

SAÚDE MENTAL FEMININA E CICLO REPRODUTIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

FEMALE MENTAL HEALTH AND REPRODUCTIVE CYCLE: A LITERATURE REVIEW

SALUD MENTAL FEMENINA Y CICLO REPRODUCTIVO:
UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

ANA CAROLINA
CERQUEIRA MEDRADO¹

MÔNICA LIMA¹

¹ Universidade Federal da
Bahia, Salvador/BA, Brasil

RESUMO: Neste artigo objetivamos refletir criticamente sobre a produção na literatura a respeito do adoecimento mental de mulheres em relação ao ciclo reprodutivo feminino, com destaque para marcadores sociais como raça e classe social. Trata-se de um recorte da revisão de literatura de uma tese que selecionou 80 artigos, correspondente à categoria “ciclo reprodutivo”, totalizando 22 artigos. Na introdução fazemos uma retomada histórica da associação do ciclo reprodutivo à saúde mental feminina, advinda de uma leitura essencialista da mulher e da medicalização de seu corpo. Como referencial teórico, adotamos a Psicologia Social Construcionista e o Feminismo Interseccional. A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde e caracteriza-se como revisão de literatura integrativa. Na seleção consideramos artigos em inglês, português e espanhol no período entre 2014 a 2018. Os textos foram divididos em subtemas relacionados ao objetivo do artigo, considerando o transtorno mental e algum período do ciclo reprodutivo feminino. Os achados da revisão enfocam os determinantes sociais envolvidos no adoecimento feminino, como pobreza, sobrecarga de trabalho e violência. Concluímos que as informações do estudo permitem desessencializar o adoecimento mental feminino, indicando que as atribuições sociais às mulheres têm sido fonte de adoecimento para elas.

Palavras-chave: mulher; saúde mental; Psicologia Social Construcionista; Feminismo Interseccional.

ABSTRACT: This article aims to reflect critically on the production in the literature regarding the mental illness of women in relation to the female reproductive cycle, with emphasis on social markers such as race and social class. It is an excerpt from the literature review of a thesis that selected 80 articles, corresponding to the category “reproductive cycle”, totaling 22 articles. In the introduction, we make a historical return to the association of the reproductive cycle with female mental health, arising from an essentialist reading of women and the medicalization of their bodies. As a theoretical framework, we adopted Social Constructionist Psychology and Intersectional Feminism. The research was carried out at the Virtual Health Library and is characterized as an integrative literature review. In the selection, we considered articles in English, Portuguese and Spanish from 2014 to 2018. The texts were divided into sub-themes related to the objective of the article, considering the mental disorder and some period of the female reproductive cycle. The review’s findings focus on the social determinants involved in female illness, such as poverty, work overload and violence. We conclude that the study information allows to de-essentialize female mental illness, indicating that the social attributions to women have been a source of illness for them.

Keywords: woman; mental health; medicalization; Social Constructionist Psychology; Intersectional Feminism.

RESUMEN: Este artículo tiene como objetivo reflexionar críticamente sobre la producción en la literatura sobre la enfermedad mental de las mujeres en relación con el ciclo reproductivo femenino, con énfasis en los marcadores sociales como la raza y la clase social. Es un extracto de la revisión de la literatura de una tesis que seleccionó 80 artículos, correspondiente a la categoría “ciclo reproductivo”, totalizando 22 artículos. En la introducción, hacemos una reanudación histórica de la asociación del ciclo reproductivo con la salud mental femenina, que surge de una lectura esencialista de las mujeres y la medicalización de sus cuerpos. Como marco teórico, adoptamos la psicología social construccionalista y el feminismo interseccional. La investigación se llevó a cabo en la Biblioteca Virtual en Salud y se caracteriza por ser una revisión bibliográfica integradora. En la selección consideramos artículos en inglés, portugués y español en el período comprendido entre 2014 y 2018. Los textos se dividieron en subtemas relacionados con el objetivo del artículo, considerando el trastorno mental y algún período del ciclo reproductivo femenino. Los resultados de la revisión se centran en los determinantes sociales involucrados en la enfermedad femenina, como la pobreza, la sobrecarga de trabajo y la violencia. Llegamos a la conclusión de que la información del estudio permite desesencializar la enfermedad mental femenina, lo que indica que las atribuciones sociales a las mujeres han sido una fuente de enfermedad para ellas.

Palabras clave: mujer; salud mental; medicalización; Psicología Social Construccionalista; Feminismo Interseccional.

Recebido em 28/03/2020
Aprovado em 03/07/2020



A articulação entre ciclo reprodutivo e saúde mental feminina remonta aos primórdios da medicina e da psiquiatria, momento no qual a doença mental feminina era localizada dentro do corpo da mulher e, mais especificamente, em seus órgãos reprodutores/sexuais. Assim, era comum intervenções como extirpações do clitóris, cirurgias no útero etc. para um suposto restabelecimento da saúde. Irregularidades menstruais, desejo sexual “excessivo” e o descumprimento de seu “destino natural” como mãe podiam ser vistos tanto como causa quanto como sintoma de doença mental, haja vista que a doença mental era encarada como um desvio moral. Destarte, medicalizava-se o corpo feminino, fazendo dele campo de experimentações de uma medicina misógina aliada ao discurso religioso (Del Priore, 2008; Engel, 2008). Dessa maneira, a medicalização do corpo feminino se inicia, justamente, pela via do que hoje compreendemos como saúde reprodutiva/sexual.

Partimos da noção de que “[...] medicalizar significa o processo de transformar aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina de forma a assegurar conformidade às normas sociais” (Miles, 1991 citado por Vieira, 1999, p. 68). Por exemplo, o parto, antes visto como atividade feminina, assumido pelas parteiras, cada vez mais será circunscrito no saber médico. Antes sob a alçada do saber popular, o parto passa a ser progressivamente dominado por especialistas masculinos com a exigência de licença para exercer a atividade e com a perseguição às parteiras (vistas como bruxas pela Inquisição Católica, sobretudo no período entre 1563 e 1727). Tal processo foi dando outras feições ao parto: o saber popular era agora preterido e a instrumentalização do parto se expande. Ademais, um fenômeno outrora natural era agora “tratável” pela medicina (Spink, 2003; Vieira, 1999).

Entretanto, é válido ressaltar que o acesso ao médico para realização do parto não se deu de maneira uniforme. A princípio os médicos assumiam, principalmente, os partos mais complicados e suas intervenções eram rejeitadas, pois apresentavam alta taxa de mortalidade. Mesmo quando a influência médica passou a ser mais corriqueira, o acesso a um parto hospitalar – com uso de fórceps, anestesia etc. – era restrito às mulheres ricas e do espaço urbano, visto como sinal de ostentação. Dessa maneira, é possível delinear duas histórias do parto, atravessadas pelas questões de classe social (Spink, 2003; Vieira, 1999). Como ratifica Mary Jane Spink (2003), referente à saúde reprodutiva, as mulheres pobres eram mais utilizadas como sujeitos de pesquisa do que beneficiárias da prática médica. No tocante a isso, destacamos os testes de James Marion Sims, “pai da ginecologia moderna”, que fazia cirurgias em mulheres negras escravizadas, muitas vezes sem o uso de anestesia, de acordo com Juliana Lima (2016).

Nessa mesma direção, sob domínio do saber masculino atrelado a valores morais, o corpo feminino era visto, de acordo com Mary Del Priore (2008), como desviante, “como um palco nebuloso e obscuro no qual Deus e o Diabo se digladiavam” (p. 78). Sendo o corpo masculino a norma, o corpo feminino era encarado com suspeição. O sangue menstrual, por sua vez, possuía poderes mágicos, podendo estragar o vinho, a colheita e o leite. A mulher saudável era aquela que procriava e, dessa maneira, conseguia escapar dos males provenientes do útero (Del Priore, 2008). Assim, a medicalização do corpo feminino ocorreu em sintonia com uma visão essencialista da mulher, com a ideia de “natureza feminina”. O “ser mulher” era tido como determinado pela biologia, pela capacidade feminina de parir, amamentar, menstruar; o que se reflete no “instinto maternal” e nas atividades de cuidado assumidas pelas mulheres, vistos como naturais, conforme Elisabeth Vieira (1999).

A medicalização do corpo feminino e a medicalização da loucura são temas que se interpenetram. Segundo Magali Engel (2008), as práticas psiquiátricas no Brasil do século XIX, por exemplo, tinham compromisso com a ordem social, tendo como

uma das principais intervenções as condutas individuais, o comportamento no trabalho, a segurança e os comportamentos sexuais, sendo as mulheres os alvos basais: uma sexualidade considerada anormal, ou seja, aquela excessiva ou deficitária nas relações conjugais, poderia ser sintoma de histeria. Outros “desvios” tais como falta de afeição ao marido e ao filho e desinteresse pelas atividades domésticas também poderiam ser sintomas de doença mental. Isso porque a mulher era relacionada à natureza, ao passo que o homem era identificado com a cultura de maneira tal, que as doenças mentais nas mulheres eram aquelas relativas à sua “natureza”, sobretudo à sua sexualidade; enquanto aos homens eram atribuídos sintomas ligados à cultura, como o desinteresse pelo trabalho, por exemplo (Engel, 2008).

Entretanto, a relação entre ciclo reprodutivo e transtorno mental não é algo que ficou no passado. Atualmente, ao consultarmos a quinta edição do Manual Diagnóstico e Estatístico (DSM-V, 2014), encontramos entre os diagnósticos o Transtorno Disfórico Pré-menstrual, classificado entre os transtornos depressivos, que se caracteriza por: “[...] expressão de labilidade do humor, irritabilidade, disforia e sintomas de ansiedade que ocorrem repetidamente durante a fase pré-menstrual do ciclo e remitem por volta do início da menstruação ou logo depois” (DSM-V, 2014, p. 172).

Neste artigo temos como objetivo refletir criticamente sobre a produção na literatura a respeito do adoecimento mental de mulheres em relação ao ciclo reprodutivo feminino, com destaque para marcadores sociais como raça e classe social. Para tanto, utilizamos alguns aportes da Psicologia Social Construcionista (PSC), articulada ao Feminismo Interseccional.

O construcionismo tem suas raízes em movimentos (no campo das ciências humanas e sociais) que refutam a neutralidade da produção científica e a assunção da verdade. Uma das críticas à ciência hegemônica refere-se, justamente, ao seu caráter machista e racista, encoberto sob um véu de suposta imparcialidade (Gergen, 2011). A PSC rejeita o essencialismo e a ênfase no indivíduo, advogando pela compreensão de construções sociais, histórica e culturalmente situadas, tanto no que se refere à identidade, quanto à produção de conhecimento. Enfatizando a linguagem, encarada como uma prática social, a PSC rejeita a ideia de um eu ensimesmado, de uma estrutura interna que contém o eu. Assim, Kenneth Gergen (2011) afirma que o eu, para a PSC, é um eu discursivo, o que é válido também para a identidade de gênero.

Segundo Conceição Nogueira (2001), a PSC alinha-se ao feminismo de terceira onda, que nega as essencializações e objetiva analisar outras opressões que interagem com o gênero, tais como as de classe social, raça, orientação sexual e religião, em uma proposta interseccional. Nogueira (2017) assevera que a teoria interseccional permite investigar as identidades de maneira complexa, multiplicativa, e também dinâmica, variando de acordo com as interações sociais.

MÉTODO

Este artigo é um recorte da revisão de literatura integrativa que compõe a tese intitulada “Cuidado e sofrimento mental feminino: sentidos construídos pelas profissionais de saúde”, em andamento. Este tipo de revisão é composta das seguintes etapas: 1) identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, que inclui uma análise da adequação de descritores e escolha de bases indexadoras; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, realizada com a leitura do título, resumo e das

palavras-chaves, se necessário incluindo a leitura do artigo na íntegra; 4) categorização dos estudos selecionados, que pode destacar o tamanho da amostra, quantidade de sujeitos, métodos de coleta e análise e teoria ou conceitos que embasam o estudos; 5) análise e interpretação dos resultados, quando se levantam as lacunas; 6) apresentação da revisão ou síntese do conhecimento, como definem Louise Botelho, Cristiano Cunha e Marcelo Macedo (2011).

Na revisão original que compõe a referida tese tivemos como questão: quais modelos explicativos estão construídos em torno do adoecimento mental das mulheres na produção científica disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS)? A BVS é uma das bases de acesso livre mais completa no campo da saúde, o que justifica nossa escolha por ela. A coleta e dados foi realizada no dia 24 de agosto de 2018, fazendo uso dos descritores *woman* e *mental health* (Descritores em Ciências Sociais da Biblioteca Virtual em Saúde), com o operador booleano *and*.

A procura resultou em um total de quatro mil seiscientos e setenta e três (4673) escritos, por isso foi necessário realizar uma série de refinamentos: definimos o período de cinco anos de publicação dos textos (2014-2018); restringimos a língua ao português, inglês e espanhol; excluímos aqueles que não tiveram revisão cega por pares e aqueles que não tinham acesso aberto. Essa etapa resultou em oitocentos e cinquenta e dois textos (852). A etapa seguinte foi selecioná-los a partir do título. Apesar do uso dos descritores e do operador booleano ainda foram capturadas produções que não abrangiam a nossa temática. Dessa forma, consideramos como fugindo do tema um total de quinhentos e cinquenta e três (553) escritos (respeitando também os critérios de exclusão adotados, como ser artigo de revisão, por exemplo). Nessa segunda fase de refinamento também foram excluídos: os artigos que não são de acesso aberto (162), os trabalhos repetidos (10), um (01) artigo retratado (artigo que apresenta má conduta científica como plágio, fabricação de informações etc.) e um (01) artigo não encontrado na íntegra. Assim, após leitura do título, restaram cento e vinte e cinco (125) produções. O próximo passo foi a leitura dos resumos. Considerando o grande quantitativo de títulos lidos, nessa etapa ainda foi possível encontrar textos que fugiam ao tema e que não abordavam especificamente modelos explicativos ou agravantes de transtorno mental nas mulheres, o que culminou na exclusão de quarenta e cinco (45) deles. Por fim, restaram como estudos de interesse 80 produções.

Os 80 artigos foram organizados em tabelas, destacando em colunas autoria/ano, país de origem do estudo, objetivo do artigo, metodologia adotada, resultados e categoria temática. As categorias foram definidas por meio do uso do critério de analogia considerando o objetivo do artigo de referência. Este processo envolveu três etapas: 1. Pré-análise; 2. Codificação; e 3. Categorização (Vázquez Sixto, 1996). Contudo, entendemos que às vezes é possível inscrever um artigo em mais de uma categoria devido ao objetivo abordar mais de um tema. Em tais casos, foi levada em conta a temática que foi mais discutida no artigo.

Assim, os resultados gerais da revisão dos 80 itens foram organizados em 10 categorias temáticas, sendo uma delas denominada como “ciclo reprodutivo”, na qual inserimos os estudos que relacionam o transtorno mental em mulheres a algum período do ciclo reprodutivo feminino, artigos que serão analisados nesta revisão. A referida categoria obteve 22 produções, representando 27,5% dos resultados da revisão de literatura completa, sendo a que condensou mais estudos. O fato de esta categoria específica entre outras dez condensar tantos estudos nos chamou atenção por reportar aos primórdios da psiquiatria, conforme discutido na introdução do texto. Remete-nos também a uma redução da mulher à sua capacidade sexual/reprodutiva. A categoria foi dividida nos subtemas

seguintes: a) depressão/*maternity blues* e/ou ansiedade gestacional e/ou pós-parto; b) transtorno mental comum (TMC) em gestantes e/ou no pós-parto; c) má-formação congênita do bebê e efeitos sobre a saúde mental da mãe; d) perda gestacional e consequências na gestação subsequente; e) sintomas psiquiátricos não psicóticos em gestantes; f) depressão no pré-climatério; g) efeitos da pré-menstruação, gestação, pré-menopausa, da dispareunia e da dor pélvica na saúde mental; h) ideação/comportamento suicida entre gestantes; i) queixas de saúde mental que levam as gestantes a procurar o serviço de saúde (Tabela 1). A classificação dos artigos nos referidos subtemas se deu considerando os objetivos de cada produção, seguindo o mesmo critério da revisão mais ampla que compõe a tese. Acreditamos ser válido recorrer a tal divisão pois é possível explicitar melhor os diferentes transtornos mentais e períodos do ciclo reprodutivo presentes na referida categoria.

Tabela 1: Subtemas, quantidade e referências bibliográficas da categoria “ciclo reprodutivo” em artigos da BVS, entre 2014 e 2018

Subtemas	Quantidade de textos/ percentual	Referências bibliográficas
Depressão/ <i>maternity blues</i> e/ou ansiedade gestacional e/ou pós-parto	12 54,6%	Chojenta, Lucke, Forder e Loxton, 2016; Ghaffar et al., 2017; Kang et al., 2016; Kathree, Selohilwe, Bhana e Petersen, 2014; Moraes Costa, Silva, Silva e Melo, 2017; Moura, Pedrão, Souza e Boaventura, 2015; Ogbo et al., 2018; Takahashi e Tamakoshi, 2014; Van Vo, Hoa e Hoang, 2017; Verbeek, Arjadi, Vendrik, Burger e Berger, 2015; Wang et al., 2016; Woolhouse, Gartland, Mensah e Brown, 2014.
Transtorno mental comum (TMC) em gestantes e/ou no pós-parto	03 13,7%	Abrams et al., 2016; Lucchese et al., 2017; Nguyen et al., 2015.
Má-formação congênita do bebê e efeitos sobre a saúde mental da mãe	01 4,52%	Cunha, Pereira Junior, Caldeira e Carneiro, 2016.
Perda gestacional e consequências na gestação subsequente	01 4,52%	Chojenta et al., 2014.
Sintomas psiquiátricos não psicóticos em gestantes	01 4,52%	Reis, Bernardes, Barboza e Gonçalves, 2015.
Depressão no pré-climatério	01 4,52%	Guadalupe, López Jiménez e García González, 2017.
Efeitos da pré-menstruação, gestação, pré-menopausa, da dispareunia e da dor pélvica na saúde mental	01 4,52%	Miller e Ghadiali, 2015.
Ideação/comportamento suicida entre gestantes	01 4,52%	Onah, Field, Bantjes e Honikman, 2017.
Queixas de saúde mental que levam as gestantes a procurar o serviço de saúde	01 4,52%	Tol et al., 2018.

Os artigos capturados em nossa revisão apresentaram uma diversidade de países de realização: Brasil (05), Austrália (04), Vietnã (03), África do Sul (02), China (02), Japão (01), Uganda (01), Paquistão (01), Nicarágua (01), México (01), Estados Unidos (01). Contudo, o desenho de estudo adotado nas pesquisas foi bem mais homogêneo: a maioria foi desenvolvida no campo epidemiológico, sendo 13 estudos de corte transversal e 06 de coorte.

A despeito da diversidade de países que compõem os estudos da presente revisão, não foi possível verificar muitas discussões sobre especificidades culturais nos referidos textos, ficando a marca característica da generalização dos estudos quantitativos, o que reduz a diversidade cultural e torna muitos dos estudos apenas uma replicação de outrem em país diferente. Isso fica mais premente quando atentamos aos instrumentos (escalas, inventários etc.). Quando enfocamos os estudos sobre depressão gestacional e depressão pós-parto, por exemplo, foi corrente o uso da *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) em contextos díspares como Japão e África do Sul. O uso dos mesmos instrumentos validados para diferentes contextos culturais é um valor dentro dos estudos quantitativos, mas, por outro lado, quando homogeneizamos as idiosincrasias culturais, tanto faz dizer que a pesquisa se passou no Paquistão ou no Brasil.

Por conta disso, e entendendo que uma revisão pode apresentar seus resultados de inúmeras maneiras, o referencial teórico adotado ajudou na seleção de quais artigos seriam discutidos e na ênfase que seria dada a determinadas informações como diferenças culturais e raciais, por exemplo. Assim, procuramos dar destaque a textos em que pudéssemos fugir a uma leitura individualizante, essencialista e internalista (muitas vezes indo além do que é apresentado apenas como “dado” na seção de resultados dos artigos), e que trouxessem outras informações que cremos mais relevantes do que meras estatísticas relativas ao adoecimento feminino. Nessa tônica, em uma articulação da Psicologia Social Construcionista e do Feminismo Interseccional, a nossa seleção dos textos que serão discutidos mais profundamente aqui, visto não ser possível discorrer sobre a totalidade dos resultados (22 artigos), visa marcar que quando nos referirmos à mulher e ao feminino, não buscamos universalizar ou cristalizar tais termos. Nesse sentido, destacamos os resultados dos artigos mais emblemáticos para cada subtema discutido.

O subtema “Depressão/*maternity blues* e/ou ansiedade gestacional e/ou pós-parto” concentrou a maior parte das produções da revisão, totalizando 12 artigos, o que corresponde a aproximadamente 54,5% do total. Nesse subtema, alguns estudos nos indicam que as diferenças socioeconômicas e culturais podem estar envolvidas na experiência depressiva e/ou ansiosa. É o caso do estudo de Verbeek et al. (2015), que investigaram a prevalência e severidade de ansiedade e depressão durante a gestação e a acessibilidade aos serviços de saúde mental na Nicarágua, em comparação com a Holanda. O estudo concluiu que 41% das mulheres nicaraguenses apresentaram ao menos sintomas moderados de ansiedade e 57% ao menos sintomas moderados de depressão, enquanto entre as holandesas as taxas foram bem menores, com 15% e 6%, respectivamente. Entretanto, apenas 9,6% das nicaraguenses recebiam ajuda psicológica. Os dados indicam que a prevalência de ansiedade e depressão em gestantes nicaraguenses é alta em comparação com países desenvolvidos. É válido ressaltar que apenas 1% da verba de saúde na Nicarágua é investida na saúde mental e, de tal verba, 91% é investida em hospitais psiquiátricos.

Outra pesquisa relevante quanto à diversidade cultural foi a realizada por Yuki Takahashi e Koji Tamakoshi (2014), no Japão, que descobriram que a prática cultural

satogaeri buben (tradição japonesa de suporte à mãe nos primeiros dias após o parto em que ela retorna à casa dos pais) foi fator protetivo da saúde mental da mulher no pós-parto em relação ao *maternity blues*.

Ainda em relação à cultura, na China e no Vietnã, por exemplo, os bebês do sexo masculino são mais desejados, o que pode fazer com que as mães fiquem mais ansiosas durante a gestação, de acordo com Yu-tin Kang et al. (2016) e Thang Van Vo et al. (2017). Nessa direção, estudo realizado no Vietnã verificou que as mulheres que geraram bebês com o sexo diferente do desejado tiveram maior prevalência de sintomas depressivos quando comparadas com aquelas com o sexo conforme esperado, embora o resultado não tenha se mantido após regressão logística multivariada (Van Vo et al., 2017).

Felix Ogbo et al. (2018) também encontraram influência da diversidade cultural, bem como socioeconômica, relacionada à depressão. Em estudo realizado na Austrália que incluía mulheres com diversidades culturais e linguísticas, tais mulheres apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos que o grupo mais homogêneo quanto a língua e cultura. Ademais, as mães de baixa renda tiveram mais chances de apresentar depressão pós-parto que as mães de alta renda. Tasneem Kathree et al. (2014) e Valéria Moura et al. (2015) também mencionam a pobreza como relacionada ao adoecimento. Moura et al. (2015) ainda relataram ser negra como fator de risco para a depressão, sendo que 40% das negras apresentaram depressão e nenhuma gestante branca apresentou sintomatologia depressiva nesse estudo local.

Outro subtema de nossa revisão é “Transtorno mental comum (TMC) em gestantes e/ou no pós-parto”, que apresentou três achados. Referente ao subtema, Trang Nguyen et al. (2015) conduziram pesquisa para investigar fatores de risco e proteção ao TMC no pós-parto entre mulheres da zona rural do Vietnã. Os resultados apontaram que a incidência de TMC nas mulheres no primeiro ano pós-parto foi de 13% e foi associada com pouca ajuda e pouca atenção do marido, maus-tratos na infância e pobreza. Quanto à recuperação do TMC, as mulheres que tiveram ao menos um mês de cuidados de outrem após o parto, antes de retomar à rotina, tiveram maior probabilidade de recuperação. Aquelas que não experienciaram violência doméstica e que tinham ajuda nas tarefas da casa e cuidados com o/a bebê também tiveram maior propensão para recuperação.

Ainda no Vietnã, Daniel Abrams et al. (2016) realizaram pesquisa qualitativa em quatro comunidades rurais com minorias étnicas. As entrevistas foram conduzidas tendo dois casos como mote (um caso de depressão pós-parto e outro de ansiedade generalizada). Foram entrevistadas mulheres grávidas ou com um ano de pós-parto e profissionais de saúde. As/os participantes deveriam opinar sobre os casos em tela. Entre os aspectos que emergiram na entrevista, destacamos a menção de fitoterápicos vistos como importantes para alimentação da gestante na manutenção de sua saúde, bem como medicamentos fitoterápicos foram considerados mais adequados para os casos de mulheres gestantes ou lactantes com algum tipo de transtorno mental, por apresentarem menos efeitos colaterais. Entre as/os profissionais (total de 12), apenas um/a recebeu algum tipo de formação em saúde mental. Muitas/os profissionais afirmaram que tais casos eram encaminhados para hospitais por serem mais especializados.

A terceira investigação do subtema foi conduzida no Brasil. Roselma Lucchese et al. (2017) encontraram alta prevalência de TMC entre as gestantes brasileiras em comparação com a população geral de 63 países, com taxa de 57,1%. As/os pesquisadoras/es encontraram maiores chances de apresentar TMC entre as mulheres de renda familiar mais alta (maior que R\$ 1.581,09).

Outro subtema investigado foi “Ideação/comportamento suicida entre gestantes”, com trabalho desenvolvido por Michael Onah et al. (2017), que realizaram a investigação na área mais violenta da Cidade do Cabo, África do Sul. Os resultados foram: a prevalência de SIB (*suicidal ideation and behaviours*) foi de 18%; nove mulheres tinham tentado suicídio no último mês, dentre elas, cinco com a intenção de morrer; dentre as mulheres que apresentaram SIB, 33% tinham depressão maior, 35% algum tipo de transtorno ansioso e 54% nenhum dos dois transtornos. Tanto a depressão maior como o transtorno ansioso foram associados com a SIB. Aquelas que tinham suporte social tinham menos chances de SIB. As mulheres solteiras tiveram mais chances de ter SIB e as que sofreram violência do parceiro tinham o dobro de chances daquelas que não sofreram. As mulheres com insegurança alimentar (déficit na quantidade e qualidade do alimento) tinham quatro vezes mais chances de comportamento suicida que aquelas com segurança alimentar. A pobreza também esteve associada ao comportamento suicida.

Quanto ao subtema “Queixas de saúde mental que levam as gestantes a procurar o serviço de saúde”, percebemos que as diferenças culturais podem também influenciar a maneira como o transtorno mental é percebido e classificado. Sobre isso, Wietse Tol et al. (2018), em estudo qualitativo, descobriram que, em Uganda, um dos motivos relativos à saúde mental que faz com que as mulheres grávidas procurem o serviço de saúde foi o que é conhecido como *adeka na aomisio* (doença dos pensamentos) e foi considerado um entre os três maiores problemas de saúde mental. Outros dois problemas mencionados foram malária e epilepsia. As/os especialistas em saúde mental que participaram da pesquisa se referiram ao *adeka na aomisio* como *maternity blues*. As mulheres gestantes afirmaram que os pensamentos tinham vida própria, sendo que elas não tinham controle sobre eles. Os sintomas atribuídos ao *adeka na aomisio* e *maternity blues* foram: tristeza e choro excessivos, mau humor, distúrbios do sono, anedonia, pensamentos suicidas, falta de apetite, irritabilidade, uso de substâncias, fobias etc. Participantes ainda citaram febre, alucinações e fala descoordenada. A “doença dos pensamentos” foi atribuída à ausência de companheiro ou de suporte por parte desse, bem como gravidez não desejada, pobreza e violência doméstica.

Entre os estudos que se afastam das discussões que enfatizam os fatores psicossociais quanto ao adoecimento, se aproximando de uma leitura mais biológica quanto ao adoecimento mental, destacamos o de Laura Miller e Nafisa Ghadiali (2015) no subtema “Efeitos da pré-menstruação, gestação, pré-menopausa, da dispareunia e da dor pélvica na saúde mental”, que avaliaram tanto a relação entre o ciclo reprodutivo como condições ginecológicas que causam dor (dispareunia e dor pélvica) e a saúde mental em veteranas. Foram estudadas 68 mulheres com média de 41 anos, a maioria delas ainda menstruava. Todas as mulheres apresentaram algum transtorno mental (o campo de estudo foi um serviço psiquiátrico): 30,9% apresentaram transtorno do estresse pós-traumático; 29,4% depressão; e 14,7% transtornos de ansiedade. A taxa de hospitalização psiquiátrica foi de 27,9% e 20,6% tentaram suicídio. Os resultados ainda demonstram que: 22,1% tinham dispareunia; 17,6% dor pélvica; 42,6% das mulheres acreditavam que a pré-menstruação influenciava em seus problemas emocionais e psiquiátricos, a gravidez tinha influência para 33,3%, bem como o pós-parto, e 18,2% atribuíram influência negativa do período pré-menopausa na saúde mental.

A extensão de resultados agregados na nossa revisão não permitiu que todos os estudos fossem apresentados com minúcia. Mas, em síntese, os achados indicam algum tipo de associação entre transtorno mental (transtorno mental comum, depressão, transtorno ansioso, ideação e/ou comportamento suicida) na gestação

ou pós-parto e os seguintes fatores mais recorrentes (ao menos em três estudos): gravidez não planejada (Kathree et al., 2014; Lucchese et al., 2017; Tol et al., 2018; Van Vo et al. 2017); não ter ajuda do companheiro (Nguyen et al., 2015; Tol et al., 2018; Van Vo et al., 2017); pobreza (Kathree et al., 2014; Moura et al., 2015; Nguyen et al., 2015; Ogbo et al., 2018; Onah et al., 2017; Tol et al., 2018); violência por parte do parceiro (Kathree et al., 2014; Ogbo et al., 2018; Onah et al., 2017; Tol et al., 2018).

DISCUSSÃO

Discutindo os resultados referentes à raça/cor, no estudo de Moura et al. (2015), realizado no Brasil, podemos encontrar relação com o efeito do racismo na saúde mental. Segundo Rita Barata (2009), dentre os problemas de saúde associados ao racismo e à discriminação estão os transtornos mentais. As vítimas de discriminação (sendo o racismo uma das mais relevantes) têm maior prevalência de distúrbios do sono, depressão, ansiedade, ideação e tentativa de suicídio. Sofrer discriminação também implica menor probabilidade de procurar os serviços de saúde (Barata, 2009). Se promovermos a intersecção de outras discriminações, podemos pressupor vulnerabilidades em saúde ainda mais salientes. Nesse sentido, concordamos com Emanuelle Goes e Enilda Nascimento (2013) quando afirmam que:

A desigualdade não decorre da diferença individual, mas do modo como as pessoas estão organizadas socialmente, em uma estrutura hierarquizada por valores simbólicos e materiais produzida pelas variadas relações sociais e que tem como consequência a repartição não uniforme de todos os tipos de vantagens e desvantagens. As desigualdades sociais são, portanto, resultado de processos sociais, demográficos, econômicos, culturais e políticos desenvolvidos em contextos determinados social e historicamente. (p. 572)

As desigualdades sociais também se expressam em relação ao TMC. Concernente a isso, o resultado de Lucchese et al. (2017), quanto à renda familiar maior associada ao TMC, contradiz as evidências sobre o transtorno: a prevalência de TMC tem sido associada aos fatores socioeconômicos como desigualdades de gênero, baixa renda, baixa escolaridade, desemprego/informalidade (Ludermir, 2008; Zanello, 2014). Sobre isso, Ana Ludermir (2008) afirma: “O núcleo essencial da concepção de causalidade da doença mental não se encontra numa determinada classe ou gênero, mas sim nas relações estabelecidas entre classes e gêneros, caracterizadas pela opressão e subordinação de um grupo por outro” (p. 461).

Enquanto Ludermir (2008) alerta para a dinamicidade das relações sociais participando das “causas” do transtorno mental, Valeska Zanello (2014) chama a atenção para uma possível patologização das mazelas sociais que pode estar envolvida no diagnóstico de TMC. Assim, percebemos que as mulheres em condições de pobreza estão mais vulneráveis ao TMC, mesmo que seja por conta de um processo de medicalização da vida, que provavelmente tem escamoteado os problemas sociais por meio de intervenções e diagnósticos médicos.

Referente ao subtema “Ideação/comportamento suicida entre gestantes”, José Bertolote (2012) assevera que as diferenças de gênero também se expressam nas taxas de suicídio: o suicídio tem sido mais elevado entre os homens, enquanto a tentativa de suicídio é maior entre as mulheres. O autor credita tal diferença ao método empregado para cometer o ato: os homens tendem a fazer uso de recursos mais violentos (armas de fogo, por exemplo), que tem maior letalidade.

Essas informações são corroboradas na pesquisa de Felipe Baére e Valeska Zanello (2018) sobre suicídio e gênero no Distrito Federal. Os pesquisadores encontraram, a partir de dados epidemiológicos, que nos casos de óbito por suicídio por intoxicação as mulheres tiveram valores mais elevados frente os homens; já no caso do uso de arma de fogo, a situação se inverte, sendo a maioria realizada por homens. Ademais, os autores, fazendo uso de dados do boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, ainda reafirmam a disparidade entre as tentativas de suicídio: 69% entre as mulheres e 31% entre os homens. Entretanto, Bertolote (2012) identifica uma aproximação entre o índice de suicídio dos homens e das mulheres a partir de 1980-1990, o que ele suspeita que esteja relacionado a uma diminuição da desigualdade de gênero ou ao acréscimo dos dados de países africanos, sul-americanos e asiáticos, incluídos desde então.

Para além das questões de gênero, no estudo de Onah et al. (2017) as/os autoras/es encontraram relação do suicídio com a insegurança alimentar e a pobreza. Sobre tal temática, Flávia Alves, Daiane Machado e Maurício Barreto (2018) realizaram um estudo ecológico sobre o efeito da cobertura do Programa Bolsa Família nas taxas de suicídio em 5507 municípios brasileiros e descobriram que uma alta cobertura do Programa, bem como uma cobertura por três ou mais anos, tinha como efeito uma redução nas taxas de suicídio. Tais investigações trazem subsídios para desassociarmos o suicídio de uma visão individualista e/ou essencialista em relação à pobreza e nos voltarmos para os determinantes sociais envolvidos na autoquíria e no delineamento de políticas públicas para sua prevenção.

Sobre a nossa temática, é válido discutir as duas interpretações dadas para as diferenças entre as prevalências de transtorno mental entre homens e mulheres (mulheres sofrem mais de depressão e transtorno de ansiedade, ao passo que os homens têm maior prevalência na adicção às drogas): uma biológica, que atribui a depressão feminina à influência do estrógeno, por exemplo; e outra sócio-histórica, que enfoca as “causas” sociais, inclusive as desigualdades de gênero, às quais nos alinhamos em nossa revisão (Zanello, 2014).

O expressivo quantitativo de textos que compõe este artigo, frente ao total de produções de nossa revisão completa, nos remete à relação entre a psiquiatria e o ciclo reprodutivo feminino no século XIX, conforme discutimos brevemente em nossa introdução. Contudo, seguindo a divisão proposta por Zanello (2014), percebemos que a maioria dos textos se atém à discussão sócio-histórica (como grau de escolaridade da mulher, renda da família, apoio do companheiro) envolvida no adoecimento mental feminino.

Nesse sentido, o único artigo que destoa de tal interpretação, dando ênfase a uma interpretação biológica, é o de Miller e Ghadiali (2015). Apesar de, no referido estudo, ter se considerado o autorrelato das mulheres quanto à percepção da influência do ciclo reprodutivo na saúde mental, é relevante discutir como um aspecto que é inerente à condição de ser mulher cisgênero (ter ciclo reprodutivo) foi associado como “causa” de adoecimento mental e, mais ainda, durante todas as fases de tal ciclo. Assim, percebe-se o corpo masculino sendo tomado como padrão de normalidade, o que, novamente, remonta à misoginia da psiquiatria do século XIX, e se remete ainda ao Transtorno Disfórico Pré-menstrual definido pelo DSM-V (2014).

A proposta de patologizar o ciclo reprodutivo presente no texto de Miller e Ghadiali (2015) e no DSM-V (2014) aproxima-se daquilo que Gergen (2010) identifica como espiral mórbida: as pessoas, por conta do discurso psiquiátrico corrente, sentem-se impelidas a reconhecerem-se dentro de um determinado rótulo diagnóstico o que, ao mesmo tempo, incentiva as/os profissionais *psi* a criarem um novo vocabulário para enquadrar ainda mais pessoas. Relembremos que o discurso

científico reproduzido pelas/os psiquiatras e psicólogas/os foi interagindo com o restante da sociedade de forma a moldar e normatizar as condutas.

Podemos considerar que o espiral mórbido reverbera no uso indiscriminado de benzodiazepínicos, uso muito mais expressivo entre as mulheres, conforme síntese realizada por Melissa Pereira e Paulo Amarante (2017). Ademais, a associação entre menopausa/climatério a transtornos mentais traz uma nova roupagem para a parceria entre ginecologia e psiquiatria: intervenções cirúrgicas como retirada de ovários, extirpação de clitóris, entre outras, tão comuns no século XIX, atualmente são substituídas por reposição hormonal. Assim, referente ao artigo de Miller e Ghadiali (2015), percebemos que, apesar do método de intervenção ter mudado, a interpretação sobre o adoecimento mental da mulher ainda permanece arraigada a uma visão biomédica, recaindo sobre os hormônios femininos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura permitiu desessencializar o adoecimento mental feminino, indicando que as atribuições sociais às mulheres têm sido fonte de adoecimento para elas. Procuramos refletir em nosso texto sobre as discussões dos fatores socioeconômicos, culturais e raciais, aliadas a uma análise da psicologia social construcionista e feminista interseccional do adoecimento mental feminino. Partindo de tal análise, as afirmações essencialistas caem em ruína, pois, na medida em que nos atemos ao desenvolvimento histórico da loucura, do discurso médico/psiquiátrico e da identidade feminina, percebemos como esses são construções sociais. Ademais, ao nos atentarmos para as diferenças socioeconômicas e culturais envolvidas no processo de adoecimento mental feminino, entendemos que as experiências não são monolíticas, não há uma mulher universal, mas sim diversas mulheres e diversas formas de adoecimento.

Entretanto, apesar da diversidade cultural e do fato de negarmos uma generalização tanto das mulheres quanto do adoecimento mental, fica saliente na nossa análise que as mulheres, não importa se da África, América, Ásia ou Oceania, encontram-se irmanadas nos mesmos problemas oriundos da hegemonia machista e das desigualdades sociais e raciais em seus efeitos para a compreensão da sua saúde. Assim, a maternidade, as tarefas domésticas e demais funções de cuidado (trabalhos assumidos pelas mulheres e que são mal/não remunerados) têm custado a saúde mental feminina e não têm sido encarados com a devida importância na compreensão do seu adoecimento e, sobretudo, no tratamento de tais males. Por isso nos parece tão reducionista atribuir o adoecimento mental feminino apenas à dimensão natural. Nesse sentido, entendemos que essencializar o feminino, interpretando funções construídas socialmente e cristalizando-as em “tarefas de mulheres”, retroalimenta o adoecimento.

Creemos que o destaque dado aos fatores sócio-históricos do adoecimento (Zanello, 2014), em detrimento à perspectiva biológica do transtorno mental nas mulheres, representa um avanço a uma leitura essencialista de tal adoecimento. Todavia, uma mirada sócio-histórica pode também culminar em um processo de patologização das mazelas sociais, como acredita Zanello (2014). Isso posto, propomos uma visão dos transtornos mentais que considere as dimensões sociais envolvidas no adoecimento de maneira a construir um novo lugar social para os saberes *psi*, com deslocamento do papel de controle social para uma reconfiguração de tais saberes como instrumentos de denúncias das mazelas sociais. Nesse sentido, acreditamos que tal reconfiguração permitiria compreender os transtornos mentais

como construídos socialmente, entendendo que as classificações e diagnósticos se movem ao ritmo das transformações sociais. Ademais, os saberes *psi*, ao assumirem um posicionamento mais crítico frente ao contexto social, se aproximam da reestruturação político-social proposta pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, que vai além da mera reformulação de estruturas de tratamento, demandando discursos críticos atualizados que orientem a prática profissional.

REFERÊNCIAS

- Abrams, D., Nguyen, L. T., Murphy, J., Lee, Y., Tran, N. K., & Wiljer, D. (2016). Perceptions and experiences of perinatal mental disorders in rural, predominantly ethnic minority communities in northern Vietnam. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(10), 1–10. <http://doi.org/10.1186/s13033-016-0043-0>
- Alves, F. J., Machado, D. B., & Barreto, M. L. (2018). Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(5), 599–606. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1627-6>
- Baére, F., & Zanello, V. (2018). O gênero no comportamento suicida: uma leitura epidemiológica dos dados do Distrito Federal. *Estudos de Psicologia*, 23(2), 168–178. <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180017>
- Barata, R. B. (2009). *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Bertolote, J. M. (2012). *O Suicídio e sua Prevenção*. São Paulo, SP: Editora Unesp.
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121–136.
- Chojenta, C. L., Lucke, J. C., Forder, P. M., & Loxton, D. J. (2016). Maternal health factors as risks for postnatal depression: a prospective longitudinal study. *PLoS ONE*, 11(1), 1–9. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0147246>
- Chojenta, C., Harris, S., Reilly, N., Forder, P., Austin, M. P., & Loxton, D. (2014). History of pregnancy loss increases the risk of mental health problems in subsequent pregnancies but not in the postpartum. *PLoS ONE*, 9(4), 1–7. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0095038>
- Cunha, A. C. B., Pereira Junior, J. P., Caldeira, C. L. V., & Carneiro, V. M. S. de P. (2016). Diagnóstico de malformações congênitas: impactos sobre a saúde mental de gestantes. *Estud. Psicol. (Campinas)*, 33(4), 601–611. <http://doi.org/10.1590/1982-02752016000400004>
- Del Priore, M. (2008). Magia e medicina na Colônia: o corpo feminino. In M. Del Priore (Org.), *História das Mulheres no Brasil* (pp. 78-114). São Paulo: Contexto.
- Engel, M. (2008). Psiquiatria e feminilidade. In M. Del Priore (Org.), *História das mulheres no Brasil* (pp. 322-361). São Paulo: Contexto.
- Gergen, K. (2010). El asedio del yo. In K. Gergen, *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo* (pp. 19-40). Barcelona: Paidós.
- Gergen, K. (2011). *Realidades y relaciones: aproximaciones a la construcción social*. Barcelona: Paidós.
- Ghaffar, R., Iqbal, Q., Khalid, A., Saleem, F., Hassali, M. A., Baloch, N. S., Ahmad, F. D., Bashir, S., Haider, S., & Bashaar, M. (2017). Frequency and predictors of anxiety and depression among pregnant women attending tertiary healthcare institutes of Quetta City, Pakistan. *BMC Women's Health*, 17(51), 1–8. <http://doi.org/10.1186/s12905-017-0411-1>

- Goes, E. F., & Nascimento, E. R.** (2013). Mulheres negras e brancas e os níveis de acesso aos serviços preventivos de saúde: uma análise sobre as desigualdades. *Saúde em Debate*, 37(99), 571–579.
- Guadalupe, A. R., López Jiménez, J. L., & García González, C.** (2017). Climaterio, salud y depresión, un abordaje psicosocial: estudio exploratorio en un grupo de mujeres de la Ciudad de México. *Revista Kairós Gerontologia*, 20(1), 9–23.
- Kang, Y., Yao, Y., Dou, J., Guo, X., Li, S., Zhao, C., Han, H., & Li, B.** (2016). Prevalence and risk factors of maternal anxiety in late pregnancy in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(468), 1–11. <http://doi.org/10.3390/ijerph13050468>
- Kathree, T., Selohilwe, O. M., Bhana, A., & Petersen, I.** (2014). Perceptions of postnatal depression and health care needs in a South African sample: The “mental” in maternal health care. *BMC Women’s Health*, 14(140), 1–11.
- Lima, J. D.** (2016). Anarcha, Lucy e Betsy: as escravas mães da ginecologia moderna. Nexo. Acesso em <https://www.nexojournal.com.br/expresso/2016/12/03/Anarcha-Lucy-e-Betsy-as-escravas-m%C3%A3es-da-ginecologia-moderna>
- Lucchese, R., Simões, N. D., Monteiro, L. H. B., Vera, I., Fernandes, I. L., Castro, P. A., Silva, G. C., Evangelista, R. A., Bueno, A. A., & Lemos, M. F.** (2017). Fatores associados à probabilidade de transtorno mental comum em gestante: estudo transversal. *Escola Anna Nery*, 21(3), 1–6. <http://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0094>
- Ludermir, A. B.** (2008). Desigualdades de Classe, Gênero e Saúde Mental nas Cidades. *PHYSIS Revista de Saúde Coletiva*, 18(3), 451–467. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312008000300005>
- Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [recurso eletrônico]: DSM-5 / American Psychiatric Association; tradução: Maria Inês Corrêa Nascimento ... et al.; revisão técnica: Aristides Volpato Cordioli ...[et al.]. – 5. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre: Artmed, 2014.
- Miller, L. J., & Ghadiali, N. Y.** (2015). Gender-specific mental health care needs of women veterans treated for psychiatric disorders in a Veterans Administration Women’s Health Clinic. *Medical Care*, 53(4Supplement 1), S93–S96.
- Moraes, J. F. Q., Costa, A. B., Silva, F. T. R., Silva, N. M. M. G., & Melo, S. C. C. S.** (2017). Prevalence of depressive symptoms among pregnant adolescents. *Journal of Nursing and Health*, 7(1), 50–57.
- Moura, V. F. S., Pedrão, L. J., Souza, A. C. S., & Boaventura, R. P.** (2015). A depressão em gestantes no final da gestação. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 11(4), 234–242.
- Nguyen, T. T., Tran, T. D., Tran, T., La, B., Nguyen, H., & Fisher, J.** (2015). Postpartum change in common mental disorders among rural Vietnamese women: incidence, recovery and risk and protective factors. *British Journal of Psychiatry*, 206(2), 110–115.
- Nogueira, C.** (2001). Feminismo e Discurso do Gênero na Psicologia Social. *Psicologia e Sociedade*, (13), 1–28. <http://doi.org/10.1590/S0102-37722008000200014>
- Nogueira, C.** (2017). *Interseccionalidade e Psicologia Feminista*. Salvador: Editora Devires.
- Ogbo, F. A., Eastwood, J., Hendry, A., Jalaludin, B., Agho, K. E., Barnett, B., & Page, A.** (2018). Determinants of antenatal depression and postnatal depression in Australia. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–11.
- Onah, M. N., Field, S., Bantjes, J., & Honikman, S.** (2017). Perinatal suicidal ideation and behaviour: psychiatry and adversity. *Archives of Women’s Mental Health*, 20(2), 321–331.

- Pereira, M. O., & Amarante, P.** Mulheres, loucura e patologização: desafios para a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. In R. G. Passos, R. A. Costa, & F. G. Silva. *Saúde mental e os desafios atuais da Atenção Psicossocial* (pp. 159-182). Rio de Janeiro: Gramma, 2017.
- Reis, L. T., Bernardes, L. S., Barboza, M. C. N., & Gonçalves, A. M. de S.** (2015). Rastreamento de sintomas psiquiátricos não-psicóticos entre gestantes de um município do estado de Mato Grosso. *Journal of Nursing and Health*, 5(2), 141-152.
- Spink, M. J.** (2003). As origens históricas da obstetrícia moderna. In M. J. Spink, *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 169-193). Petrópolis: Vozes.
- Takahashi, Y., & Tamakoshi, K.** (2014). Factors associated with early postpartum maternity blues and depression tendency among Japanese mothers with full-term healthy infants. *Nagoya Journal of Medical Science*, 76(1-2), 129-138.
- Tol, W. A., Ebrecht, B., Aiyoo, R., Murray, S. M., Nguyen, A. J., Kohrt, B. A., Ndyabangi, S., Alderman, S., Musisi, S., & Nakku, J.** (2018). Maternal mental health priorities, help-seeking behaviors, and resources in post-conflict settings: a qualitative study in eastern Uganda. *BMC Psychiatry*, 18(39), 1-15.
- Van Vo, T., Hoa, T. K. D., & Hoang, T. D.** (2017). Postpartum depressive symptoms and associated factors in married women: a cross-sectional study in Danang City, Vietnam. *Frontiers in Public Health*, 5, 1-8. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00093>
- Vázquez Sixto, F.** (1996). El análisis de contenido temático. *Objetivos y medios en la investigación psicosocial* (Documento de trabajo) (pp. 47-70). Universitat Autònoma de Barcelona.
- Verbeek, T., Arjadi, R., Vendrik, J. J., Burger, H., & Berger, M. Y.** (2015). Anxiety and depression during pregnancy in Central America: a cross-sectional study among pregnant women in the developing country Nicaragua. *BMC Psychiatry*, 15(292), 1-6. <http://doi.org/10.1186/s12888-015-0671-y>
- Vieira, E. M.** (1999). A medicalização do corpo feminino. In K. Giffin, & S. H. Costa (Orgs.), *Questões da Saúde Reprodutiva* (pp. 67-78). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Wang, Y., Wang, X., Liu, F., Jiang, X., Xiao, Y., Dong, X., Kong, X., Yang, X., Tian, D., & Qu, Z.** (2016). Negative life events and antenatal depression among pregnant women in rural China: the role of negative automatic thoughts. *PLoS ONE*, 11(12), 1-14. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0167597>
- Woolhouse, H., Gartland, D., Mensah, F., & Brown, S. J.** (2014). Maternal depression from early pregnancy to 4 years postpartum in a prospective pregnancy cohort study: Implications for primary health care. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology*, 122(3), 312-321. <http://doi.org/10.1111/1471-0528.12837>
- Zanello, V.** (2014). A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura genderada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In V. Zanello, & A. P. M. Andrade (Orgs.), *Saúde mental e gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade* (pp. 41-58). Curitiba: Appris.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa de Doutorado concedida.

ANA CAROLINA CERQUEIRA MEDRADO

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFBA. Psicóloga. Mestra em Saúde, Ambiente e Trabalho pela Faculdade de Medicina da Bahia (UFBA). Especialista em Saúde Mental na modalidade resi-dência multiprofissional em saúde (UNEB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental do Instituto de Psicologia (UFBA).

<https://orcid.org/0000-0002-0266-9360>

E-mail: accm100@yahoo.com.br

MÔNICA LIMA

Professora Associada III da UFBA. Psicóloga. Possui Mestrado e Doutorado em Saúde Pública/Coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), Pós-Doutorado em Psicologia Social pela Universidad Autónoma de Barcelona (UAB). Pesquisadora do Grupo de Pesquisa Laboratório de Estudos Vinculares em Saúde Mental do IPS/UFBA. Colaboradora do grupo de pesquisa “Laicos IAPSE” (UAB). Professora permanente da Pós-Graduação em Psicologia (IPS/UFBA).

<https://orcid.org/0000-0002-6666-8463>

E-mail: molije@hotmail.com

Cuidado e promoção de saúde mental em um grupo de mulheres: a perspectiva de trabalhadoras e usuárias

Clarice Cezar Cabral¹ (Orcid: 0000-0002-3846-1473) (clarice.cabral@ipub.ufrj.br)

Dominique Yonarê Peçanha Lenz¹ (Orcid: 0009-0007-0742-3558) (dominique.lenz@gmail.com)

Octavio Domont de Serpa Jr¹ (Orcid: 0000-0001-6827-4057) (domserpa@gmail.com)

Nuria Malajovich Muñoz¹ (Orcid: 0000-0003-3872-818X) (nuria.malajovich@ipub.ufrj.br)

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro-RJ, Brasil.

Resumo: O objetivo do artigo é discutir a relação entre desigualdade de gênero e sofrimento psíquico, por meio de uma pesquisa narrativa com mulheres profissionais de saúde e usuárias de um grupo de promoção de saúde mental. Os dados foram coletados em entrevistas narrativas em grupo, diários de campo e registros de discussões teórico-clínicas, e analisados com base em quatro categorias: coletivização do sofrimento entre mulheres; construção de novas referências; cuidado pensado a partir da lógica feminina; e perspectiva das profissionais de saúde. Os resultados destacaram que a coletivização do sofrimento permitiu superar o silêncio e a solidão, além de ressignificar experiências a partir de novos referenciais sensíveis às questões de gênero. O cuidado pensado sob uma lógica feminina trouxe mudanças na compreensão das profissionais sobre desigualdades de gênero e seu impacto na saúde mental, revelando que práticas de saúde podem perpetuar opressões. Conclui-se que a prática narrativa amplia a interlocução, fomenta o diálogo e promove a solidariedade. Profissionais de saúde desempenham papel estratégico no enfrentamento da opressão e da violência de gênero, indicando a necessidade de revisão e avanço nas diretrizes que orientam suas práticas.

► **Palavras-chave:** Promoção da saúde mental. Gênero. Grupo de mulheres. Pesquisa narrativa.

Recebido em: 28/02/2024

Revisado em: 11/10/2024

Aprovado em: 26/11/2024

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312025350324pt>

Editor responsável: Tiago Espírito Santo

Pareceristas: Eluana Figueiredo, Edna Gurgel Casanova e Daniela Bursztyn

Introdução

No ano de 2022, a Organização Mundial da Saúde divulgou seu relatório mundial sobre saúde mental que apontava, dentre outros determinantes sociais, a desigualdade e a violência de gênero como fatores de risco para as condições de saúde mental (OMS, 2022). Embora existam discussões importantes nesse campo, ainda são incipientes as propostas de cuidado em serviços de saúde que sejam sensíveis a essa temática. Isto faz com que, muitas vezes, as violências sociais às quais as mulheres estão submetidas em suas vidas cotidianas também se reproduzam nos serviços de saúde. Zanello e Costa (2015) apontam maior predominância de mulheres em serviços de saúde mental em razão de acessarem mais os serviços, serem alvo de mais intervenções e expressarem mais seus sintomas. Rosa e Campos (2012) indicam que o sofrimento psíquico das mulheres apresenta aspectos que costumam ficar à sombra no modelo biomédico, como: jornada de trabalho, relações conjugais, questões raciais e ainda a possibilidade de desenvolver atividades de lazer. Martins *et al.* (2020) demonstram que microagressões raciais e de gênero exercem impacto negativo significativo na saúde mental e na autoestima de mulheres negras.

De acordo com Capistrano *et al.* (2021), a medicalização é a forma mais frequente de resposta ao sofrimento feminino, ainda que esse fenômeno esteja também relacionado com outros fatores sociais. Também é comum que as mulheres se silenciem sobre as violências de gênero sofridas e sejam estereotipadas como poliqueixosas (*idem*). As autoras ressaltam a escassez de estudos sobre intervenções voltadas para mulheres no campo da saúde mental que partam de uma perspectiva ampliada e contextualizada em relação às questões sociais e superem as abordagens baseadas em sintomas, indicando a necessidade de maior aproximação de entre o campo da saúde mental e os estudos de gênero.

No plano da política, é urgente revisar e reorientar as práticas em saúde, sobretudo aquelas relacionadas à promoção de saúde mental, para que incluam a perspectiva de gênero em seus planejamentos. Desde 2001, a OMS tem assinalado a necessidade de rompimento com o paradigma psiquiátrico saúde-doença, tomando a saúde em conexão ao cuidado comunitário – ou seja, como algo que pode vir a ser produzido, mesmo quando há doença. A saúde passa a estar relacionada, dentre outros fatores, a características e habilidades que permitem às pessoas gerenciar tensões e mudanças

na vida, contribuir com seu ambiente social, trabalhar de forma produtiva e manter o bem-estar emocional e espiritual (Jané-Llopis, 2005).

Essa abordagem enfatiza o papel das desigualdades sociais e econômicas, dentre outros fatores estruturais, como determinantes da saúde mental (OMS, 2022). Nesse sentido, o combate ativo em relação a preconceitos e estereótipos de gênero envolve a produção e disseminação de saberes e conhecimentos que ampliem a qualidade de vida nos territórios e pode abrir novas vias para lidar com o sofrimento feminino (Capistrano *et al.*, 2021). O letramento de gênero contribui para a produção de um conhecimento menos normativo e mais próximo das experiências vividas, promovendo ações diretas e concretas na forma como as mulheres vivem a vida, experimentam a feminilidade e organizam seu cotidiano.

Espaços coletivos de troca de experiências entre mulheres têm sido propostos como estratégias de cuidado em alguns serviços de saúde mental. Macedo e Souza (2021) apontam como o grupo de mulheres em um Centro de Atenção Psicossocial auxilia as participantes a produzir novos significados para seus sofrimentos, a partir do compartilhamento de situações vividas no âmbito doméstico. Rézio e Fortuna (2018) verificaram a importância do grupo de mulheres em um CAPSad para adesão ao tratamento, construção de autonomia e reinserção social, além da construção de vínculos, apoio mútuo, recuperação da autoestima e relações sociais. Os vínculos proporcionados pelo grupo auxiliaram na superação coletiva de preconceitos e rejeição social, servindo como apoio para as participantes. Na atenção primária, a convivência e a geração de renda contribuem para a redução da iniquidade em saúde, aumento da qualidade de vida, além de fortalecer ações de educação e promoção de saúde (Alves *et al.*, 2020).

O projeto de extensão “Diversas narrativas e produção de cuidado em saúde mental”, do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ), tem como finalidade a produção de modos de cuidado e o suporte à construção de narrativas alternativas relacionadas a gênero, a partir da circulação entre pontos de vista. O projeto é dividido em dois eixos de trabalho. O primeiro, voltado para profissionais de saúde mental, alunas de graduação e pós-graduação da universidade, tem como objetivo sensibilizá-las para as questões de gênero, através de rodas de conversa temáticas e discussões de textos acadêmicos e literários, além de produções artísticas e culturais. Também se destina a capacitá-las para a coordenação de grupos de promoção de

saúde mental e troca de experiência entre mulheres no ambulatório de saúde mental do IPUB, segundo eixo do projeto.

Os grupos de promoção de saúde mental são ofertados para usuárias em tratamento no ambulatório de saúde mental, a partir de encaminhamento dos profissionais responsáveis por seus atendimentos. São grupos abertos, de frequência semanal, com o objetivo de trocar experiências e compartilhar histórias. Durante os anos de 2020 a 2022, as atividades foram desenvolvidas no formato remoto, em plataforma disponibilizada pela instituição.

No presente artigo, discutimos a relação entre desigualdade de gênero e sofrimento psíquico, por meio de pesquisa narrativa realizada com mulheres profissionais de saúde e usuárias participantes dos grupos de promoção de saúde mental vinculados ao projeto de extensão.

Pesquisa narrativa – colaboração entre mulheres

A pesquisa narrativa se constitui como método qualitativo cujo interesse se volta para conhecer a vida de determinadas pessoas, a partir das histórias contadas por elas (Creswell, 2007). Para Muylaert *et al.* (2014), narrar o vivido e compartilhar com as outras suas histórias, de maneira a provocar novos enraizamentos e transformações em um ir e vir entre indivíduo e grupo, tendo como visada um fazer coletivo (Muylaert *et al.*, 2014).

Na área da saúde, a aplicação do método permite conhecer, como apontam Damasceno *et al.* (2008), o processo saúde-doença, ou seja, o ponto de vista das usuárias, mas também experiências relacionadas aos processos de trabalho de profissionais de saúde. As histórias contadas emergem da interação e do diálogo entre entrevistadoras e entrevistadas, destacando, assim, a característica colaborativa e relacional do método (Muylaert *et al.*, 2014).

A coleta de dados envolve registros pessoais escritos ou imagens e a entrevista narrativa. Nesse método de entrevista, as participantes contam acontecimentos de vida, de modo a reconstituir acontecimentos sociais a partir de suas perspectivas (Jovchelovich, 2008). Trata-se de uma entrevista não estruturada e com interferência mínima da entrevistadora, utilizando como via de comunicação o contar e escutar histórias (*idem*). As histórias coletadas costumam ser reunidas, analisadas e recriadas pela(s) pesquisadora(s) em uma narrativa que combina as visões de participantes e pesquisadoras acerca da experiência contada (Clandinin; Connelly, 2000).

O presente estudo foi realizado no ambulatório de saúde mental de uma instituição universitária. Participaram da pesquisa usuárias em atendimento nesse serviço e profissionais de saúde – *staff* e estudantes de graduação e pós-graduação – responsáveis pela condução dos grupos de promoção de saúde.

Em relação às usuárias, utilizamos como critério de inclusão: mulheres que frequentam o ambulatório, com idade entre 18 e 35 anos e desejavam participar de um grupo de troca de experiências; e como critério de exclusão, pessoas em crise ou que não tivessem indicação da equipe de acompanhamento para participar de um grupo. Os grupos se mantiveram abertos à entrada de novas participantes, sem a obrigatoriedade de participação semanal nos encontros. Foram realizados 40 encontros coordenados pelo mesmo grupo de profissionais, com média de cinco participantes por semana. O convite para entrevista foi enviado, seis meses após o término dos encontros, para as nove usuárias que frequentaram o grupo desde o início e cinco aceitaram participar do estudo.

Foram realizadas duas entrevistas narrativas em grupo com as usuárias do dispositivo grupal (Usuárias = 5) com duração de uma hora e trinta minutos cada, no intervalo de quinze dias entre a primeira e a segunda entrevista. As entrevistas se deram de forma remota, em plataforma virtual, por ser a mesma forma de realização dos encontros do grupo. Foram gravadas e transcritas com autorização das participantes.

O grupo de Usuárias foi formado por cinco mulheres cisgênero, com idades entre 19 e 35 anos, solteiras, sem filhos, estudantes universitárias, moradoras do subúrbio do município Rio de Janeiro e da Baixada Fluminense, em acompanhamento psiquiátrico no ambulatório da instituição onde o estudo foi realizado. Dentre as participantes, quatro moram sozinhas e uma mora com o namorado; três trabalham e cursam o ensino superior e duas estudam e recebem bolsas de assistência estudantil da Universidade; três participantes se autodeclararam pardas, uma se autodeclara preta e uma se autodeclara branca; quatro têm renda de até dois salários mínimos e uma recebe entre 4-10 salários mínimos.

As participantes foram estimuladas a falar de forma livre sobre suas vivências no grupo de mulheres e como avaliavam sua participação no grupo, bem como os efeitos do grupo em suas vidas. Os principais temas abordados pelas participantes foram transcritos pelas entrevistadoras e organizados em um texto escrito reapresentado às entrevistadas no segundo encontro, para que as participantes validassem, junto às pesquisadoras, o conteúdo do texto, reescrevessem ou aprofundassem trechos que julgassem pertinentes.

Em relação às profissionais de saúde, foram incluídas no estudo as mulheres que coordenavam o grupo de usuárias ao longo de um ano e desejavam participar da entrevista. Foram realizadas três entrevistas narrativas grupais com as profissionais de saúde, distribuídas no período de três semanas e com duração de uma hora cada.

O grupo das Profissionais foi formado por quatro mulheres cisgênero (Profissionais = 4), com idades entre 45 e 20 anos, sendo duas brancas e duas negras; uma psicóloga servidora pública, duas estudantes de pós-graduação *latos sensu* e uma estudante de graduação.

As participantes foram convidadas a narrarem livremente sobre a experiência profissional no grupo com ênfase no sofrimento psíquico das mulheres e seus modos de cuidado. O conteúdo foi transcrito e transformado em uma primeira leitura sobre os temas compartilhados e submetido às entrevistadas para reflexão, debate e aprofundamento das considerações suscitadas.

A análise do material se deu a partir dos textos produzidos nas entrevistas narrativas realizadas com os dois grupos (Usuárias e Profissionais), diários de campo, atas dos encontros e registros das discussões teórico-clínicas. Foram destacados aspectos relevantes das vivências femininas de sofrimento psíquico, do compartilhamento dessas experiências nos grupos e das reorientações no modo de pensar o cuidado de mulheres. O material final foi recontado em um texto de pesquisa que inclui as versões e as perspectivas das pesquisadoras, articulados aos textos teóricos que embasaram o estudo.

O material foi categorizado a partir dos seguintes eixos de análise: coletivização do sofrimento entre mulheres; construção de novas referências; um cuidado pensado a partir da lógica feminina; e a perspectiva das profissionais de saúde.

Atendendo às exigências da Resolução CNS nº 466/2012, esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), com o número CAAE 56267722.3.0000.5263 e CAAE 51352321.0.0000.5263. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Não houve financiamento para este estudo.¹

Coletivização do sofrimento entre mulheres

Muitos ambulatórios de saúde mental costumam priorizar atendimentos individuais, entendendo o sofrimento como algo interno e inerente aos sujeitos.

As mulheres que participaram do grupo estavam ou já estiveram em atendimentos psiquiátricos e psicoterapêuticos individuais, experiência que produziu quase ou nenhum efeito em relação à elucidação do sofrimento relacionado à desigualdade de gênero.

Coletivizar a experiência e compartilhar com outras mulheres, inclusive com as profissionais de saúde, trouxe para as participantes a possibilidade inédita de produção de novos sentidos para a leitura que faziam de seu sofrimento.

Eu costumava me sentir uma doida, desviada, totalmente diferente, perdida no mundo. Quando eu vim parar aqui eu vi que as questões que eu vivia não eram questões só minhas, eram questões de mulheres. (Usuária 2)

Uma das estratégias para facilitar a aproximação entre as mulheres foi a proposta de que elas se apresentassem a partir de elementos cotidianos significativos para elas: fotos, desenhos e pequenos objetos foram selecionados para representar a casa e a rotina do dia a dia. Esse modo de chegada permitiu colocar em primeiro plano aquilo que costuma geralmente ficar de fora nos serviços de saúde mental: o modo como o corpo e memória são tocados pelo cotidiano. A tatuagem em homenagem ao pai que perdeu na adolescência, o presente de um amigo querido e pequenos objetos do cotidiano irromperam na cena, subvertendo modos mais convencionais de aproximação.

Narrar a vida partindo de lugares e registros íntimos favorece a conexão e possibilita que cada uma tenha a chance de transmitir o modo como se vira, suas estratégias para lidar com a vida e com a história. A articulação da experiência individual com a coletiva ajuda a encontrar a voz, falando em companhia, apoiadas umas pelas outras.

[...] o que as colegas trazem colabora comigo, com o meu processo, com a minha caminhada. Posso compartilhar e colaborar com as meninas. Em momentos difíceis, a gente tem o grupo como um apoio, uma forma de lembrar que passamos por situações semelhantes, nos apoiamos umas nas outras e aqui é um espaço seguro. (Usuária 5)

Anzaldúa (2021) diz que escrever é um ato colaborativo que inclui as leitoras, um ato comunal, endereçado a outras. Também bel hooks (2017) frisa que em sua prática docente se interessa pelo engajamento, pela criação de uma comunidade de aprendizado. Nessa mesma linha, a troca entre as participantes do grupo, seja por meio das histórias ou do compartilhamento de escritos e registros, se alinha à ideia de uma prática de liberdade, que não se dá sem envolvimento e participação em uma comunidade. Como indica Paulo Freire (1987), “ninguém se liberta sozinho”.

Comunidade diz respeito ao modo como cada mulher pode, desde o seu lugar e a partir de sua perspectiva, encontrar elementos tanto de reunião quanto de separação. Lorde (2021) chama atenção para uma “suposta homogeneidade de experiência coberta pela palavra sororidade que, de fato, não existe” (p. 143). As diferenças servem de ferramenta para o desenvolvimento de saídas criativas, mobilizando o poder coletivo das mulheres (p. 145).

Eu não sabia como ter amigas mulheres e, depois de entrar para o grupo, eu passei a me conectar com as minhas amigas mulheres. Agora eu tenho mais amigas mulheres do que homens e eu estou achando fantástico. (Usuária 4)

Uma das profissionais de saúde aponta a importância de “criar um espaço para que as diferenças apareçam, sejam assumidas e reconhecidas” (Profissional 3). As participantes, apesar de compartilharem da mesma faixa etária e escolaridade, vivenciaram graus de vulnerabilidade distintos de acordo com outros determinantes como raça, classe, território de moradia e relações familiares.

Eu entendi que vinha de um momento em que estava descobrindo meu lado feminista, entendendo mais sobre isso e como essas dores do dia a dia, da vivência, das histórias, poderiam ser compartilhadas com outras pessoas. (Usuária 1)

Sair da solidão a partir da coletivização do sofrimento permite que momentos de muita dor sejam compartilhados e superados com o apoio do grupo, construindo um amparo discursivo, na vida e no laço social, como nas passagens que seguem e que suscitaram concordância geral:

Eu acho que o momento marcante para mim foi que vocês me impediram de me matar. (Usuária 2)

Ah! Isso foi marcante para todo mundo. (Usuária 1)

Construindo novas referências

A história familiar e o modo como cada uma se situa em relação à linhagem feminina foi outra dimensão muito presente no grupo. Refletir acerca da relação com as mães ou cuidadoras, permite localizar e se posicionar em relação à cadeia geracional, revisitando o modo como as mães ou cuidadoras vivem ou viveram o feminino. Tocar nessas identificações ajuda a compreender o medo sentido em relação à possibilidade de repetir relações amorosas opressivas e violentas, mas também em relação à certa distância que se estabeleceu entre elas e suas famílias de

origem depois de terem se tornado as primeiras a ingressar na universidade. Como se diferenciar das mulheres da família sem precisar romper os laços?

Como assinala uma das profissionais que participa do grupo, a expectativa de recompensa financeira ao cursar uma carreira universitária raramente se concretiza a curto prazo e pode gerar frustração.

Elas achavam que não passariam por certas situações que elas ainda estão passando. ... má remuneração... ter um diploma, estar ascendendo academicamente não significa necessariamente recompensa financeira. (Profissional 2)

Ser a primeira da família a ir para a universidade gera muitas expectativas e frustrações, não é fácil desbravar esse caminho. Romper com o destino familiar, fazer diferente, implica lidar com o sentimento de solidão e requer a construção de novas referências.

Elas são as primeiras a terem essa trajetória. Mas isso fica frágil de se sustentar, porque nenhuma outra pessoa da família teve essa experiência ou sustentou isso. (Profissional 3)

Esse rompimento com a história delas traz sofrimento. A família, aquelas pessoas que estão na história delas, não aceitavam elas assim. [...] Essa falta de aceitação produz essas expectativas com a vida, que também que vão se quebrando. E aí acho que são muitas quebras. (Profissional 4)

O recurso narrativo ajuda a atravessar momentos delicados e a encontrar a força para seguir adiante, coletivizar o sofrimento dá uma dimensão mais ampliada daquilo que até então ficava restrito ao privado.

A seleção de um trecho de um filme, de um livro, de uma música é um elemento disparador. A partir desse elo narrativo, cada uma destaca um fragmento, articulando-o com sua própria história. Como elas mesmas iam se dando conta, esses elementos não estavam desatrelados de uma história coletiva, maior. (Profissional 1)

Elementos da cultura nos auxiliam a escrever a nossa própria história, tecendo encadeamentos com outras histórias e favorecendo, assim, um senso de pertencimento. A partir do conto “Olhos d’água”, da escritora Conceição Evaristo, as relações mães-filhas puderam ser exploradas.

Quando a personagem conseguiu descobrir qual o olhar da mãe dela, ela conseguiu finalmente ver a verdade, reconhecer a história dela e de tudo o que viveram juntas. (Usuária 4)

Histórias de vulnerabilidade na infância, com violência familiar, negligência e desamparo vieram à tona. Passagens da vida em que se sentiram desprotegidas, solitárias e sem referência de cuidado. Para a Usuária 2, a passagem para a vida

adulta foi marcada pela necessidade de um afastamento físico da família para não se tornar “uma versão estendida da mãe”. Outras passaram a viver em outra cidade ou deixaram de falar com suas mães para buscarem seus próprios caminhos.

Ao se afastarem das famílias, precisaram buscar novas referências e apoio para si. Para muitas delas, o tratamento em saúde mental se deu nesse momento, ao se verem sozinhas e sem referências. O grupo foi, por essa razão, um espaço privilegiado de acolhimento, apoio e amparo para que um trabalho de corte, ruptura, mas também de costura, de reconstrução de laços pudesse ocorrer.

Passei muitos anos sem falar com minha mãe e acabei esquecendo muita coisa sobre ela, muita coisa que ela fez de bom para mim, porque naquele momento era mais fácil não gostar dela. Quando chovia, eu e meu irmão tínhamos muito medo porque alagava dentro de casa, os ratos passavam, e minha mãe ficava com a gente em cima da cama até passar, dizendo que estávamos, na verdade, em um barco remando. [...] Foram momentos e situações do dia a dia que eu passei a olhar com mais delicadeza e reconhecer as atitudes dela que não eram apenas negativas. (Usuária 1)

Uma das participantes, ao romper os laços com a família, experimentou o sentimento de estar perdida e à deriva, mas acena com uma saída:

Tem um desossesgo dentro de mim e saio na tentativa de me encontrar. Fico perdida como a personagem (de uma música). [...] Mas também curto a perdição e busco por um futuro onde eu me encontre. (Usuária 5)

Lugones (1987) incentiva as mulheres a reverem convenções e tradições, libertando-se de modos fixos de vínculo para experimentarem outros modos de laço, um amor baseado na pluralidade, na diferença. A possibilidade de ir e vir, de transitar entre mundos, é fundamental para as epistemologias feministas, habilidade que racismo e patriarcado insistem em apagar. A crítica e o julgamento feminino em relação a outras mulheres fazem parte das estratégias do regime falocêntrico para manter as mulheres submissas e enfraquecidas. Em uma deturpação perversa, essa artimanha transforma amor em abuso, instigando as mulheres a exercerem poder umas sobre as outras.

Visitar mundos é uma forma de encontrar identificação na diferença e compartilhar a humanidade em comum. Mas isso não esgota o problema, porque a intimidade, o ficar à vontade, é condição para ter lugar, pertencer. Para isso, é fundamental conviver e passar tempo com outras mulheres, participar do cotidiano como condição para ter histórias para contar.

As ações não são únicas e exclusivas de somente uma de nós. O que as outras trouxeram aqui sobre a vida delas tem efeito nas nossas ações. (Usuária 4)

Eu fui perceber que a amizade com as mulheres estava me fazendo falta. (Usuária 2)

Um cuidado pensado a partir da lógica feminina

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014; 2022), os grupos populacionais mais expostos a circunstâncias sociais, econômicas e ambientais desfavoráveis têm mais riscos de adquirirem perturbações mentais. Tais circunstâncias ainda se relacionam com variáveis de raça e gênero, agravando a vulnerabilidade de determinados grupos, nos quais as mulheres se incluem. Pessoas negras do Terceiro Mundo, classe trabalhadora, idosos e mulheres são grupos constantemente submetidos a opressões sistemáticas, ocupando lugares sociais dispensáveis e desumanizados (Lorde, 2021), tornando-as suscetíveis à violação de direitos e à segregação e dificultando seu acesso à saúde, educação, emprego e liberdade.

Além disso, grupos socialmente desfavorecidos costumam sofrer um descrédito sistemático que atinge seu testemunho e terem condições de acesso dificultadas a recursos interpretativos e instrumentos de leitura que iluminariam suas experiências sociais e culturais. Tuana (2017) destaca que as mulheres costumam ser vítimas preferenciais de injustiça epistêmica e defende, em razão deste fato, a necessidade de epistemologias feministas. Questiona, com isso, a ideia de um sujeito universal, tal como sustentado pelo discurso científico, em que valores e interesses são ocultados em nome de uma neutralidade que encobre uma perspectiva masculina.

A luta feminista tem se empenhado na construção e consolidação de práticas epistêmicas mais justas, desvelando e contestando as relações de poder existentes (Tuana, 2017). As epistemologias feministas e pós-coloniais contribuem para a produção de conhecimento e estratégias que superem a parcialidade de gênero e as desigualdades de raça, classe e orientação sexual (Lima, 2021).

As participantes dizem experimentar constrangimento por não conseguirem falar sobre assuntos em consultas com profissionais homens.

Falando com mulheres eu me sinto mais segura, me sinto melhor. Aqui no grupo eu sinto que o que eu vou falar não vai ter um deboche. Sem falar que tem coisas que eu já passei na vida que só quem é mulher vai entender. (Usuária 1)

Estratégias para invisibilizar e silenciar sistematicamente o sofrimento derivado da opressão de gênero impedem que este seja elaborado e transformado em conhecimento.

Práticas de saúde atravessadas pela norma machista e heteronormativa com frequência reproduzem preconceitos e estereótipos das relações de gênero. As mulheres tendem a se sentirem culpadas por não se encaixarem em ideais de comportamento sustentados pela cultura, o que envolve também a adequação a certo modo de performar o feminino. Culpa, tristeza e solidão reforçam o silenciamento e o mal-estar.

A gente é colocada socialmente nesse lugar de espera, de que tem que depender de alguém ao lado para se sentir aceita, vista, acolhida. (Usuária 4)

Parece que meu pensamento sempre foi voltado aos homens que eu tive ao meu redor, a maneira como me julgavam, como me olhavam, como eu tinha que parecer para impressioná-los e como eu tinha que me preservar para não aparecer muito diante deles. (Usuária 1)

O fortalecimento da autoestima e da autonomia das mulheres como sujeitos sociais precisa ser incluído como parte do cuidado em saúde mental. Segundo bel hooks (2021), passividade e perda da capacidade de autoafirmação fazem parte da socialização machista, mas “o amor próprio não pode florescer em isolamento” (hooks, 2021, p. 94), sendo fundamental um ambiente acolhedor e para aprender a amar a si mesma e às outras.

Desde criança ouvimos comentários “você é feia, você não é bonita, você não é como a fulana”. Então a gente começa a criar aquela competição que nem sabemos onde começa. [...]. Dentro desse espaço, a gente consegue subsídios, ferramentas através dos nossos diálogos, para trabalhar esse nosso emocional ferido e também o nosso feminino. (Usuária 2)

A rejeição da ideia do amor romântico, do casamento tradicional e da maternidade é uma das primeiras formas que as participantes encontram para se diferenciar ativamente da história de suas mães.

Há uma oposição muito ativa a isso, a estabelecer relacionamentos, a ter uma família, filhos... Elas falam de não querer ter filhos, casar, por conta das consequências dos relacionamentos violentos vividos pelas mães. (Profissional 1)

Questionar a banalização dos relacionamentos abusivos e a expectativa social de casar e ter filhos, reconhecer o sofrimento das mães e as violências vivenciadas pelas mesmas e perceber como isso repercute na própria vida, reconhecer-se enquanto fruto desse tipo de relação envolve um processo doloroso, mas necessário para romper com a herança social tradicional e poder conduzir a própria vida desatrelando-se dessas imposições.

O compartilhamento de histórias, conforme observaram Buechler *et al.* (2023), suscita a solidariedade e pode transformar a realidade vivida em um contexto de

extrema violência. Ações de promoção de saúde mental devem focar na criação de soluções que permitam lidar coletivamente com as circunstâncias da vida (Oliveira, 2021). A construção de sentidos ajuda a nomear o sofrimento e o reconhecimento da violência de gênero a partir de referenciais próprios e compartilhados coletivamente.

A convivência no grupo viabiliza a ruptura do silenciamento e instiga à construção de novas saídas. O coletivo facilita o processo de subjetivação da experiência e ajuda a fortalecer a caminhada rumo à construção de modos mais próprios de estar com os outros e de se relacionar amorosamente.

A perspectiva das profissionais de saúde

Dar visibilidade às marcas de opressão exige um reposicionamento nas práticas em saúde, estimulando o protagonismo e a autonomia para alcançar mudanças individuais, mas também coletivas. De maneira intencional ou não, o sofrimento de populações que já se encontram em desvantagem pode ser agravado pelo encontro com o profissional de saúde. Isto se dá pela maneira como o sofrimento é apropriado e entendido pelos profissionais – por exemplo, através de práticas medicalizantes, mas também pelas teias burocráticas de acesso ou barreira ao cuidado e pela invisibilização do sofrimento social em categorias diagnósticas.

Essa discussão de gênero só está chegando agora. Assim, do cuidado estar levando essas questões de gênero de raça. Eu acho que o campo da Atenção Psicossocial está se abrindo para esse momento. [...] A formação, as especializações, residências, nesse viés aí do gênero, da raça, da classe... eu acho isso vem se pensando agora né. Porque eu acho que a gente também está ainda muito dominado por essa questão diagnóstica, da medicalização. (Profissional 2)

A abordagem em saúde é suscetível aos efeitos de gênero em suas práticas. Não por acaso, todas as participantes compartilharam ter experimentado desconforto com profissionais de saúde homens, pontuando que não é incomum saírem de muitas consultas com a sensação de terem “falado demais e incomodado”.

Entender o sofrimento a partir da complexa realidade de cada participante e trazer à tona a discussão sobre a desigualdade de gênero é condição para a construção de um cuidado centrado na experiência feminina. Ao nosso ver, o cuidado de mulheres não precisa ser exclusivamente conduzido por mulheres, mas a perspectiva de gênero deve ser considerada e problematizada para que as ações sejam mais condizentes com a experiência. O cuidado, pensado a partir da lógica feminina, pode introduzir nuances e matices que aproximem profissionais de saúde da experiência feminina.

Elas falam muito de se sentirem confortáveis por só ter mulheres, vão falando desde problemas de saúde até essas coisas sobre casamento, sobre o corpo. (Profissional 4)

A formação em saúde e, sobretudo, em saúde mental ainda precisa avançar no sentido de um cuidado que atenda às necessidades concretas de suas usuárias. Problematizar a dinâmica da relação entre sofrimento psíquico e questões sociais é o primeiro passo na direção da construção de narrativas alternativas que ampliem a autonomia e o protagonismo de grupos e pessoas que costumam ficar à margem.

Esse recorte de gênero, raça e classe social é importante. Pensando inclusive a gente tem um diagnóstico de borderline que é dado às mulheres quase sempre, como uma coisa que se prolifera muito, né? (Profissional 1)

A mulher negra está na base da pirâmide. Então somos nós que estamos, assim, em maior desvantagem social. Então eu acho que é isso, se a gente não tem isso como perspectiva, como causador de sofrimento, como faz? Isso tem que estar na perspectiva do profissional de saúde, do profissional que está no SUS, do profissional que trabalha em equipe. (Profissional 3).

Repensar a formação profissional na área da saúde mental pode contribuir para criar contextos que acolham a diferença e que sejam inclusivos, sensíveis e solidários. É importante destacar, entretanto, que a experiência transforma também aqueles que cuidam, como as narrativas a seguir dão testemunho:

É uma experiência muito rica. A minha formação acadêmica é pouco aberta a esse tipo de recurso [...]. Essa partilha, nesse lugar, é muito especial para mim. [...] É diferente a profissional que chegou no início e a que sai do encontro. Trabalhar esse lugar, de como eu ia me colocar também foi muito legal. A experiência toda é muito linda. (Profissional 2)

[...] as mulheres são muito diferentes, a gente não vai ter uma padronização do feminino. Até na própria graduação mesmo a gente avançando tanto, eu acho que querem provar que tem, esse padrão, e na prática a gente vê que não é assim. (Profissional 3)

[...] no serviço especializado, essas outras conexões, essas outras variáveis, não são colocadas em nenhum momento, isso não opera. Opera o diagnóstico, a medicalização, uma forma muito mais dura e qualquer outra questão fica de fora disso. E aí vai depender do profissional que está ali atendendo num esforço muito individual. (Profissional 1)

Como mostra Kilomba (2019), a manutenção do poder e o privilégio do conhecimento hegemônico se refletem através dos discursos. Descentrar o conhecimento, criar novos espaços de teorização e de práticas, é uma forma de transformar o modo como o poder se configura. Bicudo (2019) nos convoca a dar lugar ao descontentamento epistêmico e rejeitar ativamente papéis e valores sociais

injustos, bem como a repensar o cuidado e a questionar a institucionalização de práticas machistas e sexistas.

Eu estou muito cansada de ficar vendo essa padronização de sofrimento [...] é impossível a gente conseguir colocar todos os sofrimentos nessas pequenas caixinhas. O sofrimento psíquico da mulher e não só dela, vai muito além do que os diagnósticos tentam colocar. (Profissional 2)

Pensar a concepção do cuidado a partir da lente feminista implica reconhecer questões de gênero, raça, classe. Esse entendimento se constrói a partir de um posicionamento e engajamento ético-político, trazendo pautas pouco exploradas no meio acadêmico e profissional ligado à área da saúde. A universalização provoca apagamento, limita, segrega e não corresponde à realidade das mulheres. Contextualizar e fazer emergir formas alternativas de exercer a feminilidade constituiu ligação potente entre usuárias e profissionais.

Eu já ouvi isso: que ouvir uma pessoa trans, uma pessoa negra, ouvir uma mulher, vai ser sempre tudo igual, é a mesma coisa. As bases teóricas precisam funcionar para tudo. Mas sem estar advertido desses lugares, que são lugares sociais a gente acaba não ouvindo nada né? A gente acaba calando as pessoas. Então a gente está aqui também se havendo com esse déficit. (Profissional 4)

Conclusão

A prática narrativa permite o acesso a outras experiências subjetivas, amplia a interlocução, fomenta o diálogo e convoca à solidariedade. A promoção de saúde mental deve proporcionar ampliação de parceria, criação de ambientes acolhedores e ampliação de repertório narrativo, desenvolvendo recursos para falar de si a partir de referenciais próprios.

A circulação da palavra e a produção coletiva de narrativas permitem alcançar efeitos de subjetivação que ressignificam experiências ligadas ao gênero, fomentando a produção de estratégias que desembocam em maior protagonismo, diminuição do sofrimento e do sentimento de solidão. A distribuição em grupo produz modos de cuidado voltados para a minimização do silenciamento produzido pela injustiça de gênero, dando suporte à construção de narrativas alternativas que priorizam o cuidado relacional, o compartilhamento de experiências e a circulação entre pontos de vista diversos.

Existe ainda pouco debate sobre a influência da variável gênero no sofrimento psíquico. O olhar interseccional tem se constituído como ferramenta potente na leitura das desigualdades, discriminações e vulnerabilidades sofridas pelas mulheres. Iluminar o modo como as opressões afetam a saúde mental é fundamental para combater práticas e teorias que, neste campo, reforçam um lugar objetificado, estereotipado e submisso para mulheres. Refletir sobre os estereótipos de gênero pode ajudar a não perpetuar condutas e atitudes racistas, machistas, conservadoras e heteronormativas no campo da saúde.

Estabelecer relações entre particularidades individuais e aspectos mais coletivos do sofrimento e incluir a perspectiva de gênero no cuidado são fundamentais para tocar no modo como o poder é distribuído em nossa sociedade. Profissionais de saúde podem ter papel estratégico no combate à opressão e à violência de gênero nos serviços de saúde. Legitimar experiências de sofrimento pode auxiliar a denunciar e combater sua perpetuação e contribuir para maior protagonismo das mulheres no enfrentamento de suas dores.

Para concluir, gostaríamos de pontuar que este é um estudo exploratório que apresenta experiências e reflexões de um grupo de mulheres com recorte social e geracional específico: jovens, com escolaridade alta, solteiras e sem filhos. Tais características podem ter interferido nos achados da pesquisa. Apesar de termos apontado para as diferenças em suas vivências e trajetórias de vida, o fato de serem mulheres jovens universitárias é possível que já tenham tido contato com algum letramento de gênero para fazerem a leitura de seu sofrimento. Destacamos que é desejável realizar pesquisas futuras com grupos de mulheres com outros recortes sociais e geracionais. Dessa forma, será possível realizar comparações e reflexões adicionais àquelas aqui apresentadas.²

Referências

ALVES, K. V. G. *et al.* Grupos de artesanato na atenção primária como apoio em saúde mental de mulheres: estudo de implementação. *Estud. psicol.*, Natal, v. 25, n. 1, p. 102-112, mar. 2020. <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20200010>.

ANZALDÚA, G. Esqueerzita(r) demais a escritora – Loca, escritora y chicana. In: ANZALDÚA, G. *A vulva é uma ferida aberta e outros ensaios*. Tradução de Tatiana Nascimento. Rio de Janeiro: A Bolha Editora, 2021. p. 125-149.

- ARAÚJO, M. Saúde Mental das Mulheres: novos enfoques. In: NEGRÃO, T.; VARGAS, R.; RODRIGUES, L. P. (orgs) *Saúde mental e gênero novas abordagens para uma linha de cuidado*. Porto Alegre, Coletivo Feminino Plural, 2015, p. 41-54.
- BICUDO, V. L. Incidência da realidade social no trabalho analítico. *J. psicanal.*, São Paulo, v. 52, n. 97, p. 151-174, dez. 2019. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-58352019000200012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- BRUNER, J. *A construção narrativa da realidade*. Tradução de Waldemar Ferreira Netto, Critical Inquiry, n. 18, v. 1, p. 1-21, 1991.
- BUECHLER, F. T.; PERRONE, C. M.; DA SILVA, G. G.; RANCICH, J. M. C. O real da violência: relato de experiência com um Coletivo de Mulheres. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*. 2023. Acesso em: 18 nov. 2023: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/revispsi/article/view/80170/47920>
- CAPISTRANO, A.; CARVALHO, M.; VAHDAT, V.; BOEIRA, L. *Caminhos em Saúde Mental*. Instituto Cactus, 2021, p. 123-139.
- CLANDININ, D. J.; CONNELLY, F. M. *Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa*, Tradução: Grupo de Pesquisa Narrativa e Educação de Professores ILEEI/UFU, Uberlândia: EDUFU, 2015.
- CRESWELL, J. W. *Investigação qualitativa e projeto de pesquisa: escolhendo entre cinco abordagens*. Orto Alegre: Penso, 2014.
- DAMASCENO, N. F. P. *et al.* A narrativa como alternativa na pesquisa em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 22, n. 64, p. 133-140, jan. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/alfv5mzJcJWrsZKwXjHbNjv9s/abstract/?lang=pt#>. Acesso em: 18 fev. 2024.
- DINIZ, D. Perspectivas e articulações de uma pesquisa feminista. In: STEVENS, C.; OLIVEIRA, S. R. de; ZANELLO, V. *Estudos feministas e de gênero: articulações e perspectivas*. Ilha de Santa Catarina: Mulheres, 2014. p. 11-21
- FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GREENHALGH, T. *Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector*. Health Evidence Network Synthesis Report 49. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016.
- HOOKS, b. *Ensinando a transgredir: a educação como prática da liberdade*. Tradução de Marcelo Brandão Cipolla. São Paulo: Editora Martins Fontes. 2017.
- JANÉ-LLOPIS, E.; BARRY, M.; HOSMAN, C.; PATEL, V. Mental health promotion works: a review. *Promotion & education*, supl 2, p. 9-25, jun. 2005.
- KILOMBA, G. *Memórias da plantação: episódios de racismo cotidiano*. Rio de Janeiro: Cabogó, 2019.
- LORDE, A. Idade, raça, classe e gênero: as mulheres redefinem a diferença. In: LORDE, A. *Irmã Outsider*. Tradução de Stephanie Borges. Belo Horizonte: Autêntica, 2021. p. 141-153.

MACEDO, C. R. de O.; SOUZA, V. S. Grupo de mulheres: um lugar de escuta clínica para mulheres em um centro de atenção psicossocial. *Vínculo*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 1-12, ago. 2021. <http://dx.doi.org/10.32467/issn.19982-1492v18nesp.p544-564>.

MARIANI, F.; MATTOS, M. Pesquisa narrativa: experiência e história em pesquisa qualitativa. *R. Educ. Públ.*, Cuiabá, v. 21, n. 47, p. 663-667, dez. 2012.

OLIVEIRA, B. D. C. de. *Promoção da saúde mental de crianças e adolescentes na rede escolar: desafios para a atenção psicossocial e a intersetorialidade*. Tese (Doutorado em Psiquiatria e Saúde Mental) – Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE; FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN. *Social determinants of mental health*. Geneva: WHO, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Basic documents*. Geneva: WHO, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Promoción de la Salud Mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado*. Geneva: WHO, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: Ação e produção de evidência*. Geneva: WHO, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Women's mental health: an evidence-based review*. Geneva: WHO, 2000.

RÉZIO, L. de A.; MORAES, P. D. de; FORTUNA, C. M. Ressonâncias de um grupo na vida das mulheres de um serviço de saúde mental. *Revista Enfermagem UERJ*, [S. l.], v. 26, p. e11359, 2018. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/enfermagemuerj/article/view/11359>. Acesso em: 18 fev. 2024.

ROSA, L. C. dos S.; CAMPOS, R. T. O. Etnia e gênero como variáveis sombra na saúde mental. *Saúde em Debate*, v. 36, n. 95, p. 648-656, 2012.

TUANA, N. Feminist epistemology: the subject of knowledge. In: KIDD, I. J.; MEDINA, J.; POHLHAUS JR., G. (ed.). *The Routledge handbook of epistemic injustice*. New York: Routledge, 2017.

VARGAS, R.; NEGRÃO, T. Abordagem de gênero na saúde mental: a preparação de profissionais da rede. In: NEGRÃO, T.; VARGAS, R.; RODRIGUES, L. P. (orgs.). *Saúde mental e gênero novas abordagens para uma linha de cuidado*. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural, 2015. p. 77-82.

Notas

¹ Todos os dados da pesquisa estão disponíveis neste texto

² C. C. Cabral e N. M. Muñoz: concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo. D. Y. P. Lenz: concepção do projeto, análise e interpretação dos dados. O. D. de Serpa Jr: revisão crítica do conteúdo intelectual e aprovação da versão final a ser publicada.

Abstract

Care and Mental Health Promotion in a Women's Group: The Perspective of Workers and Users

This article aims to discuss the relationship between gender inequality and psychological distress through narrative research with female health professionals and users of a mental health promotion group. Data were collected through group narrative interviews, field diaries, and records of theoretical-clinical discussions, and analyzed based on four categories: collectivization of suffering among women; construction of new references; care conceived from a feminine perspective; and perspective of health professionals. The results highlighted that the collectivization of suffering allowed overcoming silence and loneliness, in addition to redefining experiences based on new references sensitive to gender issues. Care conceived from a feminine perspective brought about changes in the professionals' understanding of gender inequalities and their impact on mental health, revealing that health practices can perpetuate oppression. It is concluded that narrative practice broadens interlocution, fosters dialogue, and promotes solidarity. Health professionals play a strategic role in confronting oppression and gender violence, indicating the need to review and advance the guidelines that guide their practices.

► **Keywords:** Mental health promotion. Gender. Women's group. Narrative research.



Saúde mental da mulher: desafios no diagnóstico e intervenção precoce: uma revisão sistemática

Women's mental health: challenges in diagnosis and early intervention: a systematic review

DOI:10.34117/bjdv9n7-069

Recebimento dos originais: 19/06/2023

Aceitação para publicação: 17/07/2023

Isabella de Lara Aires Reis

Graduada em Medicina pela Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)
Instituição: Universidade do Estado de Mato Grosso (UNEMAT)
Endereço: Avenida Santos Dumont, número S/N, Jardim Universitário, Cáceres – MT,
CEP: 78200-000
E-mail: isabellalara19.@gmail.com

Marissa Maria Leiriao Meira

Graduada em Medicina pela Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
Instituição: Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal
Endereço: Av. Rosilene Xavier Transpadini, 2070, Jardim Eldorado, Cacoal - RO,
CEP: 76966-180
E-mail: marissameira.@gmail.com

Jose Carlos Saldanha Junior

Especializando em Psiquiatria pelo Programa de Formação em Psiquiatria da Associação de Psiquiatria Cyro Martins (CCYM)
Instituição: Centro Universitário São Lucas, Porto Velho – RO
Endereço: R. Alexandre Guimarães, 1927, Areal, Porto Velho - RO, CEP: 76805-846
E-mail: josesaldanha6.@gmail.com

Renata Reis Frizon

Graduada em Medicina pela Faculdade de Medicina de Marília
Instituição: Faculdade de Medicina de Marília
Endereço: R. Monte Carmelo, 800, Fragata, Marília - SP, 17519-030
E-mail: re_frizon.@hotmail.com

Isla Barbosa Leite Lima

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário São Lucas
Instituição: Centro Universitário São Lucas
Endereço: Av. Paulista, 2028, Bela Vista, São Paulo - SP, CEP: 01310-200
E-mail: islaleite.@hotmail.com

Paula Dressel

Graduada em Medicina pela Universidade Luterana do Brasil
Instituição: Universidade Luterana do Brasil
Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 630/703, Doc Office Design, Moinhos de Vento, Porto Alegre - RS, CEP: 90035-001
E-mail: pauladressel.1@gmail.com

Flávia Marques Melandi de Lima

Graduada em Medicina pela Faculdade São Leopoldo Mandic

Instituição: Faculdade São Leopoldo Mandic

Endereço: R. Dr. José Rocha Junqueira, 13, Pte. Preta, Campinas - SP, CEP: 13045-755

E-mail: flavia_melandi.@hotmail.com

Luis Felipe Schiavon Buda

Graduado em Medicina pela União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)

Instituição: União das Faculdades dos Grandes Lagos (UNILAGO)

Endereço: R. Dr. Eduardo Nielsen, 960, Jardim Novo Aeroporto,

São José do Rio Preto - SP, CEP: 15030-070

E-mail: lfelipe_t@live.com

RESUMO

A saúde mental se apresenta nos últimos tempos como uma temática de preocupação global, principalmente devido exigências da vida contemporânea. Considerando que a mulher desempenha inúmeras atividades, é responsável por muitas demandas e ainda carrega consigo historicamente a atribuição referente à fragilidade, a imposição de seguir as normas impostas pela sociedade, é vítima de machismo dentre outras questões, a temática faz-se relevante para buscar elencar as nuances que cercam a vida feminina e como isso pode interferir em problemas mentais. O estudo aqui exposto tem por objetivo refletir sobre os principais desafios para o diagnóstico e a intervenção precoce na saúde mental da mulher. Dentre os achados, pode-se constatar que muitas são as causas que originam as doenças mentais femininas e que essas precisam ser tratadas levando em conta o gênero feminino e suas atribuições.

Palavras-chave: saúde mental, mulher, diagnóstico, prevenção.

ABSTRACT

Mental health has recently become an issue of great concern for the whole world, because contemporary life demands a lot from each individual and this ends up generating clinical pictures that directly interfere with the mental aspect. Taking into account that the woman performs innumerable activities, is responsible for many demands, and still historically carries with her the attribution referring to fragility, the imposition of following the norms imposed by society, she is a victim of machismo, among other issues, the theme becomes relevant in order to try to list the nuances that surround female life and how this can interfere with mental problems. The study exposed here aims to reflect on the main challenges for the diagnosis and early intervention in women's mental health. Among the findings, it can be seen that there are many causes that give rise to female mental illnesses and that these need to be treated taking into account the female gender and its attributions.

Keywords: mental health, women, diagnosis, prevention.

1 INTRODUÇÃO

A saúde mental é uma das áreas da saúde global mais subdesenvolvidas e com poucos recursos, apesar de as perturbações mentais e neurológicas terem contribuído com 22% para a incapacidade tanto em homens como em mulheres nos países

subdesenvolvidos. Enquanto a maioria das doenças neurológicas é atribuída à morbidade, novas evidências sugerem que a mortalidade causada por essas doenças tem também foi largamente subestimada.¹

Perturbações mentais e neurológicas têm uma causa complexa. Nesse sentido, são inúmeros os fatores de risco, tais como: genético, sociocultural, especialmente no início de vida, comorbidades, violência sexual ou doméstica e baixos índices de autonomia pessoal.

Em países de países subdesenvolvidos, as mulheres que estão expostas a vários desses fatores de risco possuem taxas substancialmente mais elevadas se comparadas aos homens. Outro aspecto relevante para o desenvolvimento de transtornos mentais em mulheres é a situação de pobreza. Nesse sentido, os que sofrem de perturbações mentais são mais susceptíveis de experimentar a pobreza e, por sua vez, tais condições de pobreza podem exacerbar sintomas.³

Poderosos estigmas negativos em torno dessas condições persistem em grande parte do mundo, associando a doença mental a uma falta de força de vontade ou falha moral⁴. A vergonha e o medo apresentam obstáculos significativos à procura e prestação de cuidados, e as mulheres que sofrem de perturbações mentais são mais susceptíveis de terem interações negativas com os sistemas jurídicos, mais susceptíveis de serem vítimas de violência, e de enfrentarem um aumento exclusão social. Isto é particularmente verdade para as pessoas com doenças graves, a exemplo da esquizofrenia⁵.

O diagnóstico imediato e a intervenção precoce nos estágios iniciais de uma doença mental podem ter consequências significativas e transformadoras para o indivíduo, levando a um melhor diagnóstico e tratamento; encaminhamentos mais oportunos e direcionados para serviços especializados; maior confiança e engajamento dos provedores de cuidados primários.²

A intervenção precoce é o processo de fornecer intervenção especializada e apoio a uma pessoa que está experimentando ou demonstrando algum dos primeiros sintomas de doença mental. Ela não é apenas crítica para prevenir ou reduzir o progresso de uma doença mental, mas também para melhorar a saúde mental e física de uma pessoa, a participação na comunidade e os resultados socioeconômicos no futuro. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo refletir sobre os principais desafios para o diagnóstico e a intervenção precoce na saúde mental da mulher

2 MÉTODO

Refere-se a um estudo de revisão sistemática acerca dos desafios no diagnóstico e intervenção precoce da saúde mental de mulher. Conforme Galvão e Ricarte⁷, a revisão sistemática de literatura possui elevado nível de evidência e corresponde a um relevante documento para tomar decisões nem contextos privados e públicos e privados. Nesse sentido, é uma pesquisa científica que contempla objetivos próprios, problemática, metodologia, resultados e conclusão, não se limitando a uma simples introdução de uma investigação.

Nesta pesquisa, foram realizadas buscas nas plataformas eletrônicas Lilacs, Pepsic e SciELO, utilizando os seguintes descritores cruzados: saúde mental, mulher, diagnóstico e intervenção precoce. Foram considerados, como critérios de inclusão, artigos lançados nos últimos 5 anos e relacionados ao contexto de mulheres que se depararam com algum transtorno mental. Como critérios de exclusão, os que tratam de informações sobre sujeitos do sexo masculino e que correspondem ao período entre 2017 e abril de 2022.

Nas plataformas, a busca resultou em 125 artigos, porém, em razão dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 6 artigos. A discussão e a análise dos resultados foram realizadas a partir do levantamento de informações obtidas por meio dos artigos científicos focados no diagnóstico e prevenção precoce de transtornos mentais no sexo feminino, tendo como base a análise qualitativa dos conteúdos.

3 RESULTADOS

O Quadro 1, a seguir, reúne os dados mais relevantes presentes nos seis artigos que integraram esta revisão. As fontes compreendem autores e anos de publicação. Registram-se título dos artigos, objetivos e metodologia. No item principais resultados, foram incluídos somente aqueles que se referem ao diagnóstico e tratamento precoce da saúde mental de mulheres. Para compor o referido Quadro, os estudos foram apresentados em ordem cronológica.

Quadro 1 - Dado dos artigos que compuseram a revisão]

Fonte	Título	Objetivo	Método	Principais resultados
Pepsic	Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico -existencial.	Compreender as condições de saúde mental de mulheres donas de casa e os fatores geradores de adoecimentos decorrentes das relações experienciadas consigo mesmas, com o outro e com o meio, a partir de uma perspectiva feminista-fenomenológica existencial.	Exploratório	O estudo aponta em seus resultados que falta de autonomia econômica e de reconhecimento de seus familiares, as donas de casa também têm dificuldades de reconhecer seu valor, afetando a forma de ser e estar no mundo, o que potencializa o comprometimento de sua saúde mental.
Pepsic	Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas.	Analisar se, e como, as políticas públicas desenvolvidas para as mulheres e aquelas resultantes da Reforma Psiquiátrica dialogam entre si no que tange ao tema dos impactos da violência na saúde mental das mulheres.	Revisão de literatura.	A análise demonstrou que o diálogo entre os documentos, que contêm planos de políticas para as mulheres, ainda é incipiente e a violência de gênero contra as mulheres não tem sido tratada claramente como um fator de risco para a saúde mental.
Pepsic	Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres.	Avaliar a associação entre sobrecarga doméstica e a ocorrência de transtornos mentais comuns em mulheres da zona urbana do município de Feira de Santana - BA.	Estudo epidemiológico de corte transversal	Os achados sustentam a hipótese de que o trabalho doméstico, em elevada sobrecarga, está associado a transtornos mentais.
Scielo	Triste, louca ou má: a saúde mental da mulher pela perspectiva de gênero.	Investigar quais tem sido as formas de cuidado à saúde mental da mulher.	Cartografia	O resultado do estudo enfatiza que se tornou evidente que os serviços de saúde permanecem aprisionados nos papéis socialmente atribuídos ao gênero feminino, entendendo-o de modo universal e essencializado negando-lhe a sua própria singularidade.
Scielo	Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental.	Investigar as especificidades das mulheres no processo de desinstitucionalização na cidade de Sorocaba/SP, considerando como as questões de gênero se articulam com a loucura.	Qualitativa desenvolvida por meio de observação participante.	Os resultados demonstraram dispositivos de controle da sexualidade e da feminilidade no manicômio e, também, fora dele, que levam à infantilização e à tutela das moradoras.
	Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na	Investigar a condição da mulher que exerce cuidados informais a familiares portadores de transtorno mental, bem como a	Revisão Bibliográfica.	Os achados do estudo permitiram reconhecer as especificidades da condição da mulher pode auxiliar no

	provisão e demanda por cuidados em saúde mental.	condição da mulher que precisa de assistência psiquiátrica.		desenvolvimento de novas formas de cuidar, que envolvam a família não apenas como fonte de informações sobre a paciente, mas como grupo que também necessita da intervenção profissional.
--	--	---	--	---

Fonte: Autoria própria.

4 DISCUSSÃO

A discussão em torno da saúde mental perfaz um longo caminho englobando diversos fatores que interferem diretamente nesse fator, uma vez que o bem-estar mental não diz respeito somente a um aspecto isolado, depende de vários fatores que propiciam ou não à saúde psíquica. Sendo a saúde mental, apenas uma das vertentes da nossa saúde, demais fatores contribuem diretamente para a determinação da mesma, dessa maneira fatores biológicos, comportamentais, econômicos e psicossociais e a relação entre esses fatores são fundamentais⁸.

O conceito de saúde, na sua forma mais ampla, não se restringe somente a ausência ou presença de enfermidade, são inúmeros os aspectos que determinam uma boa saúde e assim como a definição de saúde geral, a determinação da saúde mental também é complexa e atrelada a diversos fatores. Saúde mental é a capacidade do indivíduo, do grupo e do ambiente interagirem entre si de modo a promoverem o bem-estar subjetivo, o desenvolvimento ótimo e o uso de habilidades mentais (cognitivas, afetivas e relacionais), o alcance de objetivos individuais e coletivos consistentes com justiça além da preservação das condições de igualdade fundamentais⁹. O entendimento acerca dos aspectos que contribuem para o desenvolvimento da saúde mental abrange uma dimensão complexa e no que diz respeito às mulheres tal aspecto se torna muito mais confuso, uma vez que essas experienciam várias nuances que são explicadas e determinadas por conta do seu gênero, além também dos aspectos sociais, econômicos e culturais.

Ao fazer uma abordagem em relação aos aspectos mentais femininos deve-se considerar os papéis que estas desempenham e suas atuações frente à sociedade, assim sendo, tais fatores devem ser contemplados quando se busca um diagnóstico que se refere à saúde mental feminina, com o intuito de realizar intervenções prematuras no sentido de não deixar evoluir para casos mais críticos.

Ao observar a mulher e todas as suas atribuições cotidianas, pode-se afirmar que o a condição feminina constitui possibilidade para o desenvolvimento de problemas mentais. Pelo fato de manter-se frequentemente sobrecarregada, o seu bem-estar pode ser

comprometido, e não havendo tratamento precoce, problemas mais complexos podem ser desencadeados, exigindo tratamentos mais difíceis e demorados.

Os inúmeros afazeres das mulheres, a dedicação à família, ao trabalho e os demais encargos a serem desenvolvidos pelas mulheres, geram muitas vezes angústia, ansiedade e insegurança, o que pode ser considerado um alerta aos cuidados com a saúde mental. Soma-se a necessidade e a cobrança de “viver” sobre os padrões exigidos pela sociedade e que em muitas vezes a figura feminina sente-se inferiorizada por não conseguir atender às expectativas daqueles que esperam determinado desempenho por parte dessa. Identificar esses previamente comportamentos possibilita um tratamento precoce e evita o desencadeamento de problemas mais graves.

O estudo intitulado “Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial”¹⁰ trouxe o fato de que boa parte dos problemas de saúde mental das mulheres são resultados da necessidade de suas atribuições como mulher, como, por exemplo, o desempenho da função de mãe e esposa, tendo a família como centro principal e dessa maneira abdicando na maioria das vezes de suas vontades e necessidades, o estudo ainda mostra que o adoecimento mental tem suas raízes oriundas das inúmeras atividades a elas atribuídas e que de certa forma acabam deixando o cuidado com si mesmas para depois o que resulta em casos graves de ansiedade e depressão.

A pesquisa “Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas”¹¹ traz em sua abordagem que a violência de gênero tem sido fortemente associada a prejuízos na saúde mental das mulheres, tais como a configuração de quadros de depressão, ansiedade, fobias, transtorno pós-traumático, suicídio, problemas alimentares e que embora haja políticas públicas voltadas para a questão, essas ainda atuam de forma enfraquecida, pois não dão às mulheres o suporte e apoio necessário para se cuidarem previamente antes da geração de problemas mais complexos.

O terceiro estudo, “Associação entre sobrecarga doméstica e transtornos mentais comuns em mulheres”,¹² aponta em seus resultados que as mulheres com alta sobrecarga doméstica e de baixa renda acabam por ter mais preocupações com os problemas financeiros do que os que têm maior renda per capita, levando ao desenvolvimento da ansiedade e da depressão. A falta de dinheiro pode levar ao estresse e à insegurança; a posse de bens duráveis como geladeira, telefone, máquina de lavar e televisão ilustram as diferenças de condições de vida proporcionadas pela renda mensal¹³. Nesse caso, o estudo revelou que tais problemas elencados são os que originam os problemas mentais.

O quarto estudo analisado, “Triste, louca ou má: a saúde mental da mulher pela perspectiva de gênero”,¹⁴ elencou em seus resultados que é fundamental a implantação de estratégias de cuidado integral em saúde que considerem a determinação de gênero no processo de adoecimento psicoemocional da mulher, capaz de considerar sua realidade e vivência e de qualificar os profissionais para que possam intervir positivamente no seu cotidiano. Diante desse resultado, enfatiza-se que depois de diagnosticado a causa dos problemas mentais que acometem a mulher, é preciso que a mesma seja vista de forma particular, tendo por observância suas peculiaridades e suas motivações o que pode vir a facilitar e trazer resultados mais rápidos e objetivos no que se refere ao tratamento.

O artigo de nome “Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental”¹⁵ relaciona os aspectos mentais à questão do machismo e dos quesitos relacionados à sexualidade, o que em muitos casos é onde são originados boa parte dos problemas mentais femininos. Nesse estudo pode-se afirmar que a relação entre mulheres e loucura deve ser destacada também como uma questão social, pois aponta para as relações de gênero, cultural e moral, levando em consideração nosso país, extremamente machista e misógino, que carrega uma herança escravocrata, na qual o corpo da mulher ainda é visto como mercadoria, reduzindo-a meramente à sua sexualidade e atribuindo distúrbios de saúde mental. O achado dessa pesquisa aponta mais um quesito de diagnóstico acerca dos muitos problemas mentais desenvolvidos pelas mulheres e nesse caso em específico é preciso além dos cuidados mentais à efetivação da legislação frente a essas situações.

O último artigo analisado, “Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental”,¹⁶ constata que a mulher precisa ser assistida de forma particular levando em conta o seu gênero feminino que atua diante das suas demandas e particularidades. As mudanças em papéis assumidos pelo gênero feminino ao longo do século XX não têm sido consideradas pelos serviços de saúde, sendo que a alteração no estilo de vida altera também as necessidades de assistência à saúde¹⁷. A subjetividade de cada mulher e o tipo de queixa relatada deve servir de base para uma compreensão que abranja as inúmeras implicações que envolve essa problemática, a qual, geralmente, se apresenta por meio de sintomas físicos ou psíquicos relacionados a problemas econômicos e sociais e desajustes familiares¹⁸.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O bem-estar da saúde mental está atrelado a inúmeros fatores. Questões relacionadas à saúde mental têm estado em constante debate, sendo vários os fatores que interferem diretamente na questão relacionada aos aspectos da mente. O cuidado com a mente é primordial e faz uma diferença impactante na qualidade de vida de todo e qualquer indivíduo. Ao abordar a saúde mental da mulher, muitos são os fatores que precisam ser levados em consideração, pois essa assume inúmeras atribuições que tornam exaustiva a sua rotina.

É de suma importância estudar sobre a saúde mental feminina, considerando que muitos casos podem e devem ser tratados precocemente, evitando que quadros mais complexos se desenvolvam. Outro fato que precisa ser destacado ao tratar da saúde mental feminina é que a mulher precisa ser notada no seu contexto, diante de toda carga histórica e emocional que carrega, pois somente dessa maneira será possível intervir de maneira efetiva e obter êxito nos tratamentos.

REFERÊNCIAS

1. Veigas, CFS. Gestão de Cuidados e Saúde em Pessoas com Demência em Contexto Institucional. [Dissertação]. Instituto Politecnico de Braganca. Lisboa; 2019.
2. Machado L. Transtornos psiquiátricos. São Paulo: Feb; 2021.
3. Leite AC, Silva MP, Barbosa FN, Prado AM, Brasil, LS, Avelino, JT, Andrade TM. Evidências científicas sobre os fatores de risco para desenvolver depressão no pós-parto. *Research, Society and Development*. 2020;9(10):e7419109053-e7419109053.
4. Santana IGL, Carvalho LS, Freitas CKAC, Medeiros AA, Santos AJ, Santos BGA, Silva GM. Avaliação das atitudes estigmatizantes de estudantes universitários frente às pessoas com transtornos mentais. *Research, Society and Development*. 2022;11(10):e80111032507-e80111032507.
5. Marques PDS. Burnout e trauma psicológico em enfermeiros em contexto hospitalar. [Dissertação]. Porto: Escola Superior de Enfermagem; 2020.
6. Eslabão AD, Santos EO, Santos VCF, Rigatti R, Mello RM, Schneider JF. Saúde mental na estratégia saúde da família: caminhos para uma assistência integral em saúde. *Journal of Nursing and Health*. 2019;9(1).
7. Galvão MCB, Ricarte ILM. Revisão sistemática da literatura: conceituação, produção e publicação. *Logeion: Filosofia da informação*. 2019;6(1):57-73.
9. Organização Mundial da Saúde. Ministério da Saúde. Saúde Mental: novas concepções, novas esperanças. Relatório Mundial da Saúde. 2001.
10. Santos LS, Diniz GRS. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicol. clin*. 2018;30(1):37-59.
11. Medeiros MP, Zanello V. Relação entre a violência e a saúde mental das mulheres no Brasil: análise das políticas públicas. *Estud. pesqui. Psicol*. 2018;18(1):384-403.
12. Santos LS, Diniz GR. Saúde mental de mulheres donas de casa: um olhar feminista-fenomenológico-existencial. *Psicologia Clínica*. 2018;30(1):37-59.
13. Maragno L, Goldbaum M, Ginini RJ, Novaes HMD, César CHG. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo programa Saúde da Família (QUALIS) no município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2006; 22: 1639-48.
14. Fonseca JF. Triste, Louca ou Má: a Saúde Mental da Mulher pela Perspectiva de Gênero. [Monografia]. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia;2018.
15. Silva TDM, Garcia MRV. Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicol. pesq*. 2019;13(1):42-52.

16. Pegoraro RF, Caldana RHL. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade* [online]. 2008, v. 17, n. 2

17 Carvalho LF, Dimenstein M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. *Estudos de Psicologia, Natal*, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004.