

## As Determinações Do Gênero E Estigma Na Autonomia De Mulheres Em Adoecimento Mental: Um Estudo Com Pacientes Internadas

Milena de Siqueira Nolasco<sup>1</sup> , Júlia Magna da Silva Teixeira<sup>2</sup> , Paula Soalheiro Gravina de Almeida<sup>3</sup> 

*Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais  
Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil*

**Resumo:** O presente artigo buscou analisar como os estigmas sobre a loucura e os estereótipos sobre o gênero feminino podem afetar a saúde e vida das mulheres em adoecimento mental. Para a aproximação do tema, foi realizada uma pesquisa com treze participantes, mulheres internadas em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte, Minas Gerais, as quais vivenciam cotidianamente as manifestações de estigmas e estereótipos sobre seu adoecimento mental e o ser mulher, dentro e fora dos serviços de saúde que fazem parte do seu cuidado. Metodologicamente, o estudo integrou uma pesquisa de cunho qualitativo, utilizando como instrumentos os grupos focais, sucedendo posteriormente com a análise do conteúdo, que permitiu explorar os múltiplos atravessamentos que existentes a partir da realidade que as participantes enfrentam. O estudo evidenciou que os estigmas e estereótipos sobre as mulheres em adoecimento mental percorrem seu cotidiano com falas de inferiorização e julgamentos e afetam seu cuidado em saúde, sua autonomia e, conseqüentemente, prejudica-as emocionalmente, o que muitas vezes pode intensificar os sintomas.

**Palavras-chave:** Saúde mental; Gênero; Estigma

## The Determinations Of Gender And Stigma In The Autonomy Of Women Suffering From Mental Illness: A Study With Hospitalized Patients

**Abstract:** This article sought to analyze how stigmas about madness and stereotypes about the female gender can affect the health and lives of women suffering from mental illness. To approach the topic, a survey was carried out with thirteen participants, women hospitalized in a public psychiatric hospital in Belo Horizonte, Minas Gerais, who daily experience the manifestations of stigmas and stereotypes related to their mental illness and being a woman, inside and outside. Of the health services that are part of your care. Methodologically, the study integrated qualitative research, using focus groups as instruments, followed later by content analysis that allowed exploring the multiple crossings that exist based on the reality of the participants. The study showed that stigmas and stereotypes about women suffering from mental illness permeate their daily lives with statements of inferiority, judgments and affect their health care, their autonomy and consequently affect them emotionally and can often intensify symptoms.

**Key words:** Mental health; Gender; Stigma

---

1 Assistente Social graduada pela Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Especialista em Saúde Mental pela Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Arapiraca-Alagoas, Brasil. *E-mail:* milenasiqueira.nolasco@gmail.com.

2 Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* julia.magnas@gmail.com

3 Assistente Social - CRESS 14916/6<sup>o</sup> Região - Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Belo Horizonte-Minas Gerais, Brasil. *E-mail:* paulasgravina@gmail.com

## INTRODUÇÃO

Historicamente, a loucura e os(as) loucos(as) eram vistos na sociedade sob diversas concepções; “de demônios a endeusados, de comédia e tragédia, de erro e verdade” (Amarante, 2007, p. 23), destinados a viver em lugares como asilos, prisões, igrejas e hospitais. Os(as) doentes mentais eram excluídos(as) do convívio social, pois eram vistos(as) como ameaças à ordem e ao bem-estar comum, que não poderiam ser afetados por pessoas fora do padrão da normalidade. Graças ao discurso científico, a loucura passou a ser vista como doença a ser tratada. Assim, por meio do isolamento objetivava-se a cura para a elevação moral, visto que o(a) louco(a) era visto(a) como portador de um caráter defeituoso e mal desenvolvido.

Na metade do século XIX, no Brasil, houve iniciativa da assistência psiquiátrica pública, que seguia o caráter asilar mediado pelos princípios da igreja católica. Na época, a sociedade brasileira, de modo hegemônico, via os(as) loucos(as) como ameaças à segurança pública, que deveriam ser recolhidos do meio social para a proteção da sociedade. Incentivado pela massa popular, o Estado Imperial criou o hospício Pedro II, em 1852, no Rio de Janeiro, com o objetivo de retirar e excluir o(a) “anormal”, espalhando por todo o território nacional o que passou a ser o espaço legitimado para a loucura (Fortes, 2010).

As internações e punições nos hospitais psiquiátricos de todo o mundo, inclusive do Brasil, eram intensificadas quando se tratava de mulheres com adoecimento mental, julgadas muitas vezes por determinismos biológicos, deduzindo-se que deveriam ser submissas na sociedade e que seu lugar no mundo era subalterno. Essas internações e punições deviam ser aceitas sem qualquer tipo de reivindicação, pois, caso contrário, essas mulheres estariam cometendo um crime ou seriam consideradas como loucas e enviadas para asilos manicomial (Toledo, 2001). As mulheres com adoecimento mental têm sido oprimidas amplamente, dentro e fora de instituições de saúde, visto que seu tratamento e a gestão de suas vidas não costumam ser compartilhados com elas e

apontam-nas como incapacitadas de gerir ou sugerir mudanças com base em estereótipos impostos sobre o gênero e/ou doença mental (Souza, 2021).

Ao longo de toda a construção e evolução da psiquiatria, as doenças mentais foram consideradas objetos da natureza e os sujeitos por elas acometidos eram excluídos e isolados. Na atualidade, as internações de mulheres e homens são sugeridas para intervir na crise, com o objetivo de estabilizá-la, para garantir tanto a integridade do(a) usuário(a) como das demais pessoas. Em contraposição a isso, Franco Basaglia, em 1985, propôs colocar a doença entre parênteses e dar maior destaque à subjetividade e autonomia dos sujeitos, valorizando suas ações e seus sentimentos, de modo que sejam posicionados como protagonistas de suas vidas, e não somente reduzidos a simples sintomas do seu adoecimento (Amarante, 2007). Em consonância com a proposta de Basaglia, a autonomia do sujeito deve ser uma prioridade, uma vez que um modelo de cuidado implica necessariamente na capacidade de foco e compreensão do paciente quanto à sua doença sejam avaliadas com cuidado, de modo que não seja retirado o direito de ação do indivíduo, mas também para que não se prejudique seu tratamento com interrupções indevidas (Soares, 2007). De acordo com Fortes (2010, p. 327) a autonomia

[...] é a capacidade de autogoverno, de livre arbítrio quanto à regência de seu próprio destino, envolve a proteção da privacidade, da confiabilidade e da procura de ações que se baseiam em um consentimento informado, opondo-se a qualquer forma de coerção, mesmo que seja justificada por eventuais benefícios sociais.

Em diversos momentos da vida das pessoas com transtorno mental, sua autonomia é reduzida sob o argumento de garantir sua proteção e a proteção do outro, dentre as vulnerabilidades postas no momento mais agudo da crise (Fortes, 2010). A pessoa em crise encontra-se vulnerável em relação à sua capacidade de organização, tomada de decisões e crítica quanto ao tratamento, colocando-se muitas vezes em risco (Mendonça, 2019). Entretanto, na maioria dos casos, essa redução é afetada pelo estigma social sobre a loucura e o(a) louco(a).

O estigma pode ser definido como uma inferiorização, defeito ou fraqueza que é imposto a algo ou alguém que seja diferente de uma norma ou padrão seguido por uma maioria (Nunes & Torrenté, 2009). Goffman (1998) remete que os estigmas são apontados como algo estranho e que diminui alguém, sugerindo características ruins e fora da normalidade posta socialmente; assim, observam-se estigmas sobre pessoas com adoecimento mental, as quais são desumanizadas, excluídas dos processos sociais e atribuídas a valores distorcidos da realidade. Nunes & Torrenté (2009, p.105) destacam que

estigmataseviolênciasseinscrevemnouniverso das representações sociais. O estigma pode ser expresso como uma condição genérica de preconceito arraigado e naturalizado na nossa cultura, sintetizado na frase de um profissional: “a sociedade não está pronta para receber o usuário”. Esse preconceito mantém-se relacionado, principalmente, aos conceitos de periculosidade e de infantilidade atribuídos à loucura e a uma redução do sujeito à doença.

A história da clínica psiquiátrica aponta que por décadas o(a) louco(a) não tem sido visto como um sujeito a ser estudado e tratado, mas sim passível de exclusão social de cunho “moral”, com a retirada do direito de falar sobre si mesmo e seu tratamento. Destaca-se que esse silenciamento é intensificado quando se trata das mulheres consideradas loucas (Zanello, 2018), pois lhes são atribuídos estereótipos com discriminações e iniquidades, somadas ao sofrimento mental que enfrentam. Os estereótipos são padrões aplicados a determinados grupos, baseados pela definição cultural da sociedade e, sendo esta majoritariamente patriarcal, os traços e comportamentos pré-moldados sobre a classe de mulheres recaem como limitadores sociais (Silva et al., 2018).

De acordo com Showalter (1987), citada por Zanello (2018), os manicômios, assim como o casamento, foram criados como formas de confinar mulheres e lhes deixarem loucas. Os homens em todo o decorrer da história são considerados racionais, e as mulheres, insanas, associando a loucura a um erro delas, próprio de sua essência. A

experiência da loucura é historicamente vivenciada de forma distinta entre o gênero masculino e o feminino e, em muitos casos, as mulheres foram colocadas em instituições asilares apenas por casos de alterações de comportamento associados a posturas indisciplinadas (Engel, 2000).

Em 1890, médicos alienistas – profissionais que estudavam a ciência denominada alienismo, pioneira nos estudos de transtornos mentais (Amarante, 2007), chegaram a considerar “loucura menstrual” e apontavam que o momento em que a mulher menstruava era favorável às manifestações de doenças mentais, pois indicavam que grande parte delas apresentavam algum tipo de perturbação no sistema nervoso quando estavam nesse período, mesmo quando se tratava de uma ocasional enxaqueca (Engel, 2000).

Assim, a imagem feminina foi construída com base em uma lógica carregada de estereótipos, os quais determinam que as mulheres sejam qualificadas como naturalmente frágeis, submissas, doces e sedutoras, e aquelas que apresentassem contrariedade a essas “atribuições” deveriam ser consideradas seres antinaturais (Engel, 2000). São criadas expectativas sobre o que se espera das ações das mulheres, sinais de fraqueza, obediência e, como ponto importante a destacar, a loucura. Dessa forma, passa a ser naturalizado, inclusive, o adoecimento feminino como a individualização do problema, com justificativas que se voltam para questões orgânicas através de explicações psicologizantes, indicando um modelo a-histórico e sem crítica do que é ser mulher (Faria, 2019).

A autora Scott (1995, p. 7) disserta que o gênero é uma maneira de representar algumas construções sociais, nas quais há um delineamento sobre os papéis direcionados aos homens e às mulheres. Diante disso, a desigualdade de gênero é encontrada no cotidiano ao percebermos as diferenças no que é designado; por exemplo o choro, destacado como expressão proibida ao homem, mas atribuída às mulheres. Zanello (2018, p. 23) aponta o exemplo do choro e questiona:

Destaca-se que “choro” é o exemplo dado nos principais manuais de classificação diagnóstica para o sintoma “tristeza”,

para diagnosticar o transtorno mental da “depressão”. Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres? Ao definir os sintomas que compõem certo transtorno, sem uma crítica de gênero, pode-se criar um olhar enviesado que hiperdiagnostique transtornos em certo grupo e invisibilize-os em outros.

As mulheres em adoecimento mental são incompreendidas com relação a seus dizeres e atos, tanto por profissionais como por pessoas do convívio destas. Vinculam-se suas falas a desorganização/deslocamento da realidade social associando-os a possível doença mental, não considerando a existência das suas subjetividades e modos de autonomia, o que pode acarretar a intensificação dos sintomas, uma vez que a incompreensão gera cansaço e exaustão para as que estão nesta posição. A ideologia patriarcal reforça papéis para as mulheres interligados a valores inferiores em relação aos homens. Faria (2019, p. 19), aponta que

concretamente a ideologia patriarcal dissemina uma visão sobre as mulheres que as caracteriza como naturalmente sensíveis, emotivas, delicadas; e os homens como naturalmente corajosos, racionais, inteligentes. Trata-se de uma forma de interpretar o mundo fundamental para garantir a manutenção dos privilégios objetivos dos homens e também das concepções que os privilegiam, oferecendo padrões de comportamento que cada gênero deverá seguir.

Analisando a loucura sob a perspectiva de gênero, Souza (2021, p. 14) aponta que “[...] além das mulheres serem predominantes em números de casos, também são predominantemente representadas como irracionais, e os homens, como detentores da razão”. A doença é atravessada pelos estigmas da loucura das mulheres e pelas desigualdades impostas nos processos de individualidade do que é ser homem e do que é ser mulher com adoecimento mental, dentro e fora dos modos de cuidado e tratamento, provocando sofrimento e dificuldades na adesão ao tratamento

e participação social em diversos âmbitos da vida, acarretando a depreciação dessas pessoas, levando-as ao distanciamento e isolamento dos grupos dominantes, considerados padrões na sociedade. Nascimento & Leão (2019, p. 104) ressaltam que

ainda que não tenha vivenciado um processo de institucionalização, a pessoa com algum tipo de transtorno mental está sujeita a ser estigmatizada, devido aos valores manicomial e excludentes que se fazem presentes na sociedade, o que dificulta seu processo de recuperação devido à internalização do estigma.

Quando dialogamos sobre os estigmas apontados sobre as doenças mentais e os estereótipos sobre as mulheres, destacamos que estão por essência inseridos no olhar cultural e social permeado de preconceitos. Cria-se, então, um distanciamento entre as pessoas que estão estigmatizando e aquelas que estão sendo estigmatizadas, visto que constará uma violência sendo inserida por meio de julgamentos, olhares, ações preconceituosas e o próprio abandono desses, para auxiliar e compreender o outro diante de cada experiência individual, atravessada pelas questões de classe, raça e gênero (Nascimento & Leão, 2019; Nunes, 2009). Nesse sentido, o presente estudo buscou analisar como os estigmas sobre a loucura e os estereótipos sobre o gênero feminino podem afetar a saúde e vida das mulheres com doença mental.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### Tipo/desenho do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de cunho qualitativo, que propôs uma pesquisa de campo com a técnica dos grupos focais, tendo como principal ponto de discussão tópicos acerca da relação entre estigma, estereótipos de gênero e autonomia de mulheres em adoecimento mental. Em seu texto, Minayo (1994, p. 51) expõe que a pesquisa de campo “se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também

de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. Com esse método, podem-se produzir conhecimentos e reflexões acerca do tema proposto com base em vivências e narrativas de mulheres internadas em um hospital psiquiátrico público de Belo Horizonte.

Segundo Gondim (2003, p. 150), a pesquisa qualitativa “[...] destaca a diferenciação entre os dois tipos de objetos de estudo – o físico e o humano – ao admitir que, ao contrário do objeto físico, o homem é capaz de refletir sobre si mesmo e, por meio de interações sociais, construir-se como pessoa”. Assim, o estudo exploratório pode ampliar a fonte de saberes e considerações sobre as limitações colocadas mediante o estigma da loucura e estereótipos do gênero sobre as mulheres.

### **Local do estudo**

O presente estudo teve como cenário um hospital psiquiátrico público, situado em Belo Horizonte, inaugurado em setembro de 1922, cujo cotidiano consiste na execução de atividades de ensino e pesquisa e na assistência aos usuários da saúde mental que estão internados devido à agudização de seu adoecimento mental após a crise. O serviço funciona em regime de urgência e emergência ambulatorial e internação de curta permanência, seguindo as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Atende usuários da região metropolitana e do interior de Minas Gerais.

Atualmente o hospital tem 104 leitos ativos, divididos em seis unidades assistenciais. A equipe que está ligada diretamente às pacientes é composta por profissionais que estão distribuídos entre assistência, direção e coordenação.

### **População/amostra**

Foram incluídas na pesquisa, após amostragem não probabilística por conveniência, pacientes internadas nas alas femininas do hospital psiquiátrico, um grupo com sete mulheres na Ala A e um grupo com seis mulheres na Ala B. As participantes tinham idades entre 20 e 50 anos, residiam em cidades metropolitanas de

Belo Horizonte, onde umas conviviam com pais e irmãos, outras com cônjuges e filhos. Dessa forma, foram articuladas intervenções que objetivaram o aprofundamento do debate e reflexões sobre como os estigmas e estereótipos em relação às mulheres com adoecimento mental influenciam o processo de autonomia e cuidado em saúde.

Os critérios de inclusão na participação da pesquisa foram: ser mulher, estar internada no hospital psiquiátrico, ter condição indicada pela equipe assistencial acompanhante e que aceitassem participar da pesquisa após a compreensão e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios para exclusão na participação da pesquisa foram: pacientes que estivessem impossibilitadas por condições de seu quadro ou devido a questões de rotina institucional e mulheres internadas compulsoriamente.

### **Coleta de dados e procedimentos do estudo**

A coleta de dados ocorreu entre o período de 01 de julho a 30 de agosto de 2023, após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG), conforme cronograma proposto. Houve aviso prévio sobre a execução da coleta de dados às equipes assistenciais e participação na reunião de discussão de caso das alas A e B para definir quais pacientes estavam em condições de participar da pesquisa. Em seguida, as participantes foram abordadas previamente ao início do grupo, orientadas sobre o funcionamento e objetivo da pesquisa e questionadas se aceitariam participar da discussão proposta.

O início do estudo exploratório ocorreu somente após todas as participantes terem concordado formalmente em participar da pesquisa, mediante a leitura e assinatura do TCLE, de forma a garantir os preceitos éticos e o sigilo dos dados e assegurar seus direitos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Brasil.

A pesquisa de campo decorreu mediante a utilização de grupos focais, que permitiram uma coleta de dados das interações grupais desenvolvidas com base no tema proposto, proporcionando

a aproximação de percepções, atitudes e representações sociais do lugar em que as pessoas envolvidas na pesquisa se encontram, bem como seus conhecimentos e vivências significativas (Gondim, 2003). Foram construídos coletivamente saberes e conhecimentos entre pesquisadora e participantes, uma vez que “o campo se torna um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre pesquisador e grupos estudados, propiciando a criação de novos conhecimentos” (Minayo, 1994 p. 54). O estudo foi fundamentado por questões teóricas de autores(as) que abarcam gênero, saúde mental, estigma e autonomia em seus estudos.

A coleta de dados ocorreu em dois encontros com o método de grupos focais, o primeiro com sete pacientes da Ala A e o segundo com seis da Ala B (com participantes diferentes em cada encontro). Com a devida autorização delas, foi feita gravação de áudio para uma análise mais detalhada da pesquisa. Para guiar a discussão dos grupos, a pesquisadora utilizou um roteiro semiestruturado construído com base na literatura sobre o tema, composto por cinco perguntas:

1. Você acredita que já sofreu algum tipo de preconceito ou discriminação por ser mulher e/ou por ter uma doença mental?
2. Você acha que existe diferença entre o tratamento de saúde que você recebe e o tratamento que um homem recebe?
3. Você consegue dar sugestões ou tirar dúvidas sobre seu tratamento? Como a equipe reage?
4. Você acredita que tem autonomia para tomar decisões?
5. No dia a dia, você nota alguma limitação à sua autonomia, imposta por pessoas do seu convívio, na sua casa e no seu bairro?

### **Metodologia de análise dos dados**

A análise dos dados coletados ocorreu entre 01 de setembro de 2023 a 30 de dezembro, com o objetivo de compreender como os estigmas e estereótipos em relação às mulheres com adoecimento mental influenciam no processo de autonomia e cuidado em saúde. Depois de serem

gravados em áudio, os diálogos abordados foram transcritos com o auxílio do programa google *pinpoint*. Posteriormente, as falas foram separadas em duas categorias, uma que elencou o tema do atravessamento do gênero e o adoecimento mental e a outra sobre a autonomia e o cuidado em saúde mental. Sendo uma pesquisa fundamentada na essência qualitativa, o estudo sucedeu com a análise do conteúdo, com métodos que intercalaram aspectos teóricos e técnicos voltados ao conhecimento acerca da realidade social, aproximando-se de questões da vida humana em sociedade e suas expressões e desvendando-as de modo crítico (Santos, 2012).

A técnica de análise de conteúdo com a vertente que se baseia na visão da autora Laurence Bardin permitiu explorar os múltiplos atravessamentos existentes considerando a realidade colocada pelas participantes da pesquisa. Com a exploração da realidade foi possível se aproximar de assuntos voltados à subjetividade de cada uma e como os estigmas sobre o adoecimento mental e sobre o seu gênero intrinsecamente afeta seus cotidianos, com limitações a autonomia e intensificação do sofrimento mental. Esse método de análise se estrutura em três fases: pré-análise (organização e levantamento do material a ser analisado mediante os critérios de elegibilidade caracterizados pela exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência); exploração do material (codificação dos documentos levantados, que será sucedida pelo recorte da pesquisa, com base em tema, palavras e acontecimentos); e análise do conteúdo (criação de categorias temáticas, por meio da análise das narrativas que podem refletir a realidade apontada pelas referências teóricas (Santos, 2012).

### **Considerações éticas**

A pesquisa proposta iniciou após ser submetida à avaliação da Coordenação de Inovação e Pesquisa (CIP/FHEMIG) e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/FHEMIG), CAAE 70059923.6.0000.5119 e parecer 6.229.802, conforme fluxo de encaminhamento de projetos de pesquisa da FHEMIG. Todo o estudo foi realizado com a devida autorização das participantes, via

leitura e assinatura do Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o qual elas estavam cientes de que não sofreriam danos, sendo resguardado o anonimato e o respeito aos limites delas.

Todas as informações levantadas foram analisadas, armazenadas e elencadas, e a identidade de cada participante da pesquisa foi protegida. Caso os dados sejam posteriormente apresentados e/ou publicados em eventos científicos, será preservado o anonimato, sendo garantidos a confiabilidade das falas, os relatos e as vivências. Assim, com o intuito de manter em sigilo as identidades, as análises trazem nomes fictícios de mulheres como representação das participantes da pesquisa: Maria, Helena, Laura, Manoela, Rosa, Olívia, Beatriz, Melissa, Eduarda, Jôse, Jade, Flor, Vitória.

## **Resultado e discussão**

Mediante a realização dos dois grupos focais propostos, foi possível analisar as narrativas das participantes e elencá-las em duas categorias com temas que tiveram pontos em comum, tanto sobre estigmas da doença mental, como os estereótipos de gênero e as limitações a autonomia no cuidado em saúde. Relacionamos a seguir a realidade dessas mulheres com pesquisas teóricas que abordam os temas.

### **O caminho solitário e a sobrecarga das mulheres em adoecimento mental**

Durante a discussão fomentada nos grupos, temas como exploração da mulher e sobrecarga de tarefas foram se repetindo nas falas. Elas relataram como ser filha, esposa, mãe e profissional, entre outros papéis, as sobrecarrega emocionalmente, apontando esses fatos como fatores influenciadores do seu adoecimento mental. Como exemplificam as participantes:

Eu não gosto de ser mulher, eu acho que mulher é muito sobrecarregada, muita responsabilidade e sei lá, eu não gosto de ser mulher não, eu acho que nós mulheres somos muito cobradas. Muita cobrança

com tudo, com aparência, aí você tem que ser mãe, esposa, trabalhar fora (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Eu surtei há sete anos atrás, tive o meu primeiro surto por causa disso mesmo. Eu tive uma sobrecarga de tarefas. É onde eu sou mãe solo também, e o que acontece, eu abastecia mais de 40 estabelecimentos, eu sou confeitadeira, já era mãe, pai, faxineira, cozinheira, psicóloga, professora tudo ao mesmo tempo (Helena, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Meu quadro é depressão grave. E foi exatamente o que mais ou menos fulana falou, que estava por causa de trabalho, entendeu? Eu fiquei muito cansada no trabalho, tava com muita pressão, muita cobrança e aí eu acabei entrando em depressão grave, pensamento de suicídio e tudo mais (Laura, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Embora o espaço no mercado de trabalho seja uma conquista alcançada pelas mulheres, trazendo a elas mais liberdade, essa libertação veio com sobrecarga de tarefas, visto que elas precisam se desdobrar entre uma dupla jornada de trabalho, exercendo funções fora do ambiente doméstico e dentro dele (Souza & Guedes, 2016). As narrativas trazidas pelas participantes indicam como os caminharas são muitas vezes solitários e permeados de críticas. Esses fatores podem estar diretamente associados aos papéis sociais que são atribuídos a essas mulheres, diante da estrutura patriarcal imposta. Uma vez que

o patriarcado não consiste apenas na intensa discriminação salarial das trabalhadoras, em sua segregação ocupacional e em sua marginalização de importantes papéis econômicos e político-deliberativos, mas também no controle de sua sexualidade e, por conseguinte, de sua capacidade reprodutiva (Saffiotti, 2009, p. 11).

Podemos notar como há sobrecarga de atribuições às mulheres, mencionadas por algumas participantes do estudo como um estímulo para

seu adoecimento, como relatado pela participante Manoela

Mas a mulher, ela que é designada, igual as meninas falaram, ela que é responsável pela casa, geralmente é assim, né? [...] ela sempre está por trás de uma boa administração de um povo, pelas boas tarefas numa empresa. Mas existe essa questão também, é ela é muito sobrecarregada por várias dessas tarefas que ela é desempenhada a fazer, e eu acho que por causa dessas várias tarefas que ela é desempenhada a fazer, que geralmente acontece os curtos-circuitos, porque aí vai entrar na questão desse lapso mental, né? (Manoela, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Toledo (2003, p. 25), após realização de estudos da antropologia, aponta que “a mulher não nasceu oprimida ou inferiorizada, mas passou a ser tratada dessa maneira”. Indica-se que de forma estrutural as mulheres foram introjetadas na lógica da exploração e subordinação de gênero, ocasionando impactos à sua saúde física e mental. Assim como registrado na história da psiquiatria, aponta-se para marcas históricas sobre a inferiorização sobre o gênero feminino. Em seu texto, Pereira (2020) destaca que

ao estabelecer-se enquanto ciência de classe (Basaglia, 2010a), a Psiquiatria se constitui enquanto uma ciência dogmática que produz estigma e exclusão, e como tradição ideológica acaba por universalizar ideias particulares vinculadas a interesses específicos. Dessa maneira, para além do nascente Hospital Psiquiátrico, a ideologia psiquiátrica ganha corpo nas leis, na arte, na atividade econômica e nas relações pessoais, desenvolvendo-se e modificando até os dias atuais e sendo marcada pelas relações de gênero e de raça que estruturam a sociedade de classes: os diagnósticos, asilamentos e redução à lógica médica de uma série de sofrimentos se apresenta também respondendo à ideologia, garantindo a hegemonia da classe dominante (p. 58).

A mulher, constantemente associada a “passividade, maternidade, fragilidade moral e enlouquecimento” (Pereira, 2020, p. 59), além de

conviver com imposições sobre seu comportamento e afazeres e exigências sociais sobre o seu gênero, sofre as cobranças apontadas sobre pessoas com adoecimento mental. Durante as discussões expressas nos grupos focais, as participantes afirmaram que as diversas funções designadas às mulheres acabam lhes causando sofrimento. Torna-se, assim, evidente que os diagnósticos postos, na maioria das vezes, não estão apenas atrelados a fatores biológicos da natureza feminina, mas desencadeados também aos segmentos dos entrelaces de gênero na estrutura social colocada.

De acordo com Engel (2000), historicamente foi registrado um número maior de internações de mulheres do que de homens, o que se justifica pela pobreza, prostituição e cor da pele. Em épocas passadas, as mulheres que conseguiam um melhor tratamento eram as consideradas de boa família, de classe média/alta e brancas, destacando como as questões de gênero, classe e raça são determinantes do cuidado em saúde mental ofertado.

As desigualdades nas relações sociais de gênero apontam para quais lugares e momentos é tolerado o adoecimento mental das mulheres. Quando elas adoecem durante a condição de filhas, abre-se um espaço para que sua impossibilidade momentânea de executar afazeres domésticos, estudos ou trabalhos profissionais possa colocá-las em segundo plano até sua estabilização. Entretanto, quando adoecem condicionadas a serem mães e/ou esposas, esses papéis se sobrepõem ao sofrimento psíquico, colocando-as na posição da realização da tarefa do cuidado aos familiares paralelamente à execução de seus estudos, seu exercício profissional e o adoecimento (Santos, 2009).

A respeito dos preconceitos que sofriam por ser mulher e por realizarem tratamento em saúde mental, as participantes relataram processos de estigmatização vindo de pessoas próximas a elas. Afirmaram que no processo de violência contra as mulheres, e quando sujeitas ao adoecimento mental, elas são apontadas como perigosas, erradas, loucas, incompetentes e oprimidas. Como exemplo dessas violências verbais e deslegitimação sobre a mulher com adoecimento mental, podemos destacar as narrativas

[...] sabe uma coisa que sempre acontece com a minha própria família? Por isso que eu ficava muito assim, deprimida em aceitar o meu problema, falam “ah, é mais um delírio seu”. Ah é não, isso faz parte dos seus delírios, faz parte”. [...] Então, acho que a forma de tratar, porque é igual a pessoa com asma, você não vai virar pra pessoa com asma e vai falar assim “respira o ar tá aí, por que que você não vai respirar? Tá ali o ar, então você não dá conta de respirar o ar? (Rosa, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

O tratamento que você tinha antes de ter depressão, você não tem mais, as pessoas se afastam de você, te trata como se você fosse doída, outra hora diminui o seu sofrimento, falando que você não tem motivos pra tá desse jeito. Eles acham que é fácil, né? Acham que é fácil e que você não tem motivo para tá assim, que é só você chegar a passear que tudo vai passar, entendeu eu tive bastante (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

No tratamento não tem preconceito, agora o que anda rolando na região onde que eu moro é que falam que eu sou doída, e isso atrapalha, me incomoda e magoa. Porque eu não sou doída. Eu simplesmente tô fazendo tratamento com coisas do passado, que já passou igual foi dito para todo mundo (Olívia, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Os próprios diagnósticos feitos para a maioria das mulheres carregam estereótipos sobre o gênero, como é o caso da “depressão maior, apontado pela epidemiologia como sendo predominantes em mulheres” (Zanello, 2014, p. 46). Os diagnósticos são baseados em valores considerados ideias sobre a natureza feminina, sobre como devem se comportar para serem consideradas dentro dos estereótipos sociais.

Sendo o sofrimento psíquico mediado pela linguagem e pela cultura, é imprescindível que a fala das pacientes seja reconhecida não só pelos profissionais atuantes nas políticas e nos serviços de

saúde, mas por toda a população, considerando a compreensão da complexidade dos aspectos sociais e históricos que perpassam o adoecimento mental de diversas mulheres. Assim como coloca Valeska Zanello (2014, p. 46): “se o sujeito se constitui nas relações de gênero, não se pode desconsiderar a participação destes valores, estereótipos e ideais na formação do próprio sintoma”.

### **A autonomia das mulheres e o cuidado à saúde**

Foi possível identificar nas falas das participantes pontos de reflexões acerca de como se dá a autonomia em suas vidas. Aqui este conceito aparece como sinônimo de liberdade e de capacidade para fazer escolhas, sendo este um processo que em si mesmo pode ter um impacto na sua condição emocional, ilustrado nas falas a seguir:

[...] saber o certo e o errado, saber ter a sua independência no grau devido, sem atrapalhar outra pessoa. [...] Aquelas que têm a mentalidade de saber o que autonomia de distinguir o certo e o errado. A autonomia para escolher mesmo, as tarefas que ela tem de desempenhar. E o mais importante é eu escolher essas tarefas sem preconceito, né? Também é uma carga emocional muito grande, porque envolve tanto a questão do preconceito, o machismo e a independência financeira (Rosa, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

A autonomia para mim é entender a liberdade, liberdade de escolha para ser mãe e para não ser, para casar e para não casar, para ficar solteira, para viajar sozinha, para fazer o que ela quiser (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Aí elas falaram independência, ótimo isso, tem que ter independência. Independência financeira para mim, comprar uma fruta para uma vitamina, ajudar mesmo pagar uma conta. Que que nós tá acontecendo hoje. Hoje eu vim parar aqui porque meu marido não aceita eu trabalhar em casa (Olívia, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Esta autonomia é limitada por fatores excludentes da sociedade, na qual as mulheres são em sua maioria enquadradas nos estereótipos apontados como corretos pelo patriarcado. Percebe-se como os fatores limitantes impostos aos meios sociais, como rótulos, padrões de normalidade, dependência emocional e financeira, afetam consideravelmente a saúde e a autonomia de como ser mulher e atuar em sua própria vida.

A garantia de um trabalho profissional está entre as possibilidades para as mulheres em adoecimento mental ganharem autonomia e liberdade. Segundo Saffioti (1969, p. 42), “para a mulher, ter um emprego significa, embora isso nem sempre se eleve a nível de consciência, muito mais do que receber um salário. Ter um emprego significa participar da vida comum, ser capaz de construí-la, sair da natureza para fazer a cultura, sentir-se menos insegura na vida”. Colocado como um fator importante para que essas mulheres se identifiquem como seres autênticos e que percebam suas necessidade e valores para que possam ter a capacidade para desenvolver e modificar sua própria história (Ayres, 2001).

A autonomia está em ter conhecimento de seus direitos sociais, políticos e culturais, implica em ser protagonista de seu cuidado, ter a autogestão da própria vida, pode ser inclusive a aceitação e implicação quanto a seu tratamento, reconhecendo que este não é mais um dos limitadores do seu cotidiano, mas algo que lhe auxiliará a dar o seguimento necessário a suas atividades (Campos & Campos (2009) apud Paiva e Pinto (2021)). Paiva e Pinto (2021) destacam que a compreensão da autonomia é referida como

[...] a capacidade de um sujeito lidar com sua rede de dependências. A autonomia poderia ser considerada um processo de coconstituição da capacidade de um sujeito de compreender a si mesmo e ao contexto e de agir com base nessa compreensão (p. 3).

Ressalta-se que a autonomia não é estar em uma ação individual e solitária, assim como Soares e Camargo Jr. (2007) apud Paiva e Pinto (2021, p. 3) retratam: “quanto à importância de não se confundir autonomia com individualismo, nem liberdade com

algo descolado da realidade política e do contexto sociocultural no qual os indivíduos se inserem”. Durante a abordagem do tema, a participante Helena destacou a importância de localizar a autonomia, afirmando que

[...] chegar à conclusão de que eu precisava de um tratamento e que sozinha não dou conta de tudo. Isso é a maior virtude que eu acho que uma mulher empoderada, uma paciente pode fazer, dizer que eu não dou conta de tudo sozinha. Por mais que você tenha autonomia da sua vida, você chegar admitir que você não dá conta de tudo é uma das grandes virtudes também (Helena, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

Mesmo após a alta das usuárias dos serviços que estão realizando tratamento, a comunidade que as circunvizinha coloca nelas estigmas e estereótipos baseados em constructos históricos e socioculturais que as inferiorizam e impactam seu dia a dia e, por conseguinte, seu processo de autonomia. Cardoso (2019, p. 229) retrata que existe “um ideal preconcebido: seja de racionalidade, comportamento ou mesmo por atributos imanentes ao indivíduo, como raça, sexualidade e gênero”. Tais fatores, quando fogem desses padrões que são somados ao adoecimento mental, recaem sobre as mulheres como um estigma e estereótipo que delimita os processos de autonomia do cuidado, como o exemplo dado pelas participantes:

Eu acredito que a sociedade, se ela já é uma sociedade, principalmente aqui na cultura do Brasil. [...] eles fazem assim: “Ah não, todos que estão ali no hospício, eles são loucos”. Então você não deve escutar certos tipos de pessoas. Se você sair e ganhar sua alta, as pessoas vão: “ah eu não vou acreditar em você porque você é uma louca, você é nada.” [...] eu acredito nesse tipo de preconceito da sociedade (Maria, comunicação pessoal, agosto 30, 2023).

Tem pessoas que acham que porque você tá num Hospital Psiquiátrico que elas podem fazer qualquer coisa com você e não é assim não (Beatriz, comunicação pessoal, agosto 23, 2023).

A interseccionalidade entre raça, gênero e classe que existe na realidade dessas mulheres impacta também seus cotidianos, quando são oprimidas não só pelo estigma da doença mental e os estereótipos sobre o gênero, mas são impactadas pelas dimensões econômicas e políticas do ser mulher de uma classe social baixa e também por ser mulher negra. Collins (2019, p. 9) aponta que algumas mulheres precisam “[...] lidar com as experiências vividas em meio a opressões interseccionais de raça, classe, gênero, sexualidade, etnia, nação e religião”. Esses fatores trazem limitações em seus cuidados em saúde, sua rotina, autonomia e podem acarretar também a intensificação do adoecimento mental.

Entre os diálogos suscitados na discussão, o tratamento e as medicações de algumas mulheres foram definidos pela participante Melissa (comunicação pessoal, agosto 23, 2023) como: “O bom-dia nosso começa com medicação, depois disso, depois aquilo”. Depois, as demais participantes concordam e fazem o cumprimento como parte de suas realidades como usuárias de serviços de saúde mental, em que, frequentemente, são primeiro medicadas para depois serem consideradas suas singularidades. Nessas circunstâncias, associa-se o uso das medicações como um processo de aumentar a produtividade de mulheres que estavam internadas e/ou reduziram seus afazeres por estarem sobrecarregadas. Pode-se destacar que era e ainda é recorrente a associação de medicalização e tratamento de depressão e ansiedade como sintomatologias femininas, desconsiderando as questões sociais e relações familiares, sendo a própria velhice das mulheres em diversos casos associada a fragilidade emocional (Andrade, 2014).

A autonomia das mulheres é ainda uma importante ação para construção e desenvolvimento de seus cotidianos e aparece como um dos pontos centrais durante a discussão do grupo focal da pesquisa, visto que a autonomia das usuárias, dentro e fora dos serviços de saúde, é um dos principais fatores para o cuidado da saúde mental. É de suma atenção que a autonomia e o cuidado à saúde considerem o contexto sociocultural, que engloba as diversas nuances de ser mulher em um ambiente social baseado em papéis de gênero, raça e

classe, somado aos estigmas postos a quem está em adoecimento mental.

Nesse mesmo sentido, os serviços e profissionais de saúde têm um papel fundamental para agregar, estimulando que as usuárias tenham sua própria liberdade de escolha, possam discutir sobre o melhor tratamento, consigam fazer seus afazeres de trabalho e cotidiano pessoal, sem que os estigmas e estereótipos as limitem. É significativo que os sujeitos que estão em tratamento possam conhecer sobre seu quadro de saúde e serem corresponsáveis sobre ele, para que os profissionais não estejam no lugar de supremacia sobre o outro e que garantam que essas usuárias se sintam seguras enquanto estão nesse lugar de adoecimento (Paiva & Pinto, 2021).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mulheres e homens em processo de adoecimento mental têm sido excluídos e marginalizados ao longo da construção sociocultural. Quanto às mulheres que estão em algum sofrimento mental, os estigmas e estereótipos podem ser intensificados, uma vez que a sociedade é marcada por um sistema patriarcal, classista e racista. Pessoas do sexo feminino são silenciadas e deslegitimadas constantemente em seus cotidianos, o que é abordado em diversos momentos pelas participantes da pesquisa e vai de encontro a suas realidades.

Durante a própria construção da pesquisa, esbarramos nas vulnerabilidades encontradas pelas nuances do sistema cultural imposto às mulheres em adoecimento mental. No momento que pacientes foram abordadas e questionadas se gostariam de participar da discussão com o grupo, algumas delas relataram não se sentirem confortáveis com a temática das limitações colocadas sobre seu gênero e seu adoecimento mental, afirmando que esses assuntos lhes causavam gatilhos para o sofrimento mental. Nota-se como a estrutura social é permeada e atravessada de forma acentuada com violências que afetam a vida e saúde de muitas mulheres.

As usuárias que aceitaram participar da pesquisa relataram como os estigmas do seu adoecimento mental e a desigualdade de

gênero impactam sua vida e conseqüentemente o seu tratamento, constatando que são cobradas excessivamente por familiares, vizinhos e até mesmo nos serviços de saúde que utilizam. Compreende-se que estes fatores influenciam o processo de autonomia dessas mulheres, visto que elas se recusam a buscar alterações que desejam na sua vida por serem colocadas em lugares que limitam sua liberdade.

Muitos desses cenários são relacionados à própria intensificação do sofrimento com o adoecimento mental, pois pessoas do círculo social dessas mulheres se afastam e as julgam seguindo estereótipos e estigmas. Toda a sociedade aponta questões que inferiorizam e impossibilitam que essas mulheres ocupem os lugares de trabalho, lazer, saúde e cultura que lhe são seus por direito.

Nesse sentido, a pesquisa contribuiu para a reflexão e possíveis mudanças que devem ser realizadas nos serviços de saúde e nos meios socioculturais de vivência de mulheres que estão em adoecimento mental. É importante que seja implantada uma escuta mais qualificada e ampliada pelas equipes de saúde e assistência, invocando também a presença dos familiares e pessoas do convívio das pacientes nas atividades dos serviços, para que assim possam ser agregados debates que incentivem a reinserção das usuárias na sociedade. As políticas públicas precisam ser ampliadas para o acesso integral a serviços de saúde, assistência, cultura, trabalho para, assim, favorecer a consolidação da autonomia e liberdade das mulheres nos mais diversos âmbitos sociais.

## Referências

- Amarante, P. (2007). *Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Editora Fiocruz.
- Andrade, A. (2014). (Entre)laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: Zanello, V.; Andrade, A. (Org). *Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. (pp. 41-58). Appris.
- Ayres, J. R. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência saúde coletiva*. 6(1), 63-72. Doi: 10.1590/S1413-81232001000100005.
- Cardoso, C. C. (2019). Estigmas de gênero nos corpos do Hospital Juquery. *Mosaico*. 10 (17), 227-244. <https://doi.org/10.12660/rm.v11n17.2019.80287>
- Collins, P. H. (2019). *Pensamento Feminista Negro*. Boitempo.
- Engel, M. (2000). Psiquiatria e feminilidade. In: Priore, M. (Org.). *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 270 -322). Contexto.
- Faria, N. (2019). *Violência de gênero e saúde mental: reflexões a partir de um estudo de caso* [Trabalho de Conclusão de Residência, Universidade Federal de Juiz de Fora].
- Fortes, H. (2010). Tratamento compulsório e internações psiquiátricas. *Revista Brasileira Saúde materno infantil*. 10(1), 321-330. Doi: 10.1590/S1519-38292010000600009.
- Goffman, E. (1988). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ªed. Rio de Janeiro: LTC.
- Gondim, S. (2003). *Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos*. *Paidéia*, 12(24), 149-161. Doi: 10.1590/S0103-863X2002000300004
- Mendonça, S. (2019). Dignidade e autonomia do paciente com transtornos mentais. *Bioética*. 27(1), 46-52. Doi: 10.1590/1983-80422019271285
- Minayo, C. (1994). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Vozes.

- Nascimento, L., Leão, A. (2019). Estigma social e estigma internalizado: a voz das pessoas com transtorno mental e os enfrentamentos necessários. *Hist. Cienc. Saúde Manguinhos*. 26(1), 103-121. Doi: 10.1590/S0104-59702019000100007
- Nunes, M., Torrenté, M. (2009). Estigma e violências no trato com a loucura: narrativas de centros de atenção psicossocial, Bahia e Sergipe. *Saúde Pública*. 43(1), 101-108. Doi: 10.1590/S0034-89102009000800015
- Pereira, M. O. (2020). *Mulheres e loucura: narrativas de resistência*. [autografia].
- Pinto, V. Paiva, F. (2021). “Ah, com certeza iam me dá alta, né...”. *Autonomia no processo de cuidado em saúde de sujeitos hospitalizados*. *Physis*, 31(3), 1-20. Doi: 10.1590/S0103-73312021310315
- Saffioti, H. (1969). *A mulher na sociedade de classes*. Mito e Realidade. Quatro Artes.
- Saffioti, H. (2009). *Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres*. FLACSO – Brasil.
- Santos, A. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Revista Opinião*, 14(4), 1177-1182. Doi: 10.1590/S1413-81232009000400023
- Santos, F. (2012). *Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin*. *Reveduc*. 6(1), 383-387. Doi: 10.14244/%19827199291
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*. 20(2), 71-99. Recuperado de [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod\\_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf)
- Silva, E., Pereira, A., Penna, L. (2018). Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(5), 1-10. Doi: 10.1590/0102-311X00110317
- Soares, J., Camargo, K. (2007). A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 65-78. Doi: 10.1590/S1414-32832007000100007
- Souza, C. V. L. (2021). *Tristes, loucas ou más: História de Vida de Mulheres em Sofrimento Mental* [Dissertação de Mestrado. Universidade Federal da Integração Latino-Americana]. Recuperado em 16 de junho de 2025 de <https://dspace.unila.edu.br/bitstreams/c1dc69ea-995f-4a00-95e1-fa5044f28e62/download>
- Toledo, C. (2001). *Mulheres: O gênero nos une, a classe nos divide*. São Paulo: Xamã.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação*. Appris.
- Zanello, V., Muller, A. P. (2014). *Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade*. Appris.