



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”
Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Relações de Exploração/Opressão de Gênero, Raça/Etnia, Geração e Sexualidade
Sub-Eixo: Ênfase em Gênero

POR QUE ELAS ENLOUQUECEM? REFLEXÕES CRÍTICAS FEMINISTAS ACERCA DO SOFRIMENTO BIOPSÍCOSSOCIAL DE MULHERES

Sarah Karoline Farias Dantas¹

Resumo: Esse presente estudo se constitui como estudo secundário, a partir de uma revisão de literatura de pesquisas qualitativas primárias que analisaram os percursos de vida de mulheres e significados atribuídos por elas ao processo de sofrimento e adoecimento biopsicossocial e tem como objetivo identificar aspectos que podem se constituir enquanto fatores de risco e de proteção ao sofrimento biopsicossocial de mulheres.

Palavras-Chave: Gênero; Saúde Mental; Sofrimento psíquico; Serviço Social.

Abstract: This study is a secondary study, based on a literature review of primary qualitative research that analyzed the life paths of women and the meanings attributed by them to the process of suffering and biopsychosocial illness and aims to identify aspects that may constitute as risk factors and protection of the biopsychosocial suffering of women.

Considerações Iniciais

A política de saúde no Brasil foi um dos campos que mais obteve êxito no que se refere aos avanços constitucionais a partir da Constituição Federal de 1988. Entre os avanços, temos a modificação na concepção de saúde, ampliando seu entendimento não somente como ausência de doença, mas o estado pleno de bem-estar biopsicossocial, compreendendo as condições de trabalho, moradia, acesso ao saneamento básico, educação, lazer, dentre outros, como determinantes biopsicossociais no processo de saúde-doença, alinhado ao conceito de saúde da Organização Mundial da Saúde – OMS, agência subordinada as Organização das Nações Unidas - ONU.²

No âmbito da Saúde Mental, a nível mundial e também no contexto brasileiro, o paradigma psiquiátrico passa por mudanças estruturais, sendo conquistada uma nova orientação para interpretação e intervenção para as questões relacionadas ao campo da saúde e adoecimento mental junto aos sujeitos (as) que estão em sofrimento psíquico. O

¹ Estudante de Pós-Graduação, Fundação de Ensino e Pesquisa em Saúde, E-mail: skfdantas@gmail.com.

² A Organização da Mundial da saúde, em publicação divulgada na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde) diz que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade.” (SCLiar, 2007)

objeto se torna então o (a) sujeito (a) que sofre, e não a doença, através do paradigma da saúde mental.

O conceito ampliado de saúde, bem como o novo paradigma que rege a saúde mental, ao considerarem os aspectos sociais de vida, o ambiente de sociabilidade, de vivência e convivência, a cultura e contexto de modo geral em que a pessoa em sofrimento está inserida no processo de sofrimento e adoecimento biopsicossocial, nos permite compreender que as questões de gênero estão inseridas no processo de saúde ou de sofrimento e adoecimento biopsicossocial de mulheres.

Referencial Teórico e Procedimentos Metodológicos

O presente estudo se constitui como uma pesquisa social, neste sentido, entende-se que o objeto de análise se institui a partir de processos sócio - históricos. As conjunturas políticas e sociais (bem como as suas relações e fenômenos) são dinâmicas e dialéticas, que se constituem como resultantes de estruturas socioculturais estabelecidas em contexto de sociedade ocidental, capitalista, machista e racista (SAFFIOTI, 2004).

Ao considerar isso, entendemos que o método em Marx, através do materialismo histórico dialético, permite analisar o objeto de estudo – os fatores que se constituem enquanto fatores de risco e proteção para o sofrimento e o adoecimento biopsicossocial de mulheres – em sua totalidade, a fim de superar possíveis aparências imediatas para compreender sua essência, uma vez que consideramos a necessidade da análise dialética, dada a complexidade e os estereótipos de gênero inseridos no contexto estudado. Dessa forma, entendemos que a análise marxista auxilia na compreensão do objeto de estudo de forma crítica.

De acordo com Zanello e Bukowitz (2015) os estudos feministas, a partir dos anos 1970, passaram a questionar a ideia de mulher sob uma perspectiva biológica, de uma construção binária do que é ser mulher e homem através da manifestação do sexo biológico. Este questionamento considera o contexto social na construção do gênero, sendo este compreendido a partir das suas várias possibilidades outras, da intersecção com demais categorias.

Ao considerar a diversidade de e do ser mulher, as reivindicações feministas são múltiplas, reflexo da diversidade de vivências e opressões vividas. Ou seja, feminismo, no singular, não consegue agregar as diversas demandas e pautas das mulheres. O feminismo considerado tradicional e hegemônico, protagonizado por mulheres brancas, não consegue agregar a realidade de outras mulheres que não fossem a realidade de mulheres pertencentes às classes altas.

A proposta deste trabalho é, então, se constituir como estudo secundário, a partir de uma revisão da literatura de pesquisas primárias. Buscou-se estudos qualitativos, quanti-qualitativos realizados no Brasil (ou majoritariamente) e com mulheres brasileiras (e homens, sendo estes em número igual ou menor da amostra de mulheres), de análise do discurso de mulheres usuárias (ou não) do SUS que abordassem em suas falas suas trajetórias de vida e compreensões das mesmas sobre seu processo de sofrimento psíquico e adoecimento biopsicossocial, a fim de compreender os aspectos que se configuram enquanto fatores de risco e proteção para a saúde mental, publicadas na base de dados *Scientific Electronic Library Online* – SCiELO.

Quem são essas mulheres?

A maioria das pesquisas foram feitas em instituições de saúde pública com usuárias (os) dos serviços (Centro de Atenção Psicossocial Geral e Álcool e Drogas - CAPS e CAPS-AD; Ambulatório Psiquiátrico; Hospitais Psiquiátricos, Hospitais Gerais e Universitários, Unidades de Atenção Primária de Saúde, etc), com mulheres adultas e em alguns estudos, idosas. Essas instituições majoritariamente ficavam em bairros considerados periféricos e de famílias economicamente pobres. Essas instituições trabalhavam em rede com outras instituições de saúde, assistência social e justiça.

Em alguns estudos não especificam a que classe econômica e social as participantes pertenciam, mas a maioria mencionou que eram mulheres economicamente pobres, de classes baixas.

Sobre a orientação sexual das participantes, os estudos não mencionaram quanto a especificação entre héteros, homossexuais e bissexuais, mas pelo relato das mulheres, foi possível observar que a maioria delas eram heterossexuais. Quanto a identificação de gênero, os estudos também não especificaram, mas não houveram relatos sobre questões de disforia de gênero ou transgeneridades.

Em relação a cor/raça dessas mulheres, é importante ressaltar que nos estudos realizados, não havia menção quanto a cor das participantes. Não foi possível, então, quantificar as participações de mulheres brancas e não-brancas, neste sentido, tampouco foi possível analisar o impacto do racismo vivenciado por essas mulheres, uma vez que não há menção de sua identificação de raça/cor. Ainda, não há estudos específicos, dentro dos critérios de pesquisas elencados, que analisassem o impacto do racismo na saúde mental de mulheres negras e outros fatores que se conformaram enquanto fatores de risco para o sofrimento e adoecimento biopsicossocial destas mulheres.

Quando se trata de escolaridade, apesar de não ser possível quantificar exatamente o número de mulheres que concluíram o ensino superior e médio, pois alguns estudos mencionam apenas que as participantes possuíam baixa escolaridade, sem especificar a graduação, é possível observar que a maioria das participantes dos estudos não têm nível superior e médio completo, tendo a sua maioria completado o nível fundamental e, de modo geral, são de baixa escolaridade.

Sobre a questão da ocupação em trabalho formal, apareceram relatos de mulheres desempregadas, donas de casa, mulheres que se encontravam desempregadas, mas faziam bicos com prostituição, em especial aquelas que faziam uso abusivo de álcool e outras drogas, aposentadas e que recebiam benefício assistencial. Apesar da impossibilidade de especificar a quantidade de mulheres ocupadas e desocupadas formalmente, foi possível observar que a maioria das participantes estavam fora do mercado formal de trabalho, sendo o ambiente doméstico também o ambiente de trabalho e espaço de convivência no cotidiano (afazeres domésticos, cuidado com a família, etc).

Experiências gendradas de sofrimento

Ao analisar os estudos selecionados para a pesquisa, foi possível perceber que os relatos das mulheres participantes possuíam algumas semelhanças de narrativa. Os relatos evidenciam que o caminho percorrido de opressões, violações e experiências de vida que se conformaram enquanto fatores de risco para sofrimento psíquico até o adoecimento biopsicossocial é gendrado, sendo o fato de ser mulher, por si só, um fator de risco para o sofrimento e consequente adoecimento biopsicossocial.

Sofrer por ser menina antecede o sofrimento por ser mulher

Os estudos trouxeram relatos de mulheres que ao analisar o seu processo de sofrimento, uso abusivo de drogas e consequente adoecimento biopsicossocial, fizeram uma retrospectiva de vivências e mencionaram violações e experiências na infância que já lhe traziam sofrimento e que se constituíram enquanto fatores de risco para o adoecimento.

Foi comum nos relatos de mulheres que mencionaram sobre suas infâncias e adolescência experiências de violência sexual (abusos, assédios, estupros) que lhe trouxeram traumas e demais experiências de sofrimento psíquico. Em alguns relatos não foi possível identificar o nível de relação do agressor, outros mencionavam que foi o pai. Os dados corroboram com as pesquisas que sinalizam que o ambiente familiar é um ambiente de risco para a violência sexual contra meninas e adolescentes, uma vez que a maioria dos

casos notificados ocorrem no ambiente doméstico e foram perpetrados por homens da família (pais, padrastos, irmãos, primos, avós).³

Houve relatos de mulheres que tinham responsabilidade pelas tarefas domésticas desde a infância. Manter a limpeza e os cuidados do lar, responsabilizar-se pelos cuidados de irmãos (ãs) mais novos, serem responsáveis por comprar bebidas e cigarros para o pai e/ou mãe, dentre outras, eram responsabilidades dessas meninas. Assim, observa-se a influência dos papéis sociais de gênero em todo processo de desenvolvimento até chegar à fase adulta, uma vez que as mulheres, enquanto meninas, já eram responsáveis juntamente com suas mães pelas tarefas do lar, e a influência da família no acesso, consumo e abuso de álcool e outras drogas dessas mulheres.

Foi possível constatar nas falas das mulheres que mencionaram sobre a infância e adolescência que as desigualdades econômicas e sociais, a falta de acesso aos serviços públicos na infância, como saúde, educação, lazer, esporte, cultura, convivência sadia com outras crianças e o meio social, a falta de alimentação saudável no período de desenvolvimento corporal e cognitivo, se constituíram enquanto fatores de risco para o adoecimento biopsicossocial de médio a longo prazo.

Dado os relatos e considerações feitas acima, foi possível perceber, também, que as questões de gênero estão inseridas na conformação dos fatores de risco para o sofrimento, a considerar as várias violações sofridas pelo fato de ser mulher numa sociedade culturalmente machista, que exige de meninas e mulheres papéis sociais de cuidadoras do lar e por serem mais suscetíveis aos casos de violências sexuais e demais violências de gênero. Alguns estudos trouxeram como consequências dessas experiências o sofrimento psíquico desde criança e a experimentação, associada à curiosidade, de álcool e outras drogas no final da infância e adolescência.

As experiências na fase adulta

Todos os estudos trouxeram nas narrativas das participantes a menção da sobrecarga pelas responsabilidades de cuidar dos familiares (filhos (as), companheiros e demais parentes), das atividades do lar e, em alguns casos, do sustento financeiro da família. Foi possível observar que as mulheres, mesmo em situação de sofrimento e adoecimento biopsicossocial, continuam a exercer os papéis de cuidadoras do lar, dos (as) filhos, (as), netos (as), companheiro, e ser responsável pela dinâmica do lar, de modo geral.

³ Estudos como “Mapa da Violência Contra Mulher de 2015”, elaborado pela Faculdade Latino-Americana de Estudos Sociais, a pedido da ONU Mulheres, “Estupro no Brasil: uma radiografia segundo os dados de saúde”, de 2014 realizado pelo IPEA, dentre outros, corrobora os dados dos estudos analisados.

O trabalho doméstico não remunerado e não reconhecido socialmente se constituiu enquanto motivador de sofrimento, uma vez que estas mulheres se sentem igualmente desvalorizadas. Por não ser um trabalho formal, estas mulheres, salvo se contribuírem de forma autônoma para a previdência social, não podem exercer o direito ao afastamento remunerado para cuidado em saúde quando adoecidas, como nos trabalhos formais de carteira assinada. Dessa forma, ficam desassistidas durante o processo de sofrimento e posterior adoecimento, uma vez que as atribuições do lar sem remuneração e sem contribuição para a previdência social impedem o correto acompanhamento em saúde, seja pela falta de condição financeira ou pelo desempenho de papéis estabelecidos socialmente. Ficam, também, dependentes economicamente dos companheiros, muitas vezes agressores, uma vez que não conseguem ter uma vida laboral fora do ambiente doméstico e remunerado. Como consequência, além de acirrar mais as violências sofridas, dificulta os mecanismos de superação dos relacionamentos tóxicos e situações de violências, situações que se configuram como fatores de risco para o sofrimento e, se já adoecidas, como obstáculos para o tratamento.

Apareceram nos relatos sofrimento causado pelo não encaixe nos padrões estéticos de beleza determinados socialmente. O ideal estético de beleza que dita que mulheres devem ser preferencialmente brancas, altas, magras, arrumadas, estarem sempre apresentáveis socialmente, que rejeita a diversidade de corpos, cabelos, traços, jeitos, desenvolveram nas mulheres sentimento de frustração, baixa autoestima por não atingirem esse padrão. Algumas mulheres relataram o fato de estarem acima do peso como fator que potencializa o sofrimento. Em alguns casos, quando se fazia uso de psicotrópicos, a rejeição ao corpo fora do padrão estético se tornou fator de sofrimento considerável, uma vez que o ganho de peso é um dos efeitos colaterais do uso de alguns medicamentos, estes que deveriam amenizar o sofrimento e trazer sensação de bem estar, contudo nestes casos faziam o efeito inverso.

Ainda sobre o sofrimento causado pela não adequação ao padrão de beleza, as mulheres negras tendem a sofrer mais. Mesmo que se aproximem do padrão magro, estejam socialmente bem apresentadas, e de modo geral se submetam, forçadas pela ditames sociais de padrão estético, a estarem próximas à estética branca, as mulheres negras são vítimas do racismo. São extremamente sexualizadas, objetos de desejo apenas para a satisfação sexual e lascívia masculina, sem comprometimento afetivo e admiração de beleza. Essas situações são fatores de risco para a conformação do sofrimento e, embora

não seja possível aprofundar sobre os impactos do racismo na vida de mulheres negras, o não encaixe ao padrão estético branco foi mencionado em alguns estudos analisados.⁴

Casamento e maternidade, sonhos de todas as mulheres?

A maternidade foi considerada um fator de risco para a saúde biopsicossocial de mulheres. Além da sobrecarga do cuidado já mencionado, apareceram relatos do sentimento de injustiça frente aos cuidados e responsabilidades com os (as) filhos (as) no cotidiano. As mulheres mães se queixaram da responsabilidade atribuída majoritariamente às mulheres. As responsabilidades dos pais nos cuidados dos (as) filhos (as) se limitava na maioria das falas ao sustento financeiro, quando existia.

O sofrimento gerado pela maternidade aparece nas falas também das mães solteiras, pelo fato de ser a responsável única pelos (as) filhos (as), uma vez que a divórcio significou a ausência total e abandono por parte dos pais. Se as mulheres que são mãe solteiras sofrem pela ausência do pai nos cuidados e responsabilidades para com de seus filhos, a existência dos (as) filhos se configuraram enquanto amarras que seguravam os casamentos infelizes, de mulheres mães casadas. Apareceram, em alguns relatos, situações que as mulheres só permaneciam no casamento, apesar das várias violações sofridas, por acreditarem ser o melhor para os filhos (a) e o cuidados dos (as) mesmos (as).

A experiência da maternidade substituiu, em alguns casos, a identidade de ser mulher para a identidade de ser mãe. Ser mãe para muitas significou sacrifícios, responsabilidades, preocupações e abdicação de vontades próprias para satisfazer as vontades dos outros. Dois relatos que chamaram a atenção exemplificam essa experiência: “esqueci de mim pelos filhos” e “ dizem que ser mãe é sofrer no paraíso. Para mim, é sofrer no inferno mesmo (...) então a maternidade também, para mim, foi um sofrimento” (artigo 5).

O casamento, considerado socialmente como a união legal e religiosa de duas pessoas que tem relação íntima e afetiva, não foi considerado um ambiente/instituição protetiva física e emocionalmente para as mulheres. Se para homens, alguns estudos apontaram o casamento enquanto um fator de proteção, dado o cuidado do lar, da relação e dos (as) filhos (as) protagonizado pelas companheiras, para mulheres se configuraram enquanto fator de risco.

A sexualidade, ou a falta dela, foi mencionada nas falas. Alguns estudos, como já dito anteriormente, trouxeram nas narrativas o contato com a experiência sexual através da violência, seja pelo assédio, coerção sexual, estupro ainda na infância e/ou adolescência,

⁴ Ainda que não seja possível identificar os impactos do racismo na conformação do sofrimento e adoecimento biopsicossocial neste estudo, existem pesquisas nas áreas de ciências humanas e sociais, bem como de saúde, que abordam sobre a temática.

dentre outras situações e violação sexual. A vigência de normas e valores sociais que determinam que as mulheres não podem explorar sua sexualidade para além da procriação, o não conhecimento sobre seu corpo, libido e subjetividades relacionadas ao prazer sexual, as podas do exercício de sua sexualidade para o prazer apareceram nas falas das mulheres entrevistadas nos estudos enquanto fatores de risco e potencializadores de sofrimento.

A experimentação da sexualidade na fase adulta foi reduzida ao ato sexual, e em alguns casos, relacionados como sinônimo de sofrimento, algumas falaram que não sentem libido porque “dói”, simbolizando a falta de prazer nas relações sexuais, sendo esta direcionada apenas para o parceiro. Ainda assim, se colocavam à disposição do sexo para satisfação sexual dos companheiros. De acordo com Scaranto et. al. (apud Cavalcanti e Silva), em muitas sociedades a mulher não entende o sexo forçado como violência sexual/estupro caso seja casada ou conviva com o agressor, dessa forma, muitas mulheres experimentam a sexualidade através do estupro conjugal. Sendo assim, a repressão sexual, os papéis sociais estabelecidos às mulheres no âmbito da sexualidade (para terem respeito devem ser mulheres santas, castas, recatadas, etc.), e as violências sexuais se constituíram como fatores de risco para a saúde biopsicossocial de mulheres casadas (e/ou solteiras).

No casamento também foi vivenciado, segundo os relatos da maioria das mulheres participantes, diversas violências de gênero. Foi comum e central os relatos de violência física e psicológica perpetrados pelos companheiros, sendo que algumas delas nunca experienciaram uma relação com o gênero oposto (seja parental ou íntima afetiva) sem situações de violência. Neste sentido, o casamento não é determinante para o sofrimento de mulheres, mas se constitui enquanto considerável fator de risco para a saúde biopsicossocial, se considerar a forma que o casamento é vivenciado em contexto de sociedade patriarcal e machista. Mulheres usuárias de álcool e outras drogas, as violências ultrapassam as relações íntimas e afetivas, mas eram sofridas também por policiais, traficantes, clientes de trabalhos sexuais e familiares.

Fatores protetivos, consequências e respostas ao sofrimento e adoecimento biopsicossocial

As experiências mencionadas no decorrer deste trabalho até o momento se configuraram enquanto fatores de risco para a saúde mental, se tornando motivadores para o sofrimento e conseqüente adoecimento biopsicossocial.

Todavia, em algumas falas dos estudos analisados, foi possível perceber algumas situações que se constituíram enquanto fatores de proteção, ainda em que também tenha se

constituído enquanto fatores de risco. A maternidade, por exemplo, apesar de ter sido considerado sinônimo de sofrimento em alguns relatos, apareceu em algumas falas enquanto motivador para continuar o tratamento em saúde e cuidar de si, ainda que seja objetivando o bem-estar biopsicossocial para que seja possível cuidar do outro (no geral, filhos (as) e companheiros).

Os papéis de cuidadoras atribuídos às mulheres dizem respeito, especialmente, a maternidade, a possibilidade de gestar um ser, dado o corpo de mulheres cisgêneras (mulheres que nasceram com a genitália correspondente à sua identidade de gênero) ser apropriado para tanto. Por conta disso, a maternidade é algo naturalizado como função social da mulher, função essa imposta desde a infância. Foi possível perceber a naturalização da maternidade enquanto função, desejo e forma de se sentir realizada na fala presente em um dos estudos, a mulher diz que “ser mãe é tudo (...) como mulher, é um sonho que toda menina já nasceu, ser mãe (...) a mãe é o ideal de tudo na vida do ser humano”. Em outra fala, a mulher diz que “desde que me conheço por gente, eu sonhei em ser mãe. Eu jamais quero sair desse mundo sem ter gerado um filho. Queria passar pela experiência de ser mãe”. Ser mãe para essas mulheres foi a única forma encontrada ou possibilitada para se sentirem realizadas enquanto seres humanos e sociais, se constituindo, então, enquanto fator de proteção para algumas mulheres.

Com os estudos foi possível observar a medicalização das questões de gênero e o controle do corpo de mulheres, de suas emoções, da dinâmica de funcionamento do seu corpo físico através de psicotrópicos e anticoncepcionais para que seja possível o cumprimento de suas funções estabelecidas socialmente. Dessa forma, não é possível afirmar uma real emancipação de mulheres das situações que se configuram enquanto fatores de risco pela medicação, dada às relações sociais de gênero. Mas sim em respostas paliativas, superficiais e danosas advindas dos medicamentos, se considerar os efeitos colaterais de sobrepeso, dependência e manutenção das estruturas desiguais de gênero. A medicação, portanto, se configura tal qual a maternidade, ou seja, como fator de risco e de proteção, concomitantemente.

Os relatos das mulheres do Brasil afora, apesar de algumas diferenças pontuais, de modo geral evidenciaram que como resposta ao sofrimento psíquico e conseqüente adoecimento biopsicossocial, as mulheres buscaram por auxílio em serviços de saúde. Apesar de alguns estudos mostrarem resistência por parte das mulheres de se reconhecerem enquanto enfermas e que necessitam de acompanhamento em serviços de saúde, alguns relatos mostraram que antes de buscarem orientação profissional e tratamento em saúde, essas mulheres buscaram primeiramente respostas metafísicas e

religiosas ao sofrimento e adoecimento, mas ainda assim se inseriram nos serviços de saúde, em especial, os de saúde mental.

Foi possível observar que as mulheres nos serviços de saúde, construíram vínculos com demais usuárias (os) e profissionais. Algumas destas mulheres só tinham esses vínculos afetivos fortalecidos, exterior aos serviços de saúde, seus vínculos eram frágeis e/ou rompidos. Experimentaram então, a empatia, a escuta qualificada e sem julgamentos, o afeto, o cuidado. Os dispositivos de saúde se constituíram, então, enquanto potenciais fatores protetivos e como resposta ao sofrimento e adoecimento biopsicossocial.

Considerações finais

Com as análises dos estudos feitas a partir de uma perspectiva crítica feminista com base na nova concepção de saúde e do paradigma da reforma psiquiátrica, é possível afirmar que o fato de ser mulher não é determinante, mas é um fator considerável de risco para o sofrimento psíquico e adoecimento biopsicossocial, dada às questões de gênero (maternidade, desigualdades e violências de gênero, dentre outros) que surgiram nas falas das mulheres pesquisadas dos estudos primários ao redor do país .

Historicamente, as tentativas de incorporar o tema gênero no âmbito da saúde mental através do paradigma psiquiátrico reduz a concepção de ser mulher a uma concepção unicamente biologizante. Após modificação no conceito de saúde, e dos avanços teóricos a partir da reforma psiquiátrica, permitiu-se compreender como os aspectos sociais, a exemplo das questões de gênero, raça e classe, se relacionam e influenciam no sofrimento psíquico.

O fortalecimento da lógica neoliberal de gerir o sistema político e econômico, os retrocessos nas políticas sociais intensificados desde o golpe político e civil que destituiu a presidenta Dilma Roussef, o conservadorismo e machismo do atual governo representado por Jair Bolsonaro, o consequente fortalecimento nos discursos internos e externos às instituições, influencia e influenciará cada vez mais no processo de sofrimento psíquico e adoecimento biopsicossocial de mulheres, em especial das mulheres negras que estão na base da pirâmide econômica e social, uma vez que a precarização das políticas sociais reflete no não acesso das populações em situação de vulnerabilidade econômica e social, ou seja, na desassistência do Estado.

Ser mulher, além de já ser um fator de risco para a saúde mental, neste contexto se torna um desafio, frente a necessidade de viver, resistir e manter a saúde biopsicossocial.

Referência

ANDRADE, Ana Paula Muller. (Entre) Laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*, p. 17-40. Ed. Appris, 2014.

ONU, Organização das Nações Unidas. *A armadilha do gênero: mulher, violência e pobreza*. 2009.

AMARANTE, Paulo; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Mulheres, loucura e patologização: desafios para a luta antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica Brasileira. *Saúde Mental e os desafios atuais da atenção psicossocial*. P. 159-182, Rio de Janeiro: Grama, 2017.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal, 1977.

GARCÍA, Moreno C. Violencia contra la mujer: Género y equidad en la salud. Washington (DC): *Organización Panamericana de la Salud - Harvard Center for Populations and Development Studies*; 2000. Publicación Especial. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165836/9789275327166.pdf;jsessionid=2EAB9E8A05327C51376E61EB22CC7010?sequence=1>. Acesso em 11/11/2018.

MACHADO, Ana Regina; MIRANDA, Paulo Sérgio Carneiro. Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da Justiça à Saúde Pública. *História, Ciência, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p.801-821, jul-set.2007.

MARCONDES, Mariana Mazzini [et al.]. *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. 2013, Brasília: Ipea. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/livro_dossie_mulheres_negras.pdf. Acesso em 01/05/2018.

PASSOS, Rachel Gouveia. Trabalho, “Care”, Gênero: breves considerações para a saúde mental. *Anais do III Simpósio Gênero e Políticas Públicas*, UEL, 27 a 29 de maio de 2014. Disponível em: www.uel.br/eventos/gpp/pages/arquivos/GT1_Rachel%20Gouveia.pdf. Acesso em 02/02/2018.

SAFIOTTI, Heleieth Iara Bonglovani. *Gênero, patriarcado e violência*. – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SCLIAR, Moacir. História do Conceito de Saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03>. Acesso em 10/11/2018.

VASCONCELOS, E. M. *Abordagens Psicossociais – Perspectivas para o Serviço Social*. Vol. III. Editora: Hucitec, 2009.

_____. Saúde Mental e Serviço Social - o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 1ª edição, Editora: Cortez, 2000.

WERNEK, Jurema. Racismo Institucional e saúde da população negra. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n3/1984-0470-sausoc-25-03-00535.pdf>. Acesso em 17/02/2019.

ZANELLO, Valesca; BUKOVITZ. Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 3, p. 238-246, set.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n3/1984-0292-fractal-27-3-0238.pdf>. Acessado em 10/02/2018.

_____; FIUZA, Gabriela; COSTA, Humberto Soares. Saúde Mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 27, n. 3 set.-dez. 2015. Disponível em: <http://www.periodicoshumanas.uff.br/Fractal/article/view/1483>. Acesso em 09/02/2018.

_____; NASCIMENTO, Anderson Flor do. Uma história do silêncio sobre gênero e loucura – Parte I Sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: As mulheres em História da Loucura. *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*, p. 17-40. Ed. Appris, 2014.

_____; A saúde mental sob o viés do gênero, uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. *Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*, p. 17-40. Ed. Appris, 2014.