência contra as mulheres, segundo Santos (2008). Sendo assim, após os estudos do capítulo anterior, pode-se perceber que este se faz diretamente ligado ao debate de gênero na sociedade. Portanto, é nesse aspecto que se pretende abordar a violência como uma alavanca para o desencadeamento do sofrimento mental nas mulheres.

Saffioti (2011, p.17) aponta que,

O entendimento popular da violência apoia-se num conceito, durante muito tempo, e ainda hoje, aceito como verdadeiro e único. Trata-se da violência como ruptura de qualquer forma de integridade da vítima: integridade física, integridade psíquica, integridade sexual, integridade moral.

Contudo, Saffioti (2011, p. 47) afirma que o conceito de “ruptura de integridades” não a contempla, pois para a autora, “definida nestes termos, a violência não encontra lugar ontológico”. Saffioti (2011) ainda aponta que a violência pode ser distinta para cada indivíduo, uma vez que a realidade vivida nunca se equipara. Sendo assim, a autora observa que a violência moral e psíquica, por sua vez, não são violências “palpáveis”, portanto, muitas das vezes perde-se a fiabilidade necessária dentro dos debates sobre a temática, principalmente dentro da sociedade, quando posta a público.

Faz-se necessário, portanto, adentrar o debate da violência contra a mulher, conceituar a violência de gênero, uma vez que ela imbrica todos os tipos de violência. É importante salientar que violência de gênero, extrapola a ideia de dominação homem-mulher, destacando-se que “isto não seja tomado como adesão ao caráter supostamente mais neutro do conceito de gênero” (SAFFIOTI, 2011, p. 70).

Saffioti (2011, p. 70) explica que,

Embora aqui se interprete gênero também como um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos em homens e em mulheres, normas estas expressas nas relações destas duas categorias sociais, ressalta-se a necessidade de ampliar este conceito para as relações homem-homem e mulher-mulher, como, aliás, já se mencionou.

Portanto, entendemos assim, que “violência de gênero pode ser perpetrada por um homem contra outro, por uma mulher contra outra” (SAFFIOTI, 2011, p. 72). Contudo, é válido ressaltar que dentre as violências de gênero, a violência contra a mulher, em que pese à primazia masculina derivada do patriarcado, é a mais constante em nossa sociedade.

Sendo assim, para Saffioti (2011, p. 51),

O poder, como já foi escrito (Saffioti; Almeida, 1995), tem duas faces: a da potência e da impotência. As mulheres estão familiarizadas com esta última, mas este não é o caso dos homens, acreditando-se que, quando eles perpetram violência, estão sob o efeito da impotência.

É neste contexto que Saffioti (2011, p. 62) demonstra dados sobre a Lesão Corporal Dolosa, que é, segundo “o trabalho de campo da Fundação Perseu Abramo (...) o crime mais cometido pelos homens contra as mulheres, em particular quando vivem no mesmo domicílio. Segundo Saffioti (2011), a culpabilização das mulheres quanto aos crimes cometidos contra a mesma, as humilhações, e as desvalorizações de seus serviços ou sentimentos maternos, são violências morais e/ou psicológicas, e essas são mais impactantes nas vidas das mulheres, do que o próprio ato da violência física, pois a violência física é passível de cura e superação, já a violência moral e/ou psicológica acarreta em um trauma mais profundo.

Desta forma, Saffioti (2011, p. 71) aborda três ramos da violência contra a mulher: a violência familiar, a violência intrafamiliar e a violência doméstica. Para a autora, a violência familiar é aquela que ocorre no seio das relações familiares, podendo ou não ocorrer dentro do domicílio. Já a violência intrafamiliar é aquela “que extrapola os limites do domicílio”. Por fim, a violência doméstica, é a que se encontra mais presente em nossa sociedade, onde se ultrapassa o conceito de família e pode ser cometida por indivíduos não pertencentes a mesma família de suas vítimas, mas que vivem e/ou convivem com elas.

Sendo assim, a violência doméstica é uma das mais relevantes para o estabelecimento dos conflitos nessas relações de gênero. Passos e Pereira (2017) mencionam quatro fatores importantes ligados por essa violência. O primeiro está relacionado à relação afetiva, o segundo reside na relação de dependência, em terceiro, portanto, o homem sendo o provedor da casa, enquanto a mulher cuida dos filhos e fica impossibilitada de trabalhar fora e pôr fim, o quarto, a pressão da família, amigos e igrejas, no sentido de que é necessário em primeiro lugar preservar a família.

Ressalta-se aqui a contribuição crítica de Saffioti (2011, p. 53) ao afirmar que “o doméstico não é, necessariamente, o espaço da privação. Isto dependerá das posses da família, de sua religião, enfim, de uma série de fatores”.

Saffioti ao protagonizar o debate sobre violência contra mulher no campo dos direitos humanos, numa época em que esse tema não tinha notoriedade, inclusive em setores progressistas conceituou o termo feminicídio³, pois segundo Saffioti (2011, p. 48) “como a língua é um fenômeno social, e, portanto, sujeito permanentemente a mudanças, é interessante criar novas palavras, que expurguem o sexismo.”.

É nesse contexto que Saffioti (2011) menciona a criação das delegacias de defesa da mulher, que tem por finalidade atender mulheres vítimas de violência de

³Feminicídio é o crime de ódio efetuado contra a mulher; diferentemente do homicídio, o feminicídio é um crime que não necessita de premeditação. Esta deriva de uma derrota presumível da mulher no confronto com o homem” (SAFFIOTI, 2011, p.48).

gênero, contudo, “o problema reside no conhecimento das relações de gênero, que não é detido por nenhuma categoria ocupacional” (SAFFIOTI, 2011 p. 90). A autora afirma que,

Entretanto, não se oferecem as mulheres os serviços de apoio de que elas necessitam, nem se implementam políticas de empoderamento desta parcela da população. E sem isto a lei é não apenas injusta para com as vítimas de violência doméstica, como também altamente ineficaz mesmo em seus aspectos positivos (SAFFIOTI, 2011 p. 93).

Segundo Passos e Pereira (2017, p. 33) “a relação das mulheres com a saúde mental encontra-se subalternizada e invisibilidade no processo de construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira e da Luta Antimanicomial”

Zanello (2017) ressalta que o “transtorno” é uma criação cultural criada para demarcar as manifestações de sofrimento em nossa cultura. Segundo a autora, “o transtorno é, portanto, uma construção classificatória, a qual parte de certos pressupostos do que é considerado como ‘normal’ ou ‘adequado’” (ZANELLO, 2017, p. 55). Assim, os diagnósticos feitos para as mulheres são, em sua maioria, o do transtorno depressivo, quando o sintoma é choro, tristeza e relacionando a mulher a um sexo frágil.

A construção da loucura marca a história de nossa sociedade, apontando grupos específicos como passíveis de controle médico e científico, relacionando a loucura como característica de pessoas improdutivas, ausentes de capacidades laborais, doentes e incapazes de viver em sociedade. O grupo mais associado a essas características é o de mulheres, quando consideradas com condutas desviantes do modo patriarcal e caracterizadas como históricas (FARIAS, 2017, p. 101).

Salienta-se, que, durante o século XIX, a medicina e a psiquiatria utilizavam do isolamento e a punição como formas de tratamento para realizar poder sobre os corpos femininos. Assim, ao se tratar da saúde mental da mulher, baseado no modelo patriarcal, o sofrimento atribuído a elas está relacionado ao funcionamento hormonal de seu corpo, “perpetuando a cultura de que todas as mulheres já nascem predispostas a

desenvolver transtornos e de ter corpos mais frágeis e menos capazes do que os corpos masculinos” (FARIAS, 2017, p. 102).

Assim,

É necessário olhar para a saúde mental das mulheres através das dimensões de subjetividade e experiências vivenciadas, individual e coletivamente. As mulheres são cotidianamente adoecidas por um sistema de dominação e exploração capitalista, patriarcal e racista que se expressa nas relações sociais, econômicas e políticas e culturais (FARIAS, 2017, p. 102).

É nesse sentido que Passos e Pereira (2017, p. 36) chamam atenção “para diversos outros tipos de opressões existentes na sociedade, em especial as de gênero, raça/etnia e classe”, ao afirmarem que,

Colocar a doença entre parênteses permite que nos deparemos com as mulheres, suas singularidades, seus problemas concretos do cotidiano e, em especial, com as interseccionalizações presentes na construção da doença mental e, em destaque daquilo que passou a ser entendido para Psiquiatria e outras disciplinas como um certo *‘orgânico louco das mulheres’* (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 36).

As autoras mencionam que se remetem a doença voltada para o diagnóstico dos prontuários e se esquecem de outras concepções, como o motivo dessa internação e a permanência de longos anos nesses espaços. “Encontramos nestes estudos uma clara vinculação entre os diagnósticos das mulheres e a sexualidade, enquanto os dos homens estão vinculados ao trabalho e ao papel de provedor” (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 37).

Ao mencionar um dado do Relatório de Saúde Mental, divulgado pelo Ministério da Saúde, onde aponta que a mulher é o grupo onde mais possui vulnerabilidade para manifestar sofrimento psíquico grave, Farias (2017) destaca que a violência é um dos principais fatores que desencadeia problemas de saúde mental.

São mulheres obrigadas a conviver com o medo e a diária culpabilização da sociedade por não corresponder aos modelos estabelecidos. O controle não se restringe às mulheres diagnosticadas como loucas, mas a todas as mulheres, nos impondo papéis através da divisão sexual do trabalho e determinando como única responsabilidade o cuidado com as pessoas da família em sofrimentos psíquicos, as crianças, o trabalho desvalorizado e precário, com intensos abusos morais e sexuais, nos espaços públicos e privados (FARIAS, 2017, p. 102).

Cabe registrar que a violência era a principal forma de tratamento utilizadas dentro dos hospitais psiquiátricos, e, portanto, com o advento da Reforma Psiquiátrica e da Luta Antimanicomial, foram substituídos pelos novos princípios e diretrizes da então nova política pública de saúde mental. “Este alinhamento acontece através de muita luta que, não por acaso, é protagonizada por mulheres, trabalhadoras, usuárias dos serviços, mães/esposas que acompanham filhos/companheiros no tratamento nas redes de saúde mental” (FARIAS, 2017, p. 103). Dessa forma, os hospitais psiquiátricos encarceravam todos os tipos de pessoas que não respeitavam ou se encaixavam aos padrões normativos da moral capitalista, violando seus direitos.

Tratando de forma específica a relação gênero e saúde mental, Santos (2008) afirma que “o adoecimento psíquico feminino aponta também para a questão da repressão sexual, ou seja, a vigência de normas sociais que estabelecem uma dupla moral sexual a qual freia as sexualidades femininas” (SANTOS, 2008, p. 104).

É nesse contexto, portanto, que Barbosa, Dimenstein e Leite (2014, p. 313), apontam que, historicamente,

A teoria psicológica dominante do século XX, a *psicanálise*, foi fundada na negação da realidade da vida concreta das mulheres. Nesta época, os parceiros do sexo masculino foram considerados como tendo pouca ou nenhuma relevância para o desencadeamento deste tipo de sofrimento, eles apenas tinham responsabilidade legal no cuidado da mulher. Essa situação foi legitimada pelos primeiros códigos legais ocidentais, nos quais as mulheres eram responsabilizadas e punidas caso seus parceiros as prejudicassem

fisicamente ou sexualmente (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014, p. 313, grifo nosso).

Ainda, segundo Santos (2008), tudo indica que a “desobediência” feminina e a violência, ainda em nossos dias, podem significar loucura e insanidade aos padrões sociais mais conservadores. Já o sofrimento psíquico masculino parece remeter ao problema de inadequação ao paradigma do trabalho e de sua ética na sociedade contemporânea brasileira capitalista.

Pode-se também pontuar que a construção social de gênero afeta, diretamente, não só as mulheres, como os homens, uma vez que os mesmos se encontram pressionados por uma ordem social patriarcal de serem sempre os provedores do lar, detentores de uma sexualidade sempre viril, etc. Contudo, vale ressaltar, que as mulheres sempre foram e serão as mais atingidas, brutalmente, por este sistema. Portanto, é a partir deste esclarecimento que se compreende que essa construção social é a gênese dos diversos sofrimentos mentais nas mulheres, partindo do pressuposto das violências físicas, psíquicas, sexuais e morais.

Sendo assim, as explicações para o sofrimento mental feminino nos últimos séculos deixaram de ser consideradas por uma biologia focalizada a uma personalidade feminina inadequada para se evoluírem as teorias “para uma maior consciência da dinâmica nos relacionamentos íntimos e familiares” (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014, p. 313). Isso se deu por conta da ascensão do movimento feminista e do maior entendimento e crítica ao domínio patriarcal.

As autoras ainda abordam que,

A discriminação, os insultos verbais, os sentimentos de perda e os maus tratos, a degradação e a humilhação, características da violência contra a mulher, comprometem a autoestima feminina e sua capacidade de reação e perpetuam o sentimento de subordinação (Heise& Garcia-Moreno, 2002). Estudos mostram ainda alguns estados emocionais que as situações de violência podem fomentar: “Tristeza, insegurança,

sentimentos e pensamentos persecutórios, auto e heterodestruatividade, rebaixamento de autoestima, irritabilidade, labilidade, intolerância e agressividade passam a fazer parte do repertório emocional dos sujeitos envolvidos” (Oliveira, 2007, p. 47). Estes estados emocionais quando não devidamente acolhidos e redimensionados podem contribuir para aumentar as dificuldades no enfrentamento à situação vivida e até fomentar quadros psiquiátricos (BARBOSA; DIMENSTEIN; LEITE, 2014, p. 313).

Contudo, percebe-se que esses indicadores não são os únicos a favorecer o crescimento dos casos de sofrimento mental no mundo. Segundo Ludemir (2008), existem diferentes indicadores sociais em relação à saúde mental, destacando quatro áreas: educação, emprego, renda e gênero.

No critério da educação, segundo a pesquisa da autora, entre chilenas e inglesas, as chilenas com menos escolaridade têm maior risco de desenvolver transtornos afetivos. Já com relação ao indicador emprego, os desempregados têm pior saúde mental. Em relação a renda, mulheres que tem trabalhos informais têm mais prevalência de transtornos mentais. E por fim, em relação ao gênero, a desvalorização dos afazeres femininos, como provocadores de maior desgaste e maior percepção de piora na saúde.

Assim, percebe-se que as mulheres mais pobres, sofrem mais com a fome e as formas de violência doméstica, sexual e reprodutiva, portanto, são mais vítimas da discriminação de gênero e mais propicia a transtornos psíquicos, tais como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático.

Para tal entendimento, Santos (2008), em sua pesquisa, ao apontar para uma reflexão dos estudos de gênero no âmbito da saúde mental, detalha que essa ocorre sobre o gênero feminino, em diferentes esferas, como no âmbito familiar, no trabalho, etc. A autora afirma que “o panorama global da saúde mental aponta diferenças significativas com base nas relações sociais de gênero. Dessa forma, as mulheres acusam uma maior incidência nos casos de depressão nas estatísticas mundiais” (SANTOS, 2008, p. 43).

Contudo, pode ser observado que o status de desemprego, também, afeta diretamente as mulheres, mas em menor grau do que aos homens dentro do serviço de saúde mental. Para as mulheres, portanto, a impotência ocorre, não somente, sobre seu papel de profissional, mas também como a de irmã e esposa, além disso, “espera-se também que ela conserve sua beleza e juventude e mantenha uma vida sexual ativa” (SANTOS, 2008, p. 41).

Santos (2008), também, em sua produção, separaram em dois eixos de análise os depoimentos coletados em sua pesquisa, propondo uma divisão entre ‘sofrer por alguém’ e ‘sofrer por algo’. Assim, segundo a autora, em todos os relatos femininos mostraram o ‘sofrer por alguém’, ou seja, a importância da dimensão afetiva, através da perda de um familiar ou de um parceiro amoroso e do sentimento de solidão e isolamento. Contudo, é a partir deste ponto que se percebe os casos de violência doméstica e abuso sexual que a autora problematiza.

Contribuindo, de forma crítica, para essa análise, Zanello, Fiuza e Costa (2015) entendem que, para as mulheres, o amor é sempre uma causa ou um refúgio deste sofrimento, uma vez que a mulher é sempre colocada como a parte amorosa da família e/ou relacionamento, assim como inferior ao homem, por não conter biologicamente os mesmos traços físicos, sendo ela sempre dependente do mesmo.

Isso também perpassa no contexto da maternidade, em relação com os outros âmbitos sociais da mulher, ao se referir à saúde mental das mesmas, conforme apontam Zanello, Fiuza e Costa (2015, p. 242),

A categoria “trabalho” – aqui compreendida como “tarefas do lar” – apareceu atrelada aos dilemas da maternidade, enquanto expressão do sofrimento dessas mulheres por não conseguir cumprir os deveres domésticos (o outro sentido atribuído ao trabalho na fala das pacientes refere-se à importância do dinheiro como auxílio para a situação financeira familiar ou como meio de prover o sustento dos filhos, quando mãe solteira).

Campos e Zanello (2017, p. 108) corroboram com este debate ao colocarem que “os valores de gênero são evidenciados no campo da saúde mental, especialmente, nas experiências vivenciadas por mulheres, as quais envolvem aspectos relacionados ao dispositivo materno (relação de cuidado) e amoroso, mediado pelo ideal de beleza”.

Zanello (2010), portanto, afirma que esses estereótipos formulados dentro do sistema patriarcal e reforçados no sistema capitalista, subjugam a mulher, como também atingem a estrutura psíquica desta, através do saber e poder médicos, quando muitas das vezes, as doenças como “depressão, ansiedade, insônia, fadiga e irritabilidade, ocorrem principalmente em mulheres, mais do que em homens” (ZANELLO, 2010,p. 307), e que isso advém de muitos anos, reforçando a ideia e a percepção social de que a histeria, que é um conceito psiquiátrico com relação a sua sexualidade reprimida, é algo exclusivo das mulheres.

É nesse sentido que Zanello (2017) aponta que as listagens da Classificação Internacional de Doenças (CID) e do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) não são produzidos de forma neutra, pois são frutos “de interpretação e julgamento, o qual implica aquele que interpreta em seus valores pessoais e sociais” (ZANELLO, 2017, p. 57). Portanto, os chamados transtornos são criações sociais e culturais feitos para demarcar tratamentos das manifestações do sofrimento social e mental.

Sendo assim, Campos e Zanello (2017, p. 114) ainda apontam que os diagnósticos dados às mulheres têm invisibilizados seus sofrimentos “em um processo de patologização das questões sociais”. Desta forma, pode-se,então, entender, que existe, assim, um silenciamento da vivência e das relações sociais de gênero na qual a mulher está inserida, ao ser diagnosticada com os estereótipos psiquiátricos.

As autoras apresentam uma pesquisa sobre os diagnósticos encontrados em mulheres, e, portanto, demonstram essa psiquiatrização do gênero, ao afirmarem que, “de maneira geral, os mais duvidosos e predominantes *diagnósticos* em mulheres

foram: transtorno afetivo bipolar, seguido de depressão, transtorno de personalidade e esquizofrenia” (CAMPOS; ZANELLO, 2017, p. 111, *grifo nosso*).

Podemos afirmar, segundo Andrade (2010), que é necessário observar a doença a partir da sociedade e da cultura, pois são as mesmas responsáveis pelo adoecimento da mulher. Como já explicado nesse trabalho, o patriarcado tem implicações direta na nossa sociedade e na forma de tratamento da mulher, sendo assim, essas são atacadas e perpassam por diversos sofrimentos,

É neste sentido que entendemos a importância de discutir como estas mulheres, que tem protagonizado o movimento da reforma psiquiátrica brasileira e tem se constituído subjetivamente nestes processos, percebem a questão do adoecimento no seu dia-a-dia, nos lugares de uso comum bem como de que forma se relacionam entre si e com as demais pessoas, acometidas ou não de algum tipo de sofrimento (ANDRADE, 2010, p.286).

Sendo assim,

Percebemos também que, ainda que a categoria gênero não esteja presente nas políticas de saúde mental, nas diferentes esferas de governo, bem como no discurso dos trabalhadores e militantes e nos projetos terapêuticos dos serviços, sua presença no campo assistência se inscreve de forma significativa exigindo esforços para a compreensão desta interface (ANDRADE, 2010, p. 277).

Andrade (2010, p. 280) aponta, contudo, que,

Quando se questiona sobre qual é o público que recorre aos serviços de saúde mental de alta, média ou baixa complexidade, seja entre gestoras/es e/ou trabalhadoras/es, a resposta é sempre a mesma: as mulheres. Tal fato faz pressupor que a pouca preocupação com uma particularidade tão marcante neste campo possa ser entendida como fruto de um entendimento de uma natureza feminina do sofrimento afetivo.

A autora, ainda demonstra que,

Retomar esta discussão em conjunto com o entendimento de sujeito que está por trás da proposta da reforma psiquiátrica e por dentro do movimento social que lhe deu origem é indicar que, ao que se pode perceber, apesar dos avanços representados pela transformação dos modos de cuidar em saúde ainda é possível reconhecer a manutenção de uma lógica manicomial que persiste nos modos de subjetivação (ANDRADE, 2010, p. 283).

Portanto, a autora, ao destacar o gênero enquanto um dos elementos constitutivos do sofrimento mental, salienta, em particular, essa questão na experiência feminina,

Desta forma, quando falamos dos sujeitos, tal como discutido aqui, estamos tratando das relações por eles travadas e a partir das quais podem se reconhecer como tal e, por isso, parece que as transformações destas relações se constituem no maior desafio a ser enfrentado. Acredito que considerar o gênero enquanto um modo de constituição de subjetividades e de sujeitos, que se apresenta na mesma medida da complexidade destas relações e da experiência do sofrimento psíquico, que aparece com frequência na experiência feminina, é outro desafio (ANDRADE, 2010, p. 285).

Para Passos e Pereira (2017) existem “uma clara vinculação entre os diagnósticos das mulheres e a sexualidade, enquanto os dos homens estão vinculados ao trabalho e ao papel de provedores” (2017, p. 40). Nos diagnósticos das mulheres já são usados outros parâmetros, “como ser feia”, “não ter vontade de casar ou de ter filhos” e que, portanto, foram um dos critérios para a internação e permanência delas em hospitais psiquiátricos no século XX.

A invisibilidade do gênero na reforma psiquiátrica impossibilita a criação de políticas públicas levando em consideração as especificidades de ser homem ou mulher em nossa cultura, bem como reifica e biologiza o sofrimento mental, separando-o de questões sociais. Dentre os desdobramentos da invisibilidade

de gênero da reforma, destaca-se a invisibilidade da violência contra as mulheres (MEDEIROS; ZANELLO, 2018 p. 388).

Portanto, a Reforma Psiquiátrica “teve dificuldade em consolidar um de seus pressupostos: em vez de se abrir para a pluralidade de experiências, seu foco ainda se volta para (ou se baseia em) a realização de diagnósticos, categorização e medicamentação da vida (MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 388).

Sendo assim, a mulher está sempre associada a um ser reprodutivo, no sentido biológico e naturalizado. O adoecimento mental está sempre atrelado pelo viés biomédico. Desta forma, “a ligação da saúde mental com a biológica acaba por promover a biologização e a medicalização do sofrimento e, mais uma vez, afasta as questões sociais que afligem as mulheres do contexto da saúde” (MEDEIROS; ZANELLO, 2018,p. 398). Portanto, “o foco ainda se dá no ‘portador’ de transtorno mental que sofre a violência e não o transtorno como sendo configurado, em grande parte, pelas próprias situações de violência” (MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 398).

É nesse sentido que se faz necessário que os serviços de saúde mental tenham propostas de intervenção e linhas de cuidado mais eficazes para lidar com essas mulheres, vítimas de violências, para que o tratamento não tenha apenas por base a medicamentação excessiva.

Segundo Pereira e Passos (2017), é importante considerar o uso de medicamentos entre as mulheres para o processo de análise, na medida em que o uso de psicotrópicos entre as mulheres é muito grande, cerca de 72%, sendo que as mulheres tomam duas vezes mais ansiolíticos que os homens.

Nas pesquisas realizadas com médicos aparece a noção de que as mulheres utilizariam dos sofrimentos mentais ou “adoeceriam” para fugir de obrigações ou obter atenção. Frente as “histéricas” ou “promíscuas”, seria papel do médico manter a sexualidade das mulheres sob controle, a partir de um equilíbrio hormonal, medicação psiquiátrica ou mesmo conselhos sobre a vida sexual (GILBERT et al., 2006) (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 40).

Além do mais, Adeodato, Carvalho, Siqueira e Souza (2005) correlacionam a violência ao aparecimento de transtornos mentais. Na pesquisa, os autores tomam uma amostra de 100 mulheres e avaliaram seus diagnósticos, chegando à conclusão de que o uso de ansiolíticos após algum trauma que essas mulheres vivenciaram é muito grande. Para os autores, o “consumo de ansiolíticos, favorece, para que as relações de submissão, quando as mulheres de classes populares envelhecem e encontram apenas no remédio a força para continuar vivendo”(ADEODATO; CARVALHO; SIQUEIRA; SOUZA, 2005, p. 113).

Outra questão importante, nessa análise dos estudos das relações de gênero e saúde mental, é apontada por Santos (2008), a partir dos dados obtidos em sua pesquisa, diz respeito ao papel de cuidadoras desempenhado por mulheres, um corte socialmente construído para e sobre o gênero feminino, em que são as mulheres que assumem esse papel e responsabilidade sobre o cuidado junto aos portadores de sofrimento mental no interior das famílias.

É nesse contexto que Hirata (2014) nos traz considerações importantes a respeito da interseccionalidade e da desvalorização do trabalho *docare*⁴. A autora afirma que existem dois polos do *care*, no qual os provedores são majoritariamente representados por mulheres, imigrantes e pobres, e os beneficiários, por aqueles imbuídos de poder e condições para serem cuidados. Segundo a autora registra-se,

Duas explicações têm sido formuladas nesse debate: a das teorias feministas, que consideram que essa desvalorização está na continuidade da desvalorização do trabalho doméstico e de cuidado no âmbito da família, executado gratuitamente pelas mulheres, e a da teoria inovadora de Paperman (2013), em que a vulnerabilidade e a falta de cidadania dos idosos dependentes e dos portadores de deficiências repercutem sobre o status dos cuidadores, que pertencem a uma população considerada de “segunda categoria” (HIRATA, 2014, p. 67).

⁴traduzido, de forma livre, como o trabalho do cuidar ou do cuidado no espaço doméstico, do lar.

Cabe ressaltar que Santos (2008) problematiza, em sua pesquisa, sobre os relatos femininos em sua análise, apontando para o fato de as mulheres cuidarem dos homens, mas, em particular, de outras mulheres, ou seja, são filhas, irmãs, mães e amigas que assumem a tarefa de cuidar das usuárias em unidades de saúde, em geral e da saúde mental, em particular. Assim como os relatos dos usuários do sexo masculino, segundo a autora, demonstram que as tarefas do cuidado são exercidas por suas esposas. No entanto, os usuários solteiros são cuidados por suas mães e na ausência destas, por suas irmãs e cunhadas.

Portanto, é nesse sentido, segundo Santos (2008) que se observa sempre uma imagem feminina a frente do cuidado dos usuários, podendo aferir que a tarefa do cuidado é socialmente atribuída às mulheres que mesmo estando doentes não escapam de tal prescrição social.

É possível perceber, contudo, que é, principalmente, nestes espaços, que se encontram a atuação das mulheres negras, uma vez que elas sempre estiveram ocupando os locais de trabalho mais precarizados e desvalorizados. No entanto, para reafirmar esta condição, Passos e Pereira (2017) afirmam que nos primeiros hospícios brasileiros a força de trabalho era majoritariamente de mulheres negras, sejam elas escravas, africanas livres ou libertas.

Nesse período, segundo Passos e Pereira (2017), há registros de vários tipos de intervenções cirúrgicas, como, retirada de útero, ovário e clítoris em mulheres internadas em hospitais psiquiátricos no início do século XX, visando à cura dessas doenças. As mulheres negras eram as principais vítimas dessas intervenções, como também aquelas mulheres que tinham um comportamento, julgado à época, como desviantes, em particular, as lésbicas e prostitutas.

Não podemos deixar de assinalar que as mulheres negras (escravas, africanas livres e libertas) foram força de trabalho nos primeiros hospícios brasileiros. A

maioria dos estudos apresenta o perfil dos internos dos hospícios, mas a manutenção da lógica manicomial também se estruturou na exploração, na desigualdade e na subalternidade étnica e racial do trabalho feminino (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 37).

Entende-se, com isso, “que as questões de raça e classe, assim como as de gênero, se mostravam definidoras não apenas da forma como eram percebidas e tratadas as mulheres, mas também no modo como o próprio espaço hospitalar era gerido” (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 37).

Além disso, é importante destacar, que neste âmbito, as mulheres negras ainda têm seus sofrimentos reforçados a partir de outra ótica, uma vez que elas já sofrem apenas por serem negras, na medida em que a questão do racismo é uma questão estrutural para essa análise. Segundo Passos e Pereira (2017, p. 37), existem “um importante processo que se paraleliza com uma ‘ciência racial’, de forte caráter higienista, e que afirmaria uma inferioridade biológica das mulheres negras”.

Passos e Pereira (2017) afirmam que, no início do século XX, nos antigos hospitais psiquiátricos, eram feitas intervenções cirúrgicas em mulheres, com base científica, que “permitiram intervenções cerebrais, a retirada do útero, ovários e clitóris”, e, dentre essas intervenções médicas, foi possível observar, através de relatos médicos, que as principais vítimas eram as mulheres negras, uma vez que “estudos anatômicos e patológicos (...) reforçavam o estereótipo da mulher negra com a perversão sexual e a desordem mental” (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 37).

É desta forma, portanto, que, Medeiros e Zanello (2018) perpassam na discussão interseccional de gênero e saúde mental, ao mencionarem dados que comprovam, estatisticamente, a violência sofrida por mulheres. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir da década de 1990, a violência contra as mulheres pode ser vista “como um problema de saúde pública e que diz respeito aos diversos setores: social, jurídico e de saúde” (OMS, 2015, apud, MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 385).

Sendo assim, podemos observar que a violência contra as mulheres gera impactos diretos na saúde, em geral, e na saúde mental, em particular.

Segundo Henrica, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno (2008), mulheres violentadas demonstram ter uma piora na saúde e passam mais dias acamadas do que mulheres que não sofreram violência. Neste sentido, Schraiber e D'Oliveira (1999) afirmam que mulheres vítimas de violência parecem utilizar mais os serviços de saúde do que a população em geral. Além disto, a violência física, sexual e psicológica tem sido associada com diversos problemas psiquiátricos tais como depressão, ansiedade, fobias, estresse pós-traumático, suicídio, tentativa de suicídio, abuso de álcool e drogas, insônia, exacerbação de sintomas psicóticos, problemas alimentares, depressão pós-parto e transtorno bipolar (MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 387).

Neste contexto, Santos (2008), que em sua pesquisa fez entrevistas com mulheres, afirma, a partir de seus resultados, que as entrevistadas que já foram casadas, todas sofreram agressões físicas e psicológicas dos seus ex-cônjuges, demonstrando, assim, que a violência doméstica está muito presente no cotidiano do universo feminino.

Segundo Andrade (2010), a mulher é tão partícipe do processo em saúde mental que ela é encontrada ocupando os espaços tanto como usuária e/ou familiar, quanto trabalhadora e/ou gestora dos espaços institucionais. Sendo assim, “a ausência do gênero enquanto categoria importante neste processo não condiz com a presença significativa das mulheres nos espaços em que tal política é gestada e executada” (ANDRADE, 2010, p. 287).

Portanto, Andrade (2010) afirma,

Que o gênero, enquanto um regime de subjetivação tem exercido implicitamente uma grande influência nas formas de pensar e intervir no campo da saúde mental seja na assistência, na militância bem como nas políticas públicas de saúde mental e que o pouco reconhecimento de sua complexidade pesa sobre as mulheres que buscam, nos serviços de saúde mental, alívio para seus sofrimentos (ANDRADE, 2010, p. 288).

Portanto, é nesse sentido, que emerge a questão do cuidado a essas mulheres no espaço mesmo de atenção e cuidado no campo da saúde mental. Contudo, Campos e Zanello (2017, p. 115) afirmam que “o modelo de atenção psicossocial brasileiro pode não possibilitar um acolhimento adequado às mulheres em geral, se não qualificar as especificidades de gênero e suas interseccionalidades”.

Se por um lado, antes da criação da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM) pelo governo federal da época,

As iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres eram, de maneira geral, ações isoladas e relacionadas a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados de atendimento às mulheres (MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 386).

A partir de 2003, data da criação da SPM, como resposta do Estado brasileiro às demandas do movimento feminista sobre o enfrentamento da violência, passaram a ser ampliadas e a incluir ações integradas, como,

criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (MEDEIROS; ZANELLO, 2018, p. 386).

Assim, pode-se empreender que o trato sobre essa questão – violência de gênero, no campo da saúde mental, em particular, não se dá de forma isolada, mas articulada e intersetorial no território dessa atenção e cuidado em saúde, tomando como paradigma a interseccionalidade dessas mulheres e seus marcadores sociais de diferença, mas também e, sobretudo, a partir da concepção ampliada de saúde, tomando os determinantes sociais e a defesa e garantia dos direitos dessas, de forma

antimanicomial, numa sociedade capitalista, machista, sexista, patriarcal, conservadora e racista.

CAPÍTULO III

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SOFRIMENTO MENTAL: O MESMO LADO DA MOEDA

O estudo sobre as relações de gênero, violência e saúde mental é de interesse das discentes a partir da inserção das mesmas em campos de estágio supervisionado e obrigatório em saúde mental. Portanto, foi a partir desse momento, ao observarmos a conexão entre um debate e outro, que se percebeu que no âmbito da saúde mental a questão de gênero se encontrava muito alarmante, principalmente, no que se refere ao sofrimento mental da mulher.

Essa imersão no trabalho profissional no campo da saúde mental possibilitou que tivéssemos contatos com as mulheres em sofrimento mental, muitas delas têm seu processo de adoecimento ligado a algum tipo de violência, isso nos impactou substantivamente, em particular, por sermos mulheres, estudantes e inseridas nesse campo institucional. Assim, a temática da violência de gênero, bem como a relação gênero e sofrimento mental, vieram a ser perseguida por nós, seja profissionalmente, no campo de estágio, seja academicamente, agora, com a pesquisa para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da graduação em Serviço Social.

Sendo assim, nos propomos a analisar e traçar um perfil destas mulheres, baseado na nossa vivência no referido campo de estágio e de pesquisa. Para tanto, é necessária uma pequena apresentação destes espaços institucionais para melhor entendimento sobre os referidos serviços de saúde mental e uma aproximação com o perfil destas usuárias.

É importante ressaltarmos o processo de reforma psiquiátrica no Brasil, para podermos compreender o espaço na qual foi realizada a pesquisa. Assim, Passos e Pereira (2017), trazem um debate sobre a Reforma psiquiátrica que foi dividida em dois grupos: aqueles que questionam a organização e a estrutura dos espaços asilares e apontam para a sua reformulação, e, no segundo grupo, aqueles que entendem o hospital psiquiátrico como falência da psiquiatria, voltando-se para além de seus muros.

Desta forma, segundo as autoras,

A doença mental e as instituições psiquiátricas estariam, assim, diretamente vinculadas as exclusões da sociedade e, logo, envolvidas nas questões de classe, gênero, raça/etnia, assim como as relações estabelecidas por questões relacionadas à sexualidade, identidade sexual, religião, geração, entre outras (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 33).

O movimento da Luta Antimanicomial brasileiro luta “por uma sociedade sem manicômios” e a Carta de Bauru foi um documento fundamental dessa luta. E apresenta elementos importantes como:

O Estado que gerencia tais serviços é o mesmo que impõe e sustenta os mecanismos de exploração e de produção social da loucura e da violência. O compromisso estabelecido pela luta antimanicomial impõe uma aliança com o movimento popular e a classe trabalhadora organizada.

O manicômio é expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade.

A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra os negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, Carta de Bauru, 1987).

Daniela Arbex resgata um dos maiores acontecimentos da nossa história que aconteceu na maior parte do século XX, em um hospício do Brasil, localizado na cidade de Barbacena - Minas Gerais. Ela sistematiza uma denúncia de um genocídio de pelos menos 60 mil pessoas mortas entre os muros desse hospital. A maioria delas estavam ali internadas a força e não tinham diagnósticos de doenças mentais.

Cerca de 70% não tinham diagnóstico de doença mental. Eram epiléticos, alcoólatras, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava ou que se tornara incômoda para alguém com mais poder. Eram meninas grávidas violentadas por seus patrões, esposas confinadas para que o marido pudesse morar com a amante, filhas de fazendeiros que perderam a virgindade antes do casamento, homens e mulheres que haviam extraviado seus documentos. Alguns eram apenas tímidos. Pelo menos 33 eram crianças (ARBEX, 2018, p. 14).

Duarte (2018) faz uma análise do contexto histórico da nova política de saúde mental, localizando as Conferências Nacionais de Saúde (CNS), sendo a primeira em 1987, a segunda em 1992, terceira em 2001 e, por enquanto, a última, em 2010.

Portanto, apesar de ser a quarta, na história das sucessivas conferências, que teve como marco a primeira, no ano de 1987, no Rio de Janeiro -antes, porém, do SUS constitucional, mas, depois da paradigmática e política VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986-, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental – Intersetorial (IV CNSM-I) só pode se realizar com o conjunto de incentivos de outras pastas setoriais, na medida em que tanto o Ministério da Saúde como o Conselho Nacional de Saúde não queriam realizar mais esse tipo de formato, das conferências setoriais, mas foi em decorrência da Marcha dos Usuários, em Brasília, em 2009, que houve um comprometimento intersetorial para que a histórica e última conferência fosse convocada (DUARTE, 2018, p.230).

É no marco dos anos 2000 que aconteceram as Conferências Nacional de Saúde Mental (CNSM), marco da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, particularmente, espaço de controle e participação social referente a nova política nacional de saúde mental.

Cabe ressaltar que em 2001, portanto, obteve-se a aprovação da Lei Federal Nº 10.216, que incluiu os direitos das pessoas com transtorno mental e redirecionou o modelo assistencial. A partir da referida lei, aconteceu uma série de mudanças, como o fechamento de mais de 60.000 leitos em hospitais psiquiátricos e a construção da rede de atenção psicossocial (RAPS) nos municípios, que possui um dos seus principais objetivos, fazer com o que o usuário tenha acesso a cultura, lazer, educação, assistência social e a reinserção social das pessoas que ficaram longos anos internadas.

Nos referimos aqui à implementação de serviços como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Residências Terapêuticas (RT), Leitos de Atenção Integral em Hospital Geral (LAI HG), além da expansão da atenção psicossocial na atenção básica, via Estratégia de Saúde da Família, mas, em especial, a sua articulação com demais serviços e setores, como a assistência social, a educação, cultura, lazer, entre outras (PASSOS; PEREIRA, 2017, p. 40).

A fim de investigar as questões que abordamos ao longo dos capítulos anteriores, utilizamos anotações feitas em nosso diário de campo, que constam relatos de usuárias que sofreram algum tipo de violência, seja física, sexual, moral entre outras. Essas anotações foram obtidas através de oficinas com essas mulheres, através de atendimentos individuais, ao longo dos anos 2018 e 2019 no campo de estágio. Dessa forma, portanto, é que nos propusemos a realizar uma reflexão acerca do sofrimento psíquico dessas mulheres, através dos relatos de suas experiências.

A violência contra as mulheres se expressa em todos os âmbitos da vida social, desde a esfera privada à esfera pública, ela ocorre no interior da família, no âmbito do trabalho, em instituições educacionais e na comunidade, e assume diferentes formas tais como: violência física, sexual e psicológica (SANTOS, 2008, p. 42).

É nesse sentido que Andrade (2010, p. 286) nos alerta que “as mulheres têm estado presentes no campo de saúde mental, seja como usuárias dos serviços de saúde, familiares ou como trabalhadoras e gestoras, revelando seu protagonismo nas transformações”. Esta afirmação, contudo, pode ser percebida em nossas vivências, uma vez que majoritariamente as equipes dos campos pesquisados, são compostas por mulheres, tanto em sua gestão como nas suas equipes multiprofissionais.

Para ilustrar tal questão, quanto a presença das mulheres como trabalhadoras e gestoras, informamos que no CASM a equipe conta com 4 mulheres, sendo elas 1 assistente social, que também é gestora, 1 psicóloga, 1 enfermeira e 1 médica. Com relação aos homens, esses são 3, sendo 1 psicólogo e 2 médicos. Já no CAPS, a equipe é composta por 20 mulheres e 4 homens, sendo elas composta por 7

enfermeiras, 2 psicólogas, 6 médicas, 3 assistentes sociais, sendo uma delas a gestora, 1 auxiliar administrativa e 1 recepcionista. Já eles, são 2 enfermeiros, 2 seguranças.

Ainda tratando-se do perfil dos serviços de saúde mental estudados, é importante salientar, nesse contexto das equipes de trabalho, em termos étnico-raciais, apenas 4 autodeclaram-se negros, durante nossa pesquisa, ocupando esses os cargos de segurança, recepcionista e enfermagem.

Reafirmando este perfil encontrado em nosso trabalho, Rosa (2015), em sua pesquisa sobre o perfil sociodemográfico da equipe dos CAPS sudeste e nordeste do Brasil, encontra uma equipe formada majoritariamente por mulheres, sendo 74 mulheres e 25 homens no CAPS.

A autora revela que no CAPS sudeste “em termos étnicos a maioria se autorreferenciou como pertencente a população branca (35,5%); 28,9% se identificaram como pardos e 20% como negros” (ROSA, 2015, p. 104); e no CAPS nordeste, “preponderou a autoclassificação como branca (51,2%); seguida da parda, representada em 17 pessoas (32,6%); 4 se autoclassificando como negros e 3 morenos” (ROSA, 2015, p. 129).

A partir desses nossos achados, em se tratando da pesquisa sobre os dois dispositivos assistenciais da RAPS de Juiz de Fora-MG, aferimos que a maioria são pertencentes ao gênero feminino e brancas, o que permite tratar a respeito do racismo institucional presente nas instituições, mas que dado o nosso objeto e o limite de nossos estudos para esse trabalho não trataremos de forma a aprofundar o mesmo.

Quanto aos usuários dos serviços estudados, estimasse a presença em sua maioria de homens. isto é notório a partir da atenção diária e através dos atendimentos. Enquanto a raça, esse dado não é passível de certeza, uma vez que existe um déficit no serviço onde não se encontram esses dados diretamente nos prontuários. Mas ao observarmos em nossa vivência por lá, podemos declarar que em sua maioria são negros e negras.

No nosso universo de pesquisa, qual seja, a relação violência e sofrimento mental das mulheres, a partir do campo de estágio e pesquisa, em particular através dos dados sistematizados em nossos diários de campo, a partir dos prontuários, tomamos alguns relatos de mulheres, identificadas em nosso processo de atendimento, que sofreram violência, como abuso sexual, estupro, agressões físicas e abandono, destacando, portanto, que o índice de depressão dentre essas usuárias é muito grande, corroborando com Santos (2008, p. 43) ao afirmar que “as mulheres acusam uma maior incidência nos casos de depressão nas estatísticas mundiais” (SANTOS, 2008, P.43).

3.1 CASOS SOBRE VIOLÊNCIA E SOFRIMENTO MENTAL PELAS MULHERES:

Caso 1: usuária G., branca, tem 36 anos, viúva, analfabeta. A renda de G. é correspondente ao Benefício de Prestação continuada (BPC). Aos seis anos de idade ela foi “entregue” para o pai, pois a mãe não tinha condições financeiras de criá-la. Esse pai abusou sexualmente dela, dos 6 anos aos 15 anos de idade, quando ela engravidou dele, sendo uma gravidez de risco, pois durante a gravidez ele a abusava, tendo complicações no parto, perdeu a criança. Em seguida, ela começou a ter problemas mentais, diagnosticada por depressão e transtorno bipolar. Casou-se e teve 4 filhos, após do falecimento do marido, G. não conseguiu cuidar deles e perdeu a guarda de todos os filhos. Desde então, ela passou por sucessivas internações e hoje o quadro dela é estável.

Caso 2: usuária C., negra, tem 45 anos, solteira, sua possui ensino fundamental incompleto. A renda de C. é correspondente ao BPC; C. foi diagnosticada com depressão após abandono de seu ex companheiro. O seu primeiro relacionamento e único foi bem conturbado, o companheiro era muito agressivo e abusava sexualmente de C. Após o nascimento de seu filho, que ao completar 1 ano de idade, o seu companheiro a abandonou. Desde então, há 12 anos, C. não consegue se relacionar afetivamente e nem ter relações sexuais com ninguém.

Caso 3: usuária V., parda, tem 54 anos, separada, possui ensino fundamental completo. A renda de V é proveniente de auxílio doença do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). V. possui uma filha, e foi diagnosticada com depressão, teve experiência traumática na infância e adolescência com o avô paterno, o pai e o irmão, que tem características impulsivas e agressivas. Desde então, ela não consegue ter uma boa relação com ninguém.

Caso 4: usuária M., negra, tem 59 anos, solteira, analfabeta. A renda de M. é proveniente do BPC. M. adoeceu ao engravidar de seu único filho, quando não teve apoio do pai da criança, que se negou a assumir a paternidade. Deste então M. apresentou alterações comportamentais, como agitações e agressividade, passando assim, por diversas internações.

Caso 5: usuária F., parda, tem 55 anos, solteira, analfabeta. A renda de F. é proveniente do BPC. Moradora de uma residência terapêutica. Saiu vagando pelo mundo após ter perdido um dos filhos, andando vários quilômetros, perdeu a referência familiar, chegou em uma cidade muito longe da sua origem, sendo internada em hospital psiquiátrico por vários anos, depois transferida para Juiz de Fora, para tratamento no CAPS HU/Liberdade. A equipe do CAPS HU/Liberdade ao investigar sua história, descobre que sua família é de São Paulo, consegue contato com a família, mas essa não a reconhece, pois a fisionomia mudou muito depois de longas internações e os filhos tem a imagem da mãe de quando ela sumiu de casa há 30 anos atrás, continua, portanto, sem vínculo familiar e para F., os filhos ainda são crianças.

Caso 6: usuária L. negra, tem 32 anos, solteira, possui ensino fundamental completo. L. não possui renda, conta apenas com ajuda de uma tia. L. informa ter diversos problemas clínicos, como otite, crise de vesícula e pressão arterial baixa. Relata “não tenho vontade de sair de casa, não quero sair da cama, não sinto fome” (sic), após conflitos familiares com a irmã, recentemente, pois a mesma era cuidadora da mãe idosa, mas perdeu o contato com a mãe quando a irmã a tirou da casa de L. e a proibiu de ver a mãe. Reside em uma residência próxima a uma tia. Relata estar passando por problemas com um ex-companheiro, segundo L. o mesmo sempre foi

muito agressivo e a batia constantemente, e que agora ele a procura e a ameaça, relata já ter feito uma denúncia contra esse ex-companheiro e ter uma medida restritiva, contudo o mesmo não obedece e ela fica com medo de denunciá-lo novamente e ele cumprir tudo que a ameaça.

Caso 7: usuária Z. branca, tem 59 anos, viúva, possui ensino fundamental incompleto. A renda de Z. é proveniente de sua aposentadoria. Z. foi diagnosticada com esquizofrenia paranoide, depressão e amnésia dissociativa, com relatos de visões, vozes e tentativa de autoextermínio; reside com os 2 filhos, um homem (30 anos) e uma mulher (26 anos), o homem também fazia acompanhamento no CASM e no CAPS AD, porém largou o tratamento por pedido do pastor de sua igreja. Dona Z. é idosa e aposentada, mas passa dificuldades financeiras, pois relata muita confusão mental, a ponto de não conseguir administrar medicação e esquecer-se de comprar comida e pagar contas, pois seus filhos ficam pouco em casa e não a ajudam. Existem relatos de maus-tratos e abuso moral e físico do seu filho e nora com a idosa, o caso já tratado pelo Centro de Referência Especializada de Assistência Social (CREAS) como caso de vulnerabilidade social. Além do mais, dona Z. relata se trancar no quarto, pois sofre ameaças do filho quando o mesmo entra em crise e passa dias sem comer.

Caso 8: usuária W. negra, tem 40 anos, casada, possui ensino médio completo. W. não possui renda e depende do marido. Reside na zona rural de Juiz de Fora, relata se sentir sozinha e inútil, desde a perda do filho, há 11 anos, em um acidente de moto. Relata ter desejo de separação há algum tempo, pois o marido é alcoolista e “não liga pra mim, não temos relação de marido e mulher” (sic), contudo a usuária depende financeiramente do marido e diz não querer “dar trabalho pra família”. Usuária é filha adotiva e conta com apoio familiar, principalmente da irmã, mas como moram mais distante não tem convivência diária.

Caso 9: usuária I. branca, tem 39 anos, possui ensino médio completo, casada. I. não possui renda, dependendo financeiramente do marido. I. foi diagnóstica com transtorno de pânico e depressão, já faz tratamento há 2 anos; mora com marido e filha, longe da família que é de cidade pequena; relata ficar muito sozinha e diz “tenho ficado

só deitada o dia todo, não tenho vontade de fazer absolutamente nada, não tenho vontade de viver” (sic). Durante o acolhimento, I. estava muito chorosa e lamentava o fato de estar desempregada e depender da renda do marido, dizia “me sinto humilhada” (sic) por esta condição. Relatou que os problemas com depressão começaram quando descobriu, durante a gravidez, traição do marido após contrair uma infecção sexualmente transmissível, e assim perdeu as forças para viver e cuidar da filha adolescente.

Caso 10: usuária I.C. se encontra grávida, parda, tem 30 anos, solteira, possui ensino fundamental incompleto. A renda de I.C é proveniente do BPC. I.C. faz acompanhamento psicológico e não faz uso de medicações por conta da gravidez; durante o acolhimento relatou não ter boa convivência com a mãe, que também apresenta quadro de sofrimento mental, além do pai também ter sido esquizofrênico; relatou escutar vozes desde os dez anos de idade após a tentativa de abuso sofrida por um tio, e que por tal motivo saiu de sua cidade de nascença e veio para Juiz de Fora, e que vem piorando desde o início da gravidez, pois a mesma já foi mãe, mas abandonou a filha mais velha ainda quando criança.

Caso 11: usuária A.M., branca, tem 42 anos, casada, possui ensino médio completo. A.M se encontra sem renda e dependente da renda do marido. Apareceu no CASM após tentativa de autoextermínio e automutilação. Em diversos momentos A.M. relata ter falta de vontade para continuar vivendo, resumindo sua vida apenas à maternidade, “em 42 anos, única coisa boa que fiz foi minha filha” (sic). Usuária não foi criada pelos pais, pois aos 11 anos sofreu tentativa de abuso sexual pelo pai; atualmente relata ter problemas no casamento, mas que isso já não a incomoda mais. A.M. é confeiteira, mas está sem trabalhar, pois está perdendo a mobilidade das mãos, e isso só vem piorando sua depressão.

Caso 12: usuária J.D., parda, tem 50 anos, divorciada, possui ensino fundamental incompleto. A renda é proveniente da curatela do marido. Diagnosticada com crise de pânico, relata ter medo de sair de casa e fazer uso de medicações para seu tratamento; reside com dois filhos um menino e uma menina, o garoto se encontra

debilitado pois levou 3 tiros na cabeça por briga de gangue, e faz uso prejudicial de drogas assim como o pai, que está internado a 3 anos no hospital Ana Nery. J.D. tem sua curatela, portanto é responsável pelo mesmo e pelo tratamento do filho. Relatou já ter ido morar com uma cuidadora para ter uma ajuda nos cuidados com ela e com o filho, mas que essa cuidadora a roubou e sumiu.

Caso13: usuária C.A., parda, tem 55 anos, casada, possui ensino fundamental completo. A renda de C.A. é proveniente de BPC. Além de fazer seu tratamento para depressão, também cuida do marido e da filha que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas e fazem acompanhamento na saúde mental. C. relata sofrer agressões da filha de 22 anos quando a mesma entra em crise por conta do uso de drogas, e por isso vive saindo de casa e indo morar em um apartamento que alugou para poder “passar uns dias longe dessa confusão”. Relata saber de traições do marido, mas não sai de casa pois quer cuidar da filha, 22 anos, e do filho, 28 anos.

Caso 14: usuária X., parda, tem 50 anos, viúva, analfabeta. A renda de X. é proveniente da pensão do falecido marido. Diagnosticada com esquizofrenia, está em tratamento há 4 anos, reside com filha, genro e neta. Têm outra filha que é moradora de uma residência terapêutica; já sofreu diversas internações e é cuidada pela filha que a ajuda na gestão de autocuidado. X. sofria agressões físicas do falecido marido.

Caso 15: usuária L.V., tem 49 anos, solteira, possui ensino fundamental completo. Sua renda é proveniente do BPC. A irmã relata em um atendimento individual, que a usuária teve uma infância normal e que só apresentou problemas psiquiátricos após o nascimento da segunda filha e com uma decepção amorosa que teve com o seu ex-marido, depois disso ela começou ter alterações de humor e agredia as filhas, queimando-as com cigarro. L.V. perdeu a guarda das filhas e passou por longas internações. Deste então, L.V. foi diagnosticada com esquizofrenia e atraso mental.

3.2 DA ANÁLISE DOS CASOS – GÊNERO E SOFRIMENTO MENTAL

A partir dos casos apresentados, propomos a analisá-los, no sentido de nos aproximarmos de um perfil destas mulheres a partir da relação entre violência de gênero e sofrimento mental, tomando como referência a pesquisa de Santos (2008), com usuários de um CAPS em Araraquara – São Paulo para a construção de um perfil social e cultural desses usuários. O perfil se dá, segundo a autora, a partir de uma classificação “de acordo com a sua classe social, raça, sexo, naturalidade e estado civil, desta forma uma dada condição social corresponderia a uma determinada ‘loucura’ e a um tratamento específico” (SANTOS, 2008, p.30).

Para tratarmos, portanto, da construção do perfil das mulheres usuárias dos serviços de saúde mental estudados, partiremos dos dados acima identificados como CASOS, na perspectiva de melhor elaborarmos nossa análise. Tendo em vista que

Pacientes diagnosticados com transtornos mentais severos, verificar em que medida as expectativas sociais geradas pela desigualdade de gênero presentes na sociedade contemporânea implicam numa vivência diferenciada do adoecimento psíquico por identidades femininas e masculinas e comparar as suas distintas representações sociais (SANTOS, 2008. p. 44).

Rosa (2015, p. 255) afirma que “a invisibilidade das questões étnicas na saúde tem sido apontada como uma das expressões do racismo”. Sendo assim, percebemos que existe uma preponderância de usuárias pardas e pretas (identidade racial negra) em tratamento em nossos campos de estágio, trata-se de usuárias de um serviço de saúde público, pertencente a uma classe subalternizada onde o adoecimento psíquico se desenvolveu a partir de uma violência sofrida.

Portanto, ao analisar o racismo, Rosa (2015) afirma que o mesmo,

Opera a metamorfose da diferença transmutada em inferiorização do outro, através do uso de estereótipos, conformando ainda uma relação de poder verticalizada, que agrava as desigualdades sociais; e atravessa constitucionalmente as próprias vítimas, que muitas vezes incorporam o racismo em suas relações consigo mesmas e com outras do mesmo segmento ou de outros segmentos (ROSA, 2015, p. 258).

Neste perfil, encontramos um grupo específico de idade destas mulheres, tendo como idade máxima de 59 anos e mínima de 30 anos. Santos (2008) em sua pesquisa, também encontra uma faixa etária parecida com a de nosso perfil, podemos assim

deduzir que as mulheres entre os 30 a 60 anos são as que procuram mais os serviços de saúde mental, o que pode estar diretamente ligado a autonomia destas usuárias que apenas após os 30 anos se sentiram mais a vontade de expor as violências ocorridas na infância e/ou adolescência.

Em nossos relatos foi possível observar que grande parte destas mulheres já estiveram em um relacionamento amoroso, mas grande parte foi abandonada por seus companheiros antes mesmo do casamento e alguns deles durante uma gestação. Sendo assim, estando ligado diretamente ao seu sofrimento mental tal questão, pois as frustrações amorosas aparecem repetidamente, muitas vezes como um fracasso pessoal que vem impactando a vida dessas mulheres.

Santos (2008) estabelece dois eixos de análise que foi feita a partir dos relatos de sua pesquisa, “sofrer por alguém” e “sofrer por algo”. O “sofrer por alguém” está relacionado às suas relações afetivas e relações interpessoais, já o “sofrer por algo” é um “sofrimento oriundo de uma inadequação as expectativas sociais, dificuldade de pertencer a um lugar social, seja na esfera pública ou na esfera privada” (SANTOS, 2008, p. 63). Para a autora,

Todos os relatos femininos mostraram o “sofrer por alguém”, ou seja, a importância da dimensão afetiva, através da perda de um familiar ou de um parceiro amoroso e do sentimento de solidão e isolamento. Também aparecem casos de violência doméstica e abuso sexual (SANTOS, 2008, p. 63).

Ao analisar a renda individual das usuárias de nossa pesquisa para esse trabalho, percebemos que sua faixa salarial não passa de um salário mínimo, recebendo pensões, benefício assistenciais, como BPC, ou aposentadorias, e que algumas se encontram até mesmo sem renda própria, necessitando de ajuda de familiares ou de terceiros.

Esta análise, portanto, está diretamente ligada a classe social atendida pelos serviços, uma vez que por se tratar de um serviço público do Sistema Único de Saúde (SUS) está-se sempre direcionado as chamadas classes subalternizadas.

A esse respeito, Rosa (2015), a partir de sua pesquisa junto aos usuários dos CAPS no nordeste e no sudeste, afirma que,

As pessoas com maior poder aquisitivo com transtorno mental ficam mais invisíveis socialmente, pois, ao terem uma atenção particular, tendem a ter sua privacidade e imagem social preservadas, conseguindo inclusive fugir das estatísticas epidemiológicas (ROSA, 2015, p. 160).

Quanto a questão de as usuárias terem filhos ou não e a exercerem a maternidade, a maioria das mulheres de nossa pesquisa tem filhos, contudo houve também relatos de mulheres que tiveram filhos, mas não o criaram, havendo o abandono por parte desta mãe. A média encontrada é de 01 a 02 filhos, tendo como variáveis, nenhum, 03 e 05 filhos. Também pudemos observar que os relacionamentos conturbados com os filhos, a depressão pós o advento da maternidade, o adoecimento mental destes filhos e o fato de não conseguirem cuidar deles, aparecem recorrentemente entre os relatos, e, contudo, os mesmos podem ser responsáveis pelo agravamento do seu quadro de sofrimento mental ou mesmo de começo de um.

Segundo Santos (2008), a família assume um papel fundamental, uma vez que essas procuram manter os vínculos do usuário com a sociedade. Contudo, podemos ressaltar que a família contraditoriamente pode não somente ser importante para o cuidado, mas também, como analisado aqui nesta pesquisa, pode ser a grande responsável pela violência a essas mulheres.

De acordo com dados da pesquisa de Santos (2008), de um modo geral, as pessoas responsáveis por estes usuários são mulheres. “Assim, os relatos femininos apontam para mulheres cuidando de mulheres, ou seja, é mães, filhas, irmãs e amigas que se assumem a tarefa de cuidar das usuárias do CAPS” (SANTOS 2008. p. 148).

Portanto, “o casamento e a maternidade antecedem o adoecimento psíquico entre as mulheres que pertencem à geração mais velha e as camadas populares com baixa escolaridade” (SANTOS, 2008, p. 154).

A autora salienta que,

Entre essas mulheres, a vivência do adoecimento psíquico não as impede de desempenhar as prescrições tradicionais de gênero, desta forma desempenham os papéis de mãe e de esposa e se encarregam das tarefas domésticas. A tarefa do cuidado socialmente atribuído às mulheres faz com estas, mesmo enfermas, sigam cuidando de seus familiares (SANTOS, 2008, p. 154).

Sendo assim, é possível observar que enquanto profissionais é perceptível o perfil de mulheres brancas, com ensino superior completo, renda superior a um salário mínimo, com idade entre 25 e 50 anos, casadas e média de 2 a 3 filhos. Contudo, existe uma discrepância para o perfil das usuárias aqui analisadas, sendo elas negras, baixa renda, baixa escolaridade, com idade entre 30 e 60 anos, solteiras, com média de 1 a 2 filhos e todas já sofreram violências, sejam elas sexuais, morais, físicas ou psicológicas.

Logo, se faz necessário um olhar profissional sobre o perfil das usuárias aqui produzido, uma vez que essa demanda se faz grande dentro dos serviços de saúde mental. Desta forma, entendemos que a violência contra a mulher tem uma estreita relação com a saúde mental, pois as mulheres analisadas relataram sofrer ou já ter sofrido algum tipo de violência, seja ela física, sexual, psicológica ou moral. Portanto, registra-se, esta violência como a gênese de seu sofrimento mental.

Neste sentido, é importante ressaltar o papel do Serviço Social nestas instituições para o atendimento destas demandas, na medida em que são profissionais capacitados e capazes de promover ações voltadas para a defesa de direitos das usuárias que se colocam no contexto de violência contra a mulher.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Trabalho de Conclusão de Curso que aqui se apresenta fez uma breve análise histórica sobre o conceito de patriarcado e como este sistema se faz presente até hoje em nossa sociedade. É preciso salientarmos que o patriarcado se fortificou através do sistema capitalista, que necessitava do mesmo para se instaurar em nossa sociedade, sendo benéfico para o sistema.

O sistema patriarcal é a base da desigualdade entre os gêneros, trazendo uma hierarquização que eleva o gênero masculino, branco, heterossexual, burguês preponderante e ataca duramente seus opostos, em gênero, em sexualidade, em classe e em raça. O patriarcado fortifica a relação de poder em que o homem necessariamente se torna o ser dominante. Esta relação se dá pois dentro desta sociedade socialmente estabelecida, o homem necessita se mostrar viril, deixando sua feminilidade de lado e enaltecendo a masculinidade.

É perceptível como o feminino é visto socialmente como fraco e sensível, qualquer ação ligada ao padrão de feminilidade é diretamente jogada na esfera do que é mais sensível, mais fácil, mais fraco etc. Estar na posição em que se encontra a feminilidade, traz um grande desconforto ao homem macho e viril que encontramos em nossa sociedade, isto se dá pela construção patriarcal de que o homem precisa estar constantemente forte, tanto emocional quanto fisicamente, ser sempre o detentor de toda a sabedoria, ser o provedor do lar e o que cuida da segurança dos considerados mais fracos. Sendo assim, quando uma dessas posições não se encontra em seu perfeito êxito traz consigo o sentimento de fraqueza e inutilidade.

Como já demonstramos, esse é um debate que perpassou por diversas ondas feministas, trazendo consigo a luta pela garantia de direitos e em particular pela igualdade entre os gêneros. Contudo, ao perpassarmos pelo debate conceitual de gênero, percebe-se que esse não se abstém somente nas diferenciações biológicas de sexo, e que o sistema patriarcal não somente atinge os homens e mulheres

biologicamente, mas a questão também se trata das relações étnico-raciais, de classes sociais, de orientação sexual e de identidade de gênero. Com isso chegamos ao debate interseccional de gênero, defendido por Crenshaw (2002).

A interseccionalidade, segundo Crenshaw (2002, p. 177) debate a opressão através de diversos viés, não somente do contexto biológico dos sexos, mas também do “racismo, patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios”. Sendo assim, foi possível, com a construção do conceito gênero através do debate da interseccionalidade, abordar a violência de gênero.

Desta forma, compreendemos que a violência de gênero, não atinge somente as mulheres, mas também a outros tipos de homens e a toda população LGBTQ+. Pois a violência de gênero não se trata somente de uma violência física, mas também sexual, moral, patrimonial e psicológica. A violência de gênero é aquela que atinge diretamente uma minoria, quando homens apresentam uma maior sensibilidade, sendo ligado ao padrão de feminilidade, e, por esse motivo, são violentados, atacados e mortos; quando uma mulher sofre uma violência doméstica de seu parceiro, e/ou quando uma LGBTQ+ é agredida ou ofendida por sua orientação sexual e/ou por sua identidade de gênero que não segue aos padrões morais e sexuais da sociedade.

Com isso, entendemos que essas violências podem resultar em posteriores sofrimentos para essa população, sofrimentos esses que muitas vezes ultrapassam a barreira do trauma e se tornam em sofrimentos mentais.

Contudo, enquanto estagiárias dos serviços de saúde mental, foi nos perceptível uma intensa relação entre o sofrimento mental apresentado pelas mulheres usuárias do serviço e algum tipo de violência. Portanto, é necessário também ressaltar, que a mulher exerce um papel fundamental na saúde mental, uma vez que elas ocupam não só o lugar de usuárias, mas também de profissionais dos serviços e cuidadoras.

É bastante perceptível que existe uma gritante diferença entre o perfil dos profissionais dos serviços de saúde mental e o perfil encontrado entre os usuários, que

já possuem um perfil bem demarcado e igualitário ao perfil da representação da minoria do país.

Portanto, ao final desse trabalho podemos observar que o sofrimento mental está estreitamente relacionado a relação de violência de gênero. Uma vez que essa violência se faz como resultado da ordem patriarcal existente no país, que oprime e desmoraliza as mulheres. Uma mulher ao sofrer uma violência, tanto física quanto psicológica, sexual, moral ou patrimonial, tende a suceder um possível sofrimento mental. E foi possível através desta pesquisa analisar que o perfil destas mulheres faz parte das chamadas minorias sociais. E para um posterior estudo deixamos a pergunta: Qual o papel destas profissionais no atendimento a estas mulheres?

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADEODATO, V. G. et al. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. In: **Revista de Saúde Pública**, v. 39, p. 108-113, 2005.

ANDRADE, A. P. M. O gênero no movimento da reforma psiquiátrica brasileira. MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ARBEX, D. **O holocausto brasileiro**. São Paulo: Geração Editorial, 2018.

BARBOSA, L. B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. In: **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá (Colombia), vol. 32, n. 2, pp. 309-320, 2014.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998.

BRASIL. Câmara dos Deputados. **Mapa da violência contra a mulher 2018**. Brasília: Câmara dos Deputados, 2018.

CAMPOS, I.; ZANELLO, V. Saúde mental e gênero: o sofrimento psíquico e a invisibilidade das violências. **Vivência**: Revista de Antropologia, v. 1, n. 48, p. 105-117, 2016.

CRENSHAW, K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. In: **Estudos Feministas**, Universidade da Califórnia, Los Angeles, vol. 10, n. 1, p. 171-188, 2002.

DUARTE, M. J. de O. Política de saúde mental e drogas: desafios ao trabalho profissional em tempos de resistência. In: **Libertas**, Juiz de Fora, v.18, n.2, p. 227-243, ago./dez., 2018.

FARIAS V. Nem loucas, nem criminosas: A resistência da luta feminista frente aos modelos de controle. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

FAUSTO-STERLING, A. Dualismos em duelo. In: **Cadernos Pagu**, v. 17, n. 18, p. 9-79, 2001.

HARAWAY, D. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. In: **Cadernos Pagu**, n. 22, p. 201-246, 2004.

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. In: **Tempo Social** - Revista de Sociologia da USP, São Paulo, v.26, n.1, p. 61-73, 2014.

hooks, Bell. Mulheres negras: moldando a teoria feminista. In: **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 16, p. 193-210, 2015.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. HIRATA, H; LABORIÈ, F.; DOARÉ, H.; SENOTIER, D. (Org.). **Dicionário Crítico do Feminismo**, p. 67- 75, São Paulo: Unesp, 2009.

LUDEMIR, A. B. Desigualdades de classe e gênero e saúde mental nas cidades. In: **Physis** - Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 18(3), 451- 467, 2008.

MEDEIROS, M. P. de; ZANELLO, V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. In: **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 384-403, 2018.

MTSM. II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental. **Carta de Bauru**. Bauru, dezembro de 1987.

NAZARÉ OLIVEIRA, E. L. I. A. N. Y., and MARIA SALETE BESSA JORGE. "**Violência contra a mulher: sofrimento psíquico e adoecimento mental.**" *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v.8, n 2, 2007.

PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. Luta antimanicomial, feminismo e interseccionalidades: notas para debate. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

PISCITELLI, A. Gênero: a história de um conceito. ALMEIDA, H.; SZWAKO, J. (Org.). **Diferenças, igualdade**. São Paulo: Berlendis&Vertecchia, 2009.

RABELO, I. V. M.; ARAÚJO, M. d. F. Violência de gênero na perspectiva da saúde mental. In: **Revista de Psicologia da Unesp**, [S.l.], v. 7, n. 1, p. 10, mar. 2018. Disponível em: <<http://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/977>>. Acesso em: 23 jun. 2019.

ROSA, L. C. dos S. **Classe sociais, gênero e etnias na saúde mental**. Teresina: EDUFPI, 2015.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

SANTOS, A. M. C. C. dos. **Gênero e saúde mental**: a vivência de identidades femininas e masculinas e o sofrimento psíquico na sociedade brasileira contemporânea: Algumas reflexões a partir de relatos dos pacientes diagnosticados como portadores de transtornos mentais severos do CAPS Araraquara/SP. Dissertação (Mestrado em Sociologia). São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 2008.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise. In: **Educação e Realidade**. (Tradução de Guacira Lopes Louro). Porto Alegre, v. 20, n. 2, 1995.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. In: **Fractal**: Revista de Psicologia, Niterói, v. 27, n. 3, p. 238-246, 2015.

ZANELLO, V. Saúde mental, gênero e interseccionalidades. In: PEREIRA, M. de O.; PASSOS, R. G. (Org.). **Luta antimanicomial e feminismos**: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira. Rio de Janeiro: Autografia, 2017.

ZINANI, C. J. A. Crítica feminista. In: BONNICI, T.; ZOLIN, L. O. (Org.). **Teoria literária**: abordagens históricas e tendências contemporâneas, 3, p. 217-242, 2009.