

QUEM É A LOUCA?: Desvendamentos e cuidado em saúde mental das mulheres

Who is the crazy? Unveilings and Care in Women's Mental Health

Carol Ferreira de Souza²⁰

Dayene Gatto Altoé²¹

Jackeline Lourenço Aristides²²

RESUMO: O presente estudo foi desenvolvido no âmbito da formação em serviço conectado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental da Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana, Paraná (Turma 2020-2022). Por meio da atuação da psicóloga residente em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade, identificamos a importância de contribuir com o desvendamento das formas de compreensão da “loucura feminina” no campo da Saúde Mental em sua constituição histórica e social. Deste modo, foram realizadas entrevistas semiestruturadas, com questões aplicadas a dezessete funcionários, a fim de compreender as percepções destes quanto ao sofrimento psíquico feminino no contexto do processo de cuidado na Atenção Básica. Após a realização das entrevistas, utilizando a abordagem qualitativa e em uma perspectiva crítica em Psicologia, foi possível fazer alguns apontamentos relacionando as consubstancialidades que compõem as identidades femininas, enfatizando aspectos como raça, classe, contexto pandêmico, estética. Evidencia-se o quanto as falas dos entrevistados estão associadas a um discurso higiênico-moral. Com o intuito de problematizar e desnaturalizar essas concepções, propomos a adoção da perspectiva de gênero nas intervenções psicossociais para requalificar a escuta dos funcionários, promovendo respeito e a garantia dos direitos humanos.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental; Loucura; Gênero.

ABSTRACT: This study was developed within the context of in-service training connected to the Multiprofessional Residency Program in Mental Health of the Municipal Health Authority of Apucarana, Paraná (Class of 2020–2022). Through the work carried out by the resident psychologist in two Basic Health Units in the city, we identified the importance of contributing to the unveiling of ways of understanding “female madness” in the field of Mental Health within its historical and social constitution. Semi-structured interviews were conducted with seventeen employees, aiming to understand their perceptions regarding female psychological distress in the context of the care process in Primary Care. After conducting the interviews, using a qualitative approach and a critical perspective in Psychology, it was possible to make some notes concerning the consubstantialities that shape female identities, emphasizing aspects such as race, class, the pandemic context, and aesthetics. The participants’ statements reveal how

²⁰ Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (AMS)

²¹ Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (AMS) | <https://orcid.org/0000-0002-6175-9884>

²² Autarquia Municipal de Saúde de Apucarana (AMS) | <https://orcid.org/0000-0003-2982-2705>

strongly their narratives are associated with a hygienic–moral discourse. With the aim of problematizing and denaturalizing these conceptions, we propose the adoption of a gender perspective in psychosocial interventions in order to requalify employees’ listening practices, promoting respect and ensuring the protection of human rights.

KEYWORDS: Mental health; madness; genre.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da formação em serviço ligada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental (RMSM) da Autarquia Municipal de Saúde em Apucarana, Paraná (turma 2020–2022). A RMSM constitui-se como uma modalidade de formação que investe na qualificação de profissionais no Sistema Único de Saúde (SUS), também conhecida como educação em serviço.

A prática em serviço aliada ao saber científico proporcionou a partir das necessidades observadas, tanto com os trabalhadores quanto com as acessantes, durante um ano de atuação em duas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), perceber o predomínio de individualizações e de naturalizações acerca do adoecimento psíquico feminino. Essas expressões do sofrimento feminino eram tomadas como dramáticas ou exageradas e, com isso, desqualificadas.

A necessidade de escrever este trabalho se constitui em função do observado nos acolhimentos e acompanhamentos psicossociais de mulheres com queixas psíquicas diversas, manifestações associadas, sobretudo, a sintomas de ansiedade e de depressão. Esses diagnósticos apareciam constante e corriqueiramente nas unidades de saúde.

Ocorria também certa tendência em se abordar essas queixas a partir de aspectos individuais (biologizantes, psiquiatrizes), propondo-se como cuidado, principalmente, a farmacologização do sofrimento. Causou-nos inquietação as atribuições de diagnósticos psiquiátricos acerca do que falavam as mulheres, bem como nos colocaram em reflexão as propostas de cuidado com base somente em intervenções individuais e medicamentosas, desconsiderando as consubstancialidades de gênero, raça e classe.

Visto o grande número de diagnósticos dados às mulheres e tendo em vista que esta é a representação de uma realidade que não se dá somente neste contexto o qual abordamos, a saúde mental feminina torna-se cada vez mais relevante e necessária de ser discutida sob uma perspectiva crítica em Psicologia.

Os encontros com todas aquelas mulheres que acessaram o serviço e a equipe da UBS possibilitaram a formação das questões sobre as quais nos debruçamos nesta investigação, a saber: Qual é o “perfil” da mulher considerada “louca”? Será que o parâmetro utilizado para descrever a loucura, pelos profissionais entrevistados, seria o mesmo para homens e mulheres?

Por isso, identificamos a importância de contribuir com o desvendamento das formas de compreensão da “loucura feminina” no campo da Saúde Mental em sua constituição histórica e social. A partir do levantamento das compreensões dos servidores, na contramão de análises que situam o sofrimento como inato à mulher, propomos uma abordagem psicossocial da “loucura” e do adoecimento psíquico feminino.

O resgate à história adotado no decorrer deste trabalho visará incrementar o debate e responder como a mulher foi associada à loucura. Considerando-se como histórica, concreta e socialmente condicionada – como decorrente da prática social – tanto a exploração de classe e as opressões de gênero e de raça, quanto os encaminhamentos dados a elas, incluindo as formas de violência, defendemos a necessidade de um debate sobre o tema a partir da perspectiva crítica.

Reconhecendo os limites de uma leitura dos fenômenos sociais da atualidade, visto que a

sociedade é um contínuo “vir a ser”, acreditamos ser possível captar alguns dos elementos históricos, focalizando fatos e acontecimentos, ligados à produção da “loucura feminina” e ao cuidado de mulheres através do exercício de desvelamento.

Além da obrigação, escrevemos pelo sentimento prazeroso de quem abraça um compromisso. Compromisso científico, ético e político com as mulheres que acessam o serviço e com a equipe de trabalho que, sem uma escuta sob a perspectiva de gênero, produzem um cuidado ou tratamento reducionista e silenciador do sofrimento das mulheres.

Este trabalho tem enquanto relevância acadêmica e social, o intuito de desmistificar estigmas e estereótipos que atravessam os sexos e gêneros, no campo médico-psiquiátrico e social, visto que se torna preciso identificar que uma das principais causas do sofrimento feminino é o machismo que, com suas práticas e discursos preconceituosos e violentos, reforça o domínio masculino e justifica estigmas ligados à loucura.

Por meio de entrevistas com questões norteadoras os profissionais da saúde foram escutados, tendo como principal objetivo acessar as formas de compreensão do adoecimento psíquico feminino. Esta pesquisa seguiu os parâmetros éticos recomendados, o que incluiu a garantia de anonimato para os participantes e a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética (CAAE 40001420.6.0000.5216).

A partir das etapas de escuta e de coleta de dados, a análise qualitativa se vinculou como possibilidade de debate comunitário, com base na extração dos resultados, na apresentação e na discussão de possibilidades de novas abordagens de cuidado, com estratégias que ultrapassem uma consulta clássica, proporcionando diálogos caros à formação política dos residentes.

METODOLOGIA

Este estudo se trata de uma pesquisa qualitativa desenvolvida com a participação de dezessete funcionários de diversos cargos de duas UBSs do município, escolhidas devido a atuação da psicóloga residente de Saúde Mental no primeiro ano de formação.

A pesquisa seguiu os parâmetros éticos recomendados. O projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Apucarana (FAP).

Cada participante autorizou a realização da pesquisa por meio da sua assinatura no TCLE, que visava respaldar tanto as pesquisadoras quanto garantir o anonimato sobre suas identidades. As entrevistas foram gravadas, transcritas (sem a identificação dos funcionários) e, posteriormente, descartadas.

A coleta de dados foi feita por meio de entrevista semiestruturada, direcionada por questões norteadoras. A entrevista, com duração aproximada de 15 minutos, foi realizada individualmente em ambientes reservados (salas de atendimento individual) nas próprias UBSs.

A opção pela entrevista permitiu maior interação entre entrevistadora e entrevistados. Enquanto pesquisadoras lidaremos com emoções e subjetividades e, assim, teremos outra qualidade de informação e de dados diferentes dos alcançados na pesquisa quantitativa. Uma das principais características da metodologia qualitativa é que “[...] ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (MINAYO, 1996, p. 21).

A construção do conhecimento da realidade vincula teoria e prática e a pesquisa é um dos instrumentos que possibilitam a investigação dos processos sociais e seus fenômenos. De acordo com Minayo (2001, p. 17): “Entendemos por *pesquisa* a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza

frente à realidade do mundo”.

Ao final da realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas, a fim de categorizar os dados de investigação deste trabalho. As informações coletadas foram analisadas a partir de um exercício na perspectiva crítica em Psicologia.

O ângulo de visão desta Psicologia desconsidera sociedade e indivíduo como entidades separadas, visto que sua relação é interdependente, ou seja, privilegia uma perspectiva em que ambos se afetam, são coexistentes, conectados, múltiplos e variáveis. Entende-se por relação a “ordenação intrínseca de alguma coisa em direção a outra [...] em outras palavras, relação é algo que não pode ser sem outro” (GUARESCHI, 2007, p. 54).

Compreender os fenômenos sociais e psicológicos, portanto, significa conhecer as condições econômicas, sociais e culturais nas quais os sujeitos estão inseridos, visto que “falar da subjetividade humana é falar da objetividade em que vivem os homens” (BOCK, 2004, p. 6).

Para os fenômenos perderem o caráter naturalizado se faz necessário desvendar a multiplicidade das relações de poder presentes em todos os âmbitos da vida social, cuja base é material e adotar uma perspectiva historicizada do psiquismo humano.

Acreditamos que a psicologia de base marxista ao partir da dimensão concreta da existência, possa chegar às dimensões empírica e subjetiva presentes no gênero humano e que para além da lógica formal, introduz uma lógica humanista e existencial, centrada no compromisso ético da superação das condições de exploração, dominação e mistificação que caracterizam as relações no modo de produção capitalista (ALVES, 2010, p. 11).

Portanto, é necessário “o abandono de formas cristalizadas de saber e de pesquisar” (MANSANO, 2012, p. 2), ao questionar o processo de naturalização e investigar a realidade como processo social, dinâmico e em movimento.

Assim, ao realizar um recorte da realidade, a pesquisa qualitativa tem como pressupostos a complexidade, a relativização da verdade, a não neutralidade do pesquisador, conseqüentemente, a pesquisa não é pronta, acabada e com estatuto de verdade absoluta e invariável (TITTONI; JACQUES, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os funcionários foram informados que a entrevista se tratava de uma pesquisa baseada em suas próprias experiências e que o entrevistado não seria avaliado. Com a análise das informações obtidas com as entrevistas apresentaremos, de forma esquemática, seis temas que se relacionam entre si: (1) A presença feminina na Atenção Básica, (2) Loucura e condição feminina, (3) Mulheres em tempos de pandemia, (4) Saúde mental e raça, (5) Saúde mental e criação estética e (6) Propostas do cuidado em saúde mental.

A PRESENÇA FEMININA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A primeira pergunta da entrevista foi referente a quem mais procura os serviços na UBS. Os dezessete entrevistados informaram que são “as mulheres”. A maioria justificou tal afirmação da seguinte forma: o homem “*é mais durão, é da própria natureza deles*” (SIC), “*são reservados, resistentes por preconceito, vergonha ou machismo, só procuram um médico quando sentem muita dor, a situação ‘tá’ ruim mesmo*” (SIC), “*muitos não podem deixar o trabalho*” (SIC); já as mulheres são mais cuidadosas devido ao “*instinto feminino*” (SIC), preocupadas com a própria saúde e dos

demais: *“Por ser a cabeça ali da casa, se adoecer o que vai acontecer? Quem vai cuidar dos filhos? Quem vai tomar a frente? Se ela adoecer, quem que vai cuidar do outro?”* (SIC).

Uma das funcionárias ressaltou: *“As mulheres costumam ter um autocuidado melhor, culturalmente os homens não devem demonstrar dor, fraqueza e essas coisas todas. [...] Desde crianças, as mulheres são destinadas ao cuidado dos filhos, ao cuidado dos pais. Eu acho que é uma questão de cultura”* (SIC).

Outro entrevistado disse que as mulheres acessam mais a UBS devido ao acolhimento que encontram no serviço: *“Não tem acolhimento em casa e aí conseguem aqui. Mas eu acredito que a mulher se sinta um pouco mais frágil, ela tem no interior dela essa facilidade em admitir que, às vezes, precisa de uma ajuda”* (SIC).

Buscamos referências para a compreensão do universo de significados que dão sentidos às falas dos funcionários. Estão presentes nas justificativas acima uma lógica hegemônica patriarcal acentuadas pelas normatividades do binarismo de gênero e abordagens essencialistas das identidades de gênero²³.

Segundo Zanello (2018), as tecnologias de gênero – cinema, mídia, desenhos, propagandas, brincadeiras, brinquedos, músicas – criam e reafirmam os valores de gênero, exercendo grande influência ao fomentar diariamente o imaginário social e promover determinadas performances de gênero em detrimento de outras. Estas tecnologias de gênero atingem a coletividade, inclusive os próprios funcionários. Neste sentido, as respostas são reveladoras de uma coletividade social e histórica.

Na percepção de cinco entrevistados a facilidade de acesso é em virtude das políticas e programas direcionados às mulheres. Como exemplo citarei suas falas: *“Os atendimentos e os programas eles são mais direcionados a saúde da mulher, né? Na verdade, a saúde do homem é uma coisa que anda crescendo nos últimos tempos. As mulheres já procuram mais então, talvez, por isso, tenham mais programas vinculados às mulheres e só de saúde da mulher a gente faz março depois outubro rosa e sempre tem mais alguma coisa relacionada à mulher”* (SIC); *“[...] ‘pro’ homem não tem uma coisa direcionada que eles possam continuar trabalhando e vir fora do horário”* (SIC), *“Para o homem já não tem muito, ele vem à consulta, no atendimento psicológico, odontológico e acabou”* (SIC).

LOUCURA E CONDIÇÃO FEMININA

Nesta pesquisa, a grande maioria dos entrevistados declararam que as principais queixas apresentadas, no campo da Saúde Mental, pelas mulheres referem-se ao estresse, ansiedade, depressão, cansaço, não satisfação sexual, sentimento de culpa, problemas familiares.

Ao responder a pergunta, os funcionários tendiam a explicar o sentido das queixas, observadas por eles, enfatizando a sobrecarga como fonte de sofrimento: *“Eu acredito que é muito trabalho ‘pras’ mulheres, né? Porque hoje elas têm que trabalhar fora, tem que cuidar da casa, do marido, dos filhos. É a multifunção da mulher”* (SIC).

O sofrimento das mulheres, deste modo, está relacionado à administração de todas as atividades relativas à manutenção e funcionamento da casa.

Por serem consideradas naturalmente aptas aos serviços domésticos, as mulheres sofrem com o cuidado do lar não cooperativo:

Por um lado, nossa cultura ainda apregoa amplamente concepções domésticas de feminilidade, amarras ideológicas para uma divisão sexual de trabalho

23 Identidades instituídas por uma repetição estilizada de atos (BUTLER, 1990, p. 297).

rigorosamente dualista, com a mulher como a principal nutridora emocional e física. As regras dessa construção de feminilidade [...] exigem que as mulheres aprendam como alimentar outras pessoas, não a si próprias, e que considerem como voraz e excessivo qualquer desejo de auto-alimentação e cuidado consigo mesmas. Assim, exige-se das mulheres que desenvolvam uma economia emocional totalmente voltada para os outros (BORDO, 1997, p. 25 apud ZANELLO, 2018, p. 154).

Estas “obrigações” criam, predominantemente, tripla jornada de trabalho às mulheres: trabalho remunerado, trabalho doméstico e tarefas de cuidado. O cuidado requer uso de energia física e psíquica, portanto, é trabalho. Contudo, nossa sociedade considera o cuidado como sinônimo de amor e, caso a mulher se recuse a cuidar, será interpretado como uma atitude egoísta.

Trabalhar fora não dispensa as mulheres de suas funções domésticas como acontece com os homens. As mulheres continuam sendo responsáveis pelo lar e pelos cuidados com os filhos, maridos, enfermos, pessoas idosas (ZANELLO, 2018). Cabe ao homem apenas aproveitar os resultados do trabalho feminino.

A concepção sobre a “loucura” feminina que mais se destacou no discurso dos participantes foi a da “louca” como uma mulher brava, nervosa, barbaqueira, agressiva verbalmente, desviante, poliqueixosa, irracional. As respostas evidenciam o quanto precisamos considerar os valores e ideais de gênero na classificação da “loucura”.

O silêncio e a conduta discreta são características selecionadas desejáveis às mulheres, afinal, mulheres que se expressam são tachadas de chatas, “reclamonas”. O silêncio também é prescrito nos relacionamentos amorosos: a mulher deve ter disponibilidade afetiva e sexual.

A cultura anuncia, incansavelmente, que o homem possui uma necessidade fisiológica inadiável de sexo, porque eles possuem uma percepção visual mais aguçada. O valor da virilidade masculina continuam sendo o sexo e a ereção. Devido a “facilidade” em excitar-se, o acesso a mulher trata-se de um direito. Na verdade, essa característica “natural” dos homens é uma construção social e histórica:

Os rapazes crescem sendo treinados a erotizar imagens que não lhes ensinam nada sobre o desejo da mulher. Nem mesmo as mulheres aprendem a erotizar o desejo feminino. Tanto os homens como as mulheres tendem a erotizar somente o corpo da mulher e o desejo do homem (WOLF, 1992, p. 21).

Em relação a agressividade verbal, Belotti (1983, p. 42 apud ZANELLO, 2018, p. 119) explica que: “às mulheres é permitido e aprovado apenas um tipo de agressividade ‘feminina’: a autoagressividade, o choro prolongado, a autocompaixão”. O choro é, inclusive, incentivado socialmente nas mulheres e inibido nos homens. Valoriza-se nas mulheres a retenção e não a expressão de raiva, ódio ou descontentamento. Já nos homens a agressividade se dirige para os outros (heteroagressividade).

Até nos serviços de saúde espera-se que as mulheres sejam submissas afetivamente. Perder o controle, agir sem pensar, falar demasiadamente, atributos opostos à racionalidade continuam sendo visto como “coisa de mulher”.

Quando questionadas, duas funcionárias também falaram: *“As mulheres já são um pouco loucas por natureza, principalmente as mães (risadas). Quem nunca enlouqueceu com os filhos? A maternidade colabora bastante, os maridos, o casamento deixam as mulheres loucas”* (SIC).

O casamento acentua, ainda mais, a naturalização de um amontoado de tarefas por parte

das mulheres. Ademais, as mulheres são as responsáveis pela manutenção do casamento, ou seja, brigas ou rupturas são vistas como falhas da esposa.

[...] A mulher tem uma missão a cumprir no mundo: a de completar o homem. Ele é o empreendedor, o forte, o imaginoso. Mas precisa de uma fonte de energia [...] a mulher o inspira, o anima, o conforta [...] a arte de ser mulher exige muita perspicácia, muita bondade. Um permanente sentido de prontidão e alerta para satisfazer às necessidades dos entes queridos (DEL PRIORE, 2011, p. 292 apud ZANELLO, 2018, p. 77).

O modelo de amor burguês e romântico defende a monogamia e a dedicação intensa para as mulheres, enquanto que para os homens permite a poligamia e o baixo investimento. É importante destacar que o romantismo é uma nova forma de poder e controle sobre as mulheres (ZANELLO, 2018).

O casamento, portanto, é uma das causas da opressão das mulheres, colaborando para seu sofrimento. Zanello (2018, p. 97) aponta que “relações ruins, marcadas pelo sexismo e/ou investimento desigual na mesma, constituem-se como forte fator de risco e de adoecimento psíquico”. Por outro lado, “relações mais simétricas (investimento parecido na relação, divisão não rígida nem sexista das tarefas de casa) são correlacionadas na literatura com o aumento do bem estar subjetivo dos pares” (ZANELLO, 2018, p. 91).

Além disso, as mulheres julgam-se anormais ou culpadas quando deparam-se com o ideal, construído culturalmente, de maternidade, ou seja, as mulheres sofrem por não atingir esse ideal, que conceitua como qualidades maternas a capacidade de cuidar dos outros, altruísmo, afeto, atenção, dedicação, paciência.

Diante de uma rede familiar escassa ou inexistente, as mulheres precisam, inúmeras vezes, abrir mão de suas aspirações pessoais para dedicar-se à maternidade. Para estas mulheres, ser mãe é um trabalho cada vez maior de auto abnegação.

A maternidade ainda é um tema sagrado (BADINTER, 1985). É um “pecado” intolerável mulheres demonstrarem desinteresse, indiferença, ódio pelo filho, assim como possuir ambições e desejos próprios. No corpo das mulheres a pressão ideológica encontra espaço: cultural e socialmente, os filhos são a principal razão de viver de uma mulher e a maternidade está associada ao êxito e a felicidade. “A mãe de família deve colocar sempre o casamento e os filhos em primeiro lugar” (BASSANEZI, 1996, p. 317 apud ZANELLO, 2018, p. 135).

Entretanto, como descreve Badinter (1985, p. 22): “O amor materno é apenas um sentimento humano. E como todo sentimento, é incerto, frágil e imperfeito. Contrariamente aos preconceitos, ele talvez não esteja profundamente inscrito na natureza feminina”.

O “instinto feminino e materno” se consolidou com a criação do mercado de trabalho no contexto urbano-fábril. Para garantir mão de obra barata e abundante, a maternidade tornou-se um dever da mulher e ofereceu um lugar de reconhecimento social: responsáveis pela nação, educadoras dos futuros trabalhadores (ZANELLO, 2018). Deste modo, a existência da mulher se justificava “em cuidar da casa, cozinhar, lavar a roupa, servir ao chefe da família” (DEL PRIORE, 2009, p. 26 apud ZANELLO, 2018, p. 130).

O “instinto materno”, longe de ser um elemento naturalizado no corpo das mulheres, possui uma dimensão social:

[...] a maternidade é um construto social e cultural que decide não só como criar filhos, mas também quem é responsável pela criação de filhos. Em certos lugares do mundo, a maternidade foi forjada de modo diferente. Há lugares onde a mãe não

é a única responsável pelos filhos e ninguém espera que ela seja, onde o homem se envolve muito mais com a vida dos filhos, onde para a mulher não há conflito entre ter filhos e trabalhar, onde a mãe não é levada a se sentir culpada por suas escolhas pessoais (FORNA, 1999, p. 32 apud ZANELLO, 2018, p. 143).

Inclusive os entrevistados declararam que tanto mulheres jovens quanto mulheres idosas se queixam dos maridos e dos filhos; a diferença é que as mulheres idosas apresentam mais queixas de dores físicas.

Continua subsistindo a ideia de profissão como dever e principal obrigação da vida para os homens; às mulheres o trabalho remunerado ocorre por necessidade para ajudar no orçamento da família, uma vez que dinheiro – signo de poder – está também relacionado à virilidade masculina.

[...] trabalho e família têm fundamentalmente diferentes sentidos para os gêneros; enquanto que os papéis familiares dos homens são baseados na provisão do suporte econômico às suas famílias, um emprego retira a habilidade da mulher em prover cuidado e nutrir seu esposo e filhos [...] o emprego contribui para a identidade dos homens como um “bom” pai e marido, mas interfere na identidade das mulheres como “boa” mãe e esposa (SIMON, 2014, p. 26 apud ZANELLO, 2018, p. 110).

O homem teria sua função social de provedor viabilizada pelo trabalho, fonte básica de autorrealização, veículo de crescimento pessoal, sendo através do trabalho reconhecido como homem. Sem trabalho o homem não poderia ser considerado como tal (MATOS, 2001, p. 41-42 apud ZANELLO, 2018, p. 207).

Ainda na tentativa de mostrar que a fisiologia feminina possui uma predisposição ao adoecimento mental, um dos entrevistados disse: “[...] se colocou, principalmente, no período pré-menstrual que a mulher fica mais explosiva, mais irritável. [...] Hoje a gente sabe que é um transtorno, né? Chama Transtorno Disfórico Pré-Menstrual. E, muitas vezes, é tratado com medicamentos para ansiedade, antidepressivos” (SIC).

Com a criação deste transtorno, [...] as mulheres continuam sendo vistas como precisando de “conserto” (medicação) a partir de um essencialismo negativo feminino de origem bioquímica, pois vista como “síndrome”, continua concebida como um desvio indesejável em relação às normas do bom funcionamento físico e mental, uma coleção de sensações e comportamentos negativos que requerem manejo médico (MARIANO, 2012, p. 193).

Ignorando o impacto das variáveis políticas, sociais e econômicas na vida das mulheres prevalece a visão do corpo como biologicamente determinado, no caso das mulheres com atributos especificamente desvantajosos, originando a ideia de uma periculosidade intrínseca (MARIANO, 2012).

As evidências sugerem que as experiências das mulheres com sintomas da síndrome pré-menstrual têm mais a ver com fatores culturais ou psicológicos do que com fatores biológicos: uma recriação da crença cultural tácita sobre o efeito do sistema reprodutivo no comportamento das mulheres (MARIANO, 2012, p. 58).

Conforme Mariano (2012), a origem deste transtorno remete ao período da Grande Depressão nos Estados Unidos e objetivou, a partir de uma explicação médica, conservar as

mulheres fora do mercado de trabalho devido à sua instabilidade e reações emocionais, para deixar aos homens os empregos disponíveis.

Neste contexto apresentado acima, Zanello (2018, p. 30-31) esclarece:

O desempoderamento [...] tem sido apontado [...] como um dos principais fatores relacionados ao que comumente denominamos de transtornos mentais comuns (TCMs- depressão e ansiedade). [...] a incidência desses quadros é bem maior (mundo afora) entre mulheres, indivíduos que ocupam *status* sociais de relativa falta de poder e economicamente marginais.

MULHERES EM TEMPOS DE PANDEMIA

Quatro funcionárias alegaram que a situação pandêmica recente causada por um novo coronavírus (SARS-CoV-2) afetou muito mais as mulheres: *“Agora é filho estudando em casa, a mãe tendo que trabalhar [...] é mãe preocupada com casa, com alimento, com tudo, é sobrecarga”* (SIC). As mulheres entrevistadas também se identificaram com a sobrecarga de tarefas e o cotidiano exaustivo ocasionados pela pandemia.

A pandemia aprofundou as desigualdades entre homens e mulheres. Há, portanto, uma dimensão de gênero na crise do Covid-19, principalmente, relacionada ao desemprego, queda do poder econômico e aumento da violência doméstica.

De acordo com o Fórum Brasileiro de Segurança Pública e o Instituto Datafolha (2021), uma em cada quatro brasileiras acima de 16 anos sofreu algum tipo de violência nos últimos 12 meses no país, o que representa, aproximadamente, 17 milhões de mulheres vítimas de violência física, psicológica ou sexual no último ano. Desse total, 25% apontaram a perda de renda e emprego como os fatores que mais influenciaram na violência que vivenciaram em meio à pandemia de Covid-19 e metade das violências (48,8%) ocorreu em casa.

Merece destaque, dentre os dados coletados, o fato de que a maioria das vítimas conheciam os autores da violência. Questionamentos acerca da violência doméstica também são relatados por Souza (2021) em sua tese de doutorado. Segundo Souza (2021, p. 39): “[...] a violência doméstica, provocada por parceiro íntimo (atual ou de relacionamentos passados) é uma tradição matrimonial, alicerçada sobre o patriarcado”.

A violência não é um infortúnio específico das relações íntimas no cotidiano do convívio familiar, mas um produto do patriarcado estrutural.

Patriarcado, vem de patriarca, que significa pai, senhor, mestre, dono; em outras palavras, o patriarca era o dono do território de uma jurisdição e de tudo que havia nele: a terra, os recursos, a natureza, os animais, as mulheres, as crianças e os escravos. O patriarca era um chefe de família do sexo masculino, que exercia autoridade sobre sua prole e sobre os que estavam ao seu redor. O capitalismo se beneficiou do patriarcado, por meio da divisão sexual do trabalho, portanto, o capitalismo não pode funcionar sem patriarcado (AQUÍM CHAVES, 2017, p. 1 apud SOUZA, 2021, p. 41).

Assim, “o castigo aplicado, independente do seu rigor, na relação íntima entre homem e mulher, está relacionado à família patriarcal” (SOUZA, 2021, p. 43). A formação familiar, de característica patriarcal (hierárquica, heterossexual, monogâmica), foi organizada para estabelecer o domínio masculino e ser funcional para o mercado de trabalho, incluindo a reprodução da força de trabalho.

SAÚDE MENTAL E RAÇA

Quando questionados se existem diferentes queixas entre uma mulher branca e uma mulher negra, quatro funcionários citaram queixas advindas do preconceito e do racismo como específicas à mulher negra. Os outros treze entrevistados não reconhecem o sofrimento psíquico e os efeitos psicossociais causados pelo racismo enquanto demandas diferenciadas entre uma mulher branca e uma mulher negra: “*Tem a questão do vitimismo, ‘porque eu sou negra isso não acontece pra mim do mesmo jeito que acontece para uma mulher branca’. Eu não acredito nisso, tanto a preta quanto a branca se ela correr atrás consegue*” (SIC).

A maioria das respostas evocou a premissa de que “somos todos iguais”, persistindo a defesa de um sujeito universal. Porém, o racismo inicia desde cedo: a cor da pele é perceptível e enfrenta estigmatizações em sociedades racistas (ZANELLO, 2018).

A sociedade escravista, ao transformar o africano em escravo, definiu o negro como raça, demarcou o seu lugar, a maneira de tratar e ser tratado, os padrões de interação com o branco e instituiu o paralelismo entre cor negra e posição social inferior (SOUZA, 1983, p. 19 apud ZANELLO, 2018, p. 53).

Também foi expressa a ideia da mulher negra como forte, física e emocionalmente: “*As mulheres negras já têm na genética aguentar mais, de ser mais forte [...]. São até mais fortes que as mulheres brancas*” (SIC), “*As mulheres negras têm muito pouco de reclamação*” (SIC).

A suposta “força” inata da raça negra foi propagada pelos eugenistas. As mulheres negras, quando escravizadas, não foram incluídas na categoria “mulher” da mesma maneira que as brancas. As mulheres negras tinham características próximas dos animais, objetificadas sexualmente e sem direitos. Devido a misoginia racista colonial, só as mulheres brancas eram consideradas mulheres, pois via-se nelas esposas em potenciais assinalando, desta forma, a branquitude como capital matrimonial (PISCITELLI, 2009).

Prevalece o estereótipo histórico sobre o corpo subalterno da mulher negra: “[...] a fragilidade nunca vestiu o corpo negro feminino [...]. A mulher negra [...] nunca foi reconhecida ou tratada como frágil” (DA SILVA, 2017, p. 66-67). Ainda pontua Carneiro (2003, p. 1 apud DA SILVA, 2017, p. 67):

Fazemos parte de um contingente de mulheres com identidade de objeto. Ontem, a serviço de frágeis sinhazinhas e de senhores de engenho tarados e, hoje, empregadas domésticas de mulheres liberadas e dondocas, ou de mulatas tipo exportação.

As mulheres negras continuam sendo ainda mais socializadas a cuidar dos outros aprendendo a ignorar suas próprias necessidades. Assim, adoecer pode ser também um privilégio.

Faz-se urgente considerar as especificidades das experiências de ser mulher negra no Brasil, a fim de identificar as vulnerabilidades estruturadas pelo racismo e, desta maneira, nomear e ressignificar as vivências raciais na própria Atenção Primária à Saúde (APS).

SAÚDE MENTAL E CRIAÇÃO ESTÉTICA

Em relação às queixas entre mulheres magras e mulheres gordas, a maioria dos entrevistados afirmou que o corpo gordo é aquele que deve ser evitado, relacionado ao discurso

promovido pela mídia: “A obesidade afeta muito o emocional. Acarreta mais o preconceito junto” (SIC); “A gorda se queixa mais. Ela se sente mais fora do padrão e a gente sabe que na televisão, na Internet o bonito é a mulher magra” (SIC); “Em relação ao físico ninguém está satisfeito. Se é magra tem que ficar mais definida e se é gorda quer emagrecer” (SIC).

Com a popularização dos meios de comunicação de massa poucas mulheres seriam totalmente indiferentes aos ideais estéticos hegemônicos. O mercado publicitário divulga fotos e imagens de celebridades que apresentam corpos sem gordura, malhados e siliconados.

As mulheres, ao se encontrarem diante do próprio corpo, através de vitrines e espelhos, visualizam cada parte do seu corpo e, quando a imagem não é identificada com os padrões de beleza divulgados pela mídia, tornam-se “escravas” das dietas, dos remédios, das plásticas, das máquinas e do *personal trainer*. A constatação da imperfeição traz à tona a ideia de que é possível aperfeiçoar-se sempre, infinitamente (MENESES; SOARES JÚNIOR; ARAÚJO, 2017, p. 80).

A beleza deste corpo padrão tornou-se um bem de consumo disponível a todas mulheres, acentuando o crescimento das indústrias de cosméticos voltadas para o público feminino.

Se o corpo feminino libertou-se do espartilho, neste momento, encontra-se acorrentado a perseguir um tipo de corpo, adotando, muitas vezes, práticas patológicas. Conquistar o corpo ideal depende do empenho, exclusivamente, da mulher: “[...] não conseguir dominar o corpo, falhar na dieta, desistir da academia, passou a ser associado a um fracasso individual” (MENESES; SOARES JÚNIOR; ARAÚJO, 2017, p. 92).

Este padrão de beleza buscado e consumido mostra o quanto “uma ideologia que fizesse com que nos sentíssemos menos tornou-se urgente e necessária para se contrapor à forma pela qual o feminismo começava a fazer com que nos valorizássemos mais” (WOLF, 1992, p. 22).

Sobre esse debate, Meneses, Soares Júnior e Araújo (2017) pontuam que a ginástica foi legitimada como uma forma encontrada para domesticar o corpo e emoldura-lo em aparentes normalidades. As vantagens físicas e morais dos exercícios físicos revelam-se na pedagogia higiênica que associa ginástica e saúde, qualidade de vida e longevidade.

Este adestramento através da ditadura estética imposta, especialmente, às mulheres também pode ser visto como capital matrimonial, para que elas possam se fazer aceitas, desejadas e escolhidas. Zanello (2018) criou uma metáfora para compreender o processo de subjetivação experimentado por várias mulheres, a “prateleira do amor”.

Zanello (2018, p. 84) explica que “essa prateleira é profundamente desigual e marcada por um ideal estético que, atualmente, é branco, loiro, magro e jovem”. O padrão estético exclui qualquer mulher que não seja branca, heterossexual, cisgênero, de classe média ou alta, deficiente. Assim, mulheres negras, gordas e velhas encontram-se no final da prateleira, ocupando um lugar desvantajoso. Enquanto objetos, produtos, mercadorias são os homens que escolhem, avaliam e julgam as mulheres, dando a elas seu “valor”.

PROPOSTAS DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL

Como proposta de cuidado às mulheres, todos os entrevistados citaram como intervenções a necessidade de uma escuta, acolhimento mais humanizado, menos tratamentos medicamentosos e atividades grupais “para elas dividirem as experiências e contarem de suas frustrações” (SIC).

O grupo ou espaços comunitários de reunião entre mulheres podem promover sentimentos de solidariedade e sororidade: respeito, não julgamento e auxílio. “A mulher não tem

que tomar conta de tudo. Aliás, ninguém” (SIC). A fala dessa funcionária apresenta o quanto a sociedade estimula as mulheres a se concentrarem em suas falhas, em vez de perceber a crueldade que gira ao seu redor.

Abordagens baseando-se na perspectiva de gênero podem evidenciar que a mulher “louca” ou “bruxa” sofrem estigmas similares. Afinal, a caça às bruxas continua sendo organizada contra às mulheres por meio de diferentes mecanismos de exclusão, discriminação e opressão, tal como aponta o Coletivo Sycorax na tradução do livro de Federici (2017, p. 9):

A caça às bruxas [...] ainda está presente no encarceramento massivo de mulheres negras perpetrado pelo Estado; na sub-representação ou representação deturpada da mulher nos meios de comunicação; nas violências obstétricas contra as cidadãs que recorrem ao SUS; nos corpos das vítimas da violência policial nas periferias; e na experiência cotidiana de perseguição, silenciamento, agressão e invisibilização das mulheres.

Cabe ressaltar aqui, a relação temporal entre passado e presente. Fragmentos e restos do passado continuam atuais quando o sistema de saúde, por meio da equipe que o compõe, reforçam os papéis sociais, assim como estigmatizam condutas desviantes não tratando de modo contundente as violências e questões de gênero como fatores de risco para a saúde mental feminina.

Podemos analisar a partir dos trechos discursivos que os modos como as mulheres são retratadas reiteram premissas conservadoras e naturalizadas de feminilidade, por meio da reprodução de noções estereotipadas das identidades de gênero.

Durante a entrevista os funcionários utilizaram as referências instituídas e padrões dominantes de como comportar-se (desempenhos nos papéis de esposa, dona de casa, mãe) para caracterizar a “mulher louca”. Poucos associaram a própria experiência do adoecimento psíquico feminino vinculado às normas sociais e culturais, que sabemos ser resultado da opressão e da dominação.

Nesta perspectiva, a despatologização das diversas condições que nos constituem como mulheres permite ampliar a capacidade de ouvir uma queixa naquilo que ela tem de coletivo, social, político, cultural.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos objetivos neste trabalho foi retomar as raízes históricas para contextualizar o momento atual. O retorno à história e à materialidade permite expandir o olhar e romper com a regularidade dos fatos, de certezas e deveres antes inquestionáveis.

Ao longo da história os motivos para atribuir loucura às mulheres eram relacionados, sobretudo, a dois fatores: primeiro, o excesso de sexualidade, fora da relação conjugal; e o não exercício da maternidade e da domesticidade (ENGEL, 2006; CUNHA, 1986). Desse modo, a relação entre mulheres e loucura deve ser destacada também como uma questão social, considerando o histórico das pessoas que foram estigmatizadas como “loucas”.

Neste trabalho, conforme evidenciam as falas dos funcionários entrevistados, observou-se certa uniformidade com os relatos de pesquisa (ENGEL, 2006; CUNHA, 1986) que mostram que a “louca” é associada a um discurso higiênico-moral, pois as mulheres continuam sendo julgadas por performances contrárias às expectativas de gênero.

Gênero, classe e raça são determinantes sociais que deveriam ser levados em consideração nas análises e compreensão dos processos de saúde mental, uma vez que são questões que têm

sido negligenciadas nas abordagens na Atenção Primária à Saúde.

Dado o exposto, o debate a respeito do sofrimento psíquico precisa ser realizado a partir do conceito de consubstancialidade. Isto significa discutir a saúde mental sem uma hierarquização dos marcadores sociais e sem privilegiar uma categoria ou outra, pois gênero, classe e raça se imbricam de forma a não poderem ser separados.

Portanto, esperamos ter contribuído com as construções de outras práticas de cuidado na Atenção Básica, provocando a abertura para uma conversa, a fim de se pensar encaminhamentos que considerem, por exemplo, a perspectiva de gênero como referência ética, política, técnica e ideológica nas intervenções psicossociais.

Incluir ativamente a equipe nas discussões que considerem as especificidades de gênero significa observar que o ideal hegemônico de como tornar-se homem e mulher são apreendidos em nossa cultura e compreender que as produções de subjetividades são processos formados por um emaranhado múltiplo e complexo de diversidades sociais, étnicas, religiosas, geográficas, culturais.

A adoção da perspectiva de gênero nas intervenções na UBS poderá requalificar a escuta dos funcionários promovendo respeito e garantia dos direitos humanos, além de propiciar, através da ativação de processos reflexivos a nomeação de sofrimentos, como o racismo e o sexismo, para criar novas possibilidades de devir e novos modos de existência não definidos no papel idealizado de mulher.

O conhecimento das condições concretas de existência possibilitam a compreensão social do sofrimento, afinal a descontextualização dos sintomas acentua a visão biomédica e patologizadora que, por meio de uma política regulatória de configuração das emoções, padroniza como as mulheres devem agir, pensar, sentir, desejar, se expressar.

Como o corpo é compreendido como sendo situado e socializado, as queixas possuem significados dentro do contexto cultural. Para além das teorias dominantes, escolhemos outros olhares para analisar a complexidade do fenômeno da “loucura feminina”: a desnaturalização que possibilita interpretar as experiências subjetivas mediadas por forças históricas.

Considerando os limites teóricos, técnicos, históricos, dentre diversos outros, a realização desta pesquisa se propôs a apresentar que quanto mais distantes homens e mulheres estiverem dos ideais hegemônicos, possivelmente maior será o potencial de adoecimento psíquico.

Torna-se oportuno, neste momento, visualizar a ascensão neofascista atual. Falar de saúde mental em 2021 é falar da revogação das portarias, do aumento no investimento em leitos psiquiátricos e comunidades terapêuticas, do desmonte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Com essas reestruturações, a lógica manicomial continuará persistindo e, na história, o manicômio foi utilizado para coibir e interditar corpos que fugissem dos ideais de gênero.

Nesse sentido, nos pareceu necessário dissertar sobre os elementos ligados à “loucura feminina”, considerando as questões postas pela contemporaneidade em suas raízes histórico-sociais como expressão de um posicionamento político pelos quais cabe à Psicologia se firmar criticamente.

Este trabalho é apenas um esboço de pesquisa que deseja indicar caminhos e possibilidades de análise, para residentes, pesquisadores e gestores interessados neste elenco de questões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, A. M. (2010). O método materialista histórico dialético: alguns apontamentos sobre a subjetividade. *Revista de Psicologia da UNESP*, v. 9, n. 1, p. 1-13. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/422>. Acesso em: 17 out. 2020.
- ARBEX, D. (2013). *Holocausto Brasileiro: vida, genocídio e 60 mil mortes no maior hospício do Brasil*. São Paulo: Geração Editorial.
- BADINTER, E. (1985). *Um Amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- BOARINI, M. L. (2007). A formação do Psicólogo. *Psicologia em estudo*. Maringá, v. 12, n. 2, p. 443-444, maio/ago.
- BOCK, A. M. B. (2004). A perspectiva histórica da subjetividade: uma exigência para a psicologia atual. *Psicologia America Latina* [online]. fev., nº.1. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psilat/n1/n1a02.pdf>. Acesso em: 25 out. 2021.
- BUTLER, J. (1990). Actos performativos e constituição de gênero: um ensaio sobre a fenomenologia e teoria feminista. In: *Género, Cultural Visual e Performance*. Famalicão: Editora Húmus e Centro de Estudos Humanísticos da Universidade do Minho.
- CUNHA, M. C. P. (1986). *O Espelho do Mundo - Juquery, a história de um Asilo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- DA SILVA, G. A. (2017). O mito da fragilidade nunca vestiu o corpo negro. *Litterata: Revista do Centro de Estudos Portugueses Hélio Simões*, v. 7, n. 1, p. 56-71.
- ENGEL, M. (2006). *Psiquiatria e Feminilidade*. In: *História das mulheres no Brasil*. Del Priore (org.). São Paulo: Contexto, p. 322-361.
- FEDERICI, S. (2017). *Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva*. São Paulo: Elefante.
- FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. (2021). *Visível e Invisível: A vitimização de mulheres no Brasil*. Datafolha Instituto de Pesquisas. 3ª ed. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/06/infografico-visivel-e-invisivel-3ed-2021-v3-3.pdf>.
- GUARESCHI, P. A. (2007). Ética. In: *Psicologia Social Contemporânea*. Marlene Neves Strey (org.). 10ª ed. Petrópolis: Vozes, p. 49-57.
- MANSANO, S. R. V. (2012). Alguns desafios colocados para a pesquisa qualitativa na contemporaneidade. *Revista Espaço Acadêmico (UEM)*, v. 136, p. 1-9.
- MARIANO, M. O. (2012). *A Construção da Síndrome Pré-Menstrual*. Universidade Estadual do Rio

de Janeiro. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro.

MENESES, J. R., SOARES JÚNIOR, A. S., ARAÚJO, E. M. N. (2017). História da Beleza e Práticas Educativas de Adestramento dos Corpos Femininos no Brasil. *Saeculum – Revista de História*. João Pessoa, v. 37, n. 37, p. 79-96, jul./dez.

MINAYO, M. C. S. (1996). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4 ed. São Paulo: Hucitec.

MINAYO, M. C. S. (2001). O Desafio da Pesquisa Social. In: _____ (Org.) *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. 18 ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

PISCITELLI, A. (2009). Gênero: história de um conceito. In: ALMEIDA, Heloisa Buarque de; SZWAKO, José Eduardo. *Diferenças, igualdade*. São Paulo: Berlendis & Vertecchia, p. 116-148.

SILVA, T. D. M., GARCIA, M. R. V. (2019). Mulheres e loucura: a (des)institucionalização e as (re)invenções do feminino na saúde mental. *Psicologia em Pesquisa*, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, jan./abr., p. 42-52.

SOUZA, S. (2021). *Sobre mulheres, Violência Doméstica e Estado: um retrato*. Universidade Estadual de Maringá. Tese de Doutorado, Maringá.

TITTONI, J., JACQUES, M. G. C. (2013). Pesquisa. In: STREY, Marlene Neves. *Psicologia Social Contemporânea: livro-texto*. Petrópolis, RJ: Vozes.

WOLF, N. (1992). *O mito da beleza: Como as imagens de beleza são usadas contra as mulheres*. Rio de Janeiro: Rocco.

ZANELLO, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.