



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE, CULTURA  
E HISTÓRIA (ILAACH)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR  
EM ESTUDOS LATINO-AMERICANOS (PPG-IELA)**

**TRISTES, LOUCAS OU MÁIS:  
HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL**

**Camila Viviane Lui de Sousa**

Foz do Iguaçu  
2021



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ARTE, CULTURA  
E HISTÓRIA (ILAACH)**

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR  
EM ESTUDOS LATINO-AMERICANOS (PPG-IELA)**

**TRISTES, LOUCAS OU MÁS:  
HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL**

**Camila Viviane Lui de Sousa**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar de Estudos Latinos - Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial para à obtenção de título de Mestre em Estudos Latino-Americanos.

Orientação: Prof<sup>a</sup> Dra. Maria Inês Amarante  
Coorientação: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Laura Janaína Dias Amato

Foz do Iguaçu  
2021

CAMILA VIVIANE LUI DE SOUSA

**TRISTES, LOUCAS OU MÁ:**  
HISTÓRIAS DE VIDA DE MULHERES EM SOFRIMENTO MENTAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Estudos Latino-Americanos.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Inês Amarante  
UNILA

---

Coorientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laura Janaína Dias Amato  
UNILA

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Silvana Aparecida de Souza  
UNIOESTE

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Rita de Assis César  
UFPR

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Catálogo elaborado pelo Setor de Tratamento da Informação  
Catálogo de Publicação na Fonte. UNILA - BIBLIOTECA LATINO-AMERICANA - PTI

S725t

Sousa, Camila Viviane Lui de.

Tristes, loucas ou más: histórias de vida de mulheres em sofrimento mental / Camila Viviane Lui de Sousa. -  
Foz do Iguaçu, 2021.

115 fls.: il.

Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História  
(ILAACH), Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos (PPG-IELA).

Orientador: Prof<sup>ª</sup> Dra. Maria Inês Amarante.

Coorientador: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laura Janaína Dias Amato.

1. Mulheres - Saúde mental. 2. Mulheres - Emprego. 3. Violência contra as mulheres. I. Amarante, Prof<sup>ª</sup> Dra.  
Maria Inês. II. Amato, Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Laura Janaína Dias. III. Título.

CDU 613.86-055.2

## TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): \_\_\_\_\_

Curso: \_\_\_\_\_

Tipo de Documento	
(.....) graduação	(.....) artigo
(.....) especialização	(.....) trabalho de conclusão de curso
(.....) mestrado	(.....) monografia
(.....) doutorado	(.....) dissertação
	(.....) tese
	(.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	(.....) _____

Título do trabalho acadêmico: \_\_\_\_\_

Nome do orientador(a): \_\_\_\_\_

Data da Defesa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BILATILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública [Creative Commons Licença 3.0 Unported](#).

Foz do Iguaçu, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Lucas Roberto Perucci, meu companheiro de vida, de luta, viagens, momentos bons e difíceis, por me apoiar nas mais diversas empreitadas que me proponho. Sem os seus conselhos e suporte, seria difícil continuar nessa trajetória.

Agraço à minha família, em específico aos meus pais, Ana Maria Lui de Sousa e Wilson de Sousa, pelos incentivos aos estudos e introduzirem em mim a valorização pelo saber.

Agradeço à minha orientadora, Maria Inês Amarante, por compartilhar sua sabedoria, por sua orientação e dedicação a este processo.

Agradeço à minha coorientadora, Laura Amato, pelo o esforço realizado e o olhar diferenciado que foram fundamentais para finalização desta pesquisa.

Agradeço às entrevistadas nessa pesquisa, denominadas como Cristal, Bel, Estela, Ana Paula, Laura e Rosa, obrigada por compartilharem suas histórias de vida que ainda me tocam; sem vocês, este trabalho não seria possível.

Agradeço à equipe do CAPS II de Foz do Iguaçu, por abrirem suas portas, pela acolhida do projeto e facilitarem a concretização desta pesquisa.

*“Eu disse que não sei que coisa é a loucura. Pode ser tudo ou nada. É uma condição humana. Em nós, a loucura existe e é presente como é a razão. O problema é que a sociedade, para chamar-se civil, deveria aceitar tanto a razão como a loucura, e então torna a loucura razão através de uma ciência que se encarrega de eliminá-la.”*

***Franco Basaglia***

*“Triste, louca ou má  
Será qualificada ela  
Quem recusar  
Seguir receita tal*

*A receita cultural  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina”*  
***Francisco el Hombre***

SOUSA, Camila Viviane Lui de. **Tristes, loucas ou más:** Histórias de Vida de Mulheres em Sofrimento Mental. Mestrado do Programa Interdisciplinar de Estudos Latinos - Americanos da Universidade Federal da Integração Latino-Americana. 114 p., Foz do Iguaçu, 2021.

## RESUMO

As mulheres são muito presentes como pacientes dentro dos serviços de saúde mental. Chama a atenção a aliança entre a mulher e a loucura: além de serem predominantes em numerosos casos, também são representadas como irracionais, enquanto os homens são considerados como detentores da razão. Este foi o princípio norteador desta pesquisa que tem como objetivo analisar, a partir da história de vida das mulheres inseridas no Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), em Foz do Iguaçu, a ligação entre gênero e Saúde Mental. Os procedimentos metodológicos utilizados para tal estudo foram observações de campo através das oficinas que partiram das atividades grupais durante o projeto de extensão; entrevistas semiestruturadas; além de levantamento documental e bibliográfico relacionados aos temas abordados. Compreende-se que o uso da história de vida como método colabora com esta pesquisa ao abrir espaço para mulheres duplamente silenciadas pela sociedade por seu gênero e por seu adoecimento mental. Além disso, lança um olhar sobre o modo como as mulheres com transtornos mentais veem seu acolhimento, tratamento e inserção mediante políticas e equipamentos públicos de tratamento. A análise se centrou nas temáticas dominantes na narrativa que é o trabalho, assim como em sua relação com gênero e maternidade enquanto aspecto específico da dimensão do cuidado, papel atribuído ao gênero feminino. Também foram analisados, em outros capítulos, a questão da violência, muito presente nos relatos das mulheres, e o território da loucura: o corpo feminino. Conclui-se, portanto, que há relação entre gênero e saúde mental, destacando que esta pesquisa colabora para um olhar que desloca das justificativas somente biológicas para o sofrimento mental e tenta olhar para os contextos que os adoecimentos se manifestam. Assim, pode favorecer uma visão para os profissionais da saúde que favoreça o acolhimento das mulheres em sofrimento mental.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Gênero; Trabalho; Violência; Corpo.

SOUSA, Camila Viviane Lui de. **Tristes, locas o malas:** historias de vida de mujeres en sufrimiento mental. Maestría del Programa Interdisciplinario de Estudios Latinoamericanos en la Universidad Federal de Integración Latinoamericana. 114 p., Foz de Iguazú, 2021.

## RESUMEN

Las mujeres están muy presentes como pacientes dentro de los servicios de salud mental. Llama la atención la alianza entre la mujer y la locura: además de predominar en muchos casos, también se las representa como irracionales, mientras que los hombres son considerados poseedores de la razón. Este fue el principio rector de esta investigación, que tiene como objetivo analizar, a partir de la historia de vida de mujeres insertadas en el Centro de Atención Psicosocial II (CAPS), en Foz do Iguazu, el vínculo entre género y salud mental. Los procedimientos metodológicos utilizados para este estudio fueron las observaciones de campo, a través de los talleres que partieron de las actividades grupales durante el proyecto de extensión; entrevistas semi- estructuradas; además de un relevamiento documental y bibliográfico relacionado con los temas tratados. Se entiende que el uso de la historia de vida como método colabora con esta investigación, abriendo espacio para mujeres doblemente silenciadas por la sociedad: por su género y por su enfermedad mental. Además, se analiza cómo las mujeres con trastornos mentales ven su recepción, tratamiento e inserción a través de políticas e instalaciones de tratamiento público. El análisis se centró en los temas dominantes en la narrativa, que es el trabajo, así como su relación con el género y la maternidad, como aspecto específico de la dimensión del cuidado, rol atribuido al género femenino. En otros capítulos también se analizó el tema de la violencia, muy presente en los relatos de mujeres, así como el territorio de la locura: el cuerpo femenino. En conclusión, esta investigación concluyó que existe una relación entre género y salud mental, es importante resaltar que esta investigación contribuye a una mirada que pasa de las justificaciones puramente biológicas al sufrimiento mental y trata de mirar los contextos en los que se manifiestan las enfermedades. . Así, puede favorecer una mirada a los profesionales de la salud que favorezca la acogida de las mujeres en sufrimiento mental.

**Palabras llave:** Salud mental; Género; Trabajo; Violencia; Cuerpo.

SOUSA, Camila Viviane Lui de. **Sad, crazy or bad**: life stories of women in mental suffering. Master's Degree from the Interdisciplinary Program of Latin American Studies at the Federal University of Latin American Integration. 114p. Foz do Iguaçu, 2021.

### ABSTRACT

Women are very present as patients within mental health service. The alliance between women and madness is noteworthy: in addition to being predominant in numerous cases, they are also represented as irrational, while men are considered as holders of reason. This was the guiding principle of this research, which aims to analyze, from the life story of women inserted in the Psychosocial Care Center II (in portuguese CAPS), in Foz do Iguaçu, the link between gender and mental health. The methodological procedures used for this study were field observations, through the workshops that started from the group activities during the extension project; semi-structured interviews; in addition to documentary and bibliographic survey related to the topics covered. It is understood that the use of life history as a method collaborates with this research, by opening space for women who are doubly silenced by society: by their gender and by their mental illness. In addition, it takes a look at how women with mental disorders see their reception, treatment and insertion through public treatment policies and facilities. The analysis focused on the dominant themes in the narrative, which is work, as well as its relationship with gender and motherhood, as a specific aspect of the dimension of care, a role attributed to the female gender. In other chapters, the issue of violence, which is very present in women's reports, was also analyzed, as well as the territory of madness: the female body. In conclusion, this research concluded that there is a relationship between gender and mental health, it is important to highlight that this research contributes to a look that shifts from purely biological justifications to mental suffering and tries to look at the contexts in which illnesses manifest themselves. Thus, it can favor a look at health professionals that favors the reception of women in mental suffering.

**Keywords:** Mental health; Gender; Work; Violence; Body.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1.</b> Tratamento dado ao material coletado oficinas.....	22
<b>Quadro 2.</b> Apresentação dos Encontros Realizados.....	23
<b>Quadro 3.</b> Tratamento dado ao material coletado nas entrevistas.....	32
<b>Quadro 4.</b> Perfil das Entrevistadas.....	84

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS .....</b>	<b>18</b>
2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA .....	19
2.2 HISTÓRIA ORAL DE VIDA.....	21
2.3 PROJETOS DE EXTENSÃO/OFICINAS .....	23
2.3.1 OFICINAS/ENCONTROS REALIZADOS.....	26
2.3.2 OFICINA 1 O QUE É SER MULHER NA SOCIEDADE ATUAL? .....	28
2.3.3 OFICINA 2. DIFERENÇA ENTRE HOMENS E MULHERES .....	29
2.3.4 OFICINA 3. AUTOCUIDADO .....	31
2.3.5 OFICINA 4. PRESSÃO ESTÉTICA E CORPO .....	32
2.3.6 OFICINA 5. ABORDAGEM FÍLMICA.....	33
2.3.7 OFICINA 6 TRABALHO DA MULHER E TRABALHO DOMÉSTICO.....	33
2.3.8 OFICINA 7 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	34
2.3.9 OFICINA 8. FINALIZAÇÃO .....	35
2.3.10 DEVOLUTIVA PARA EQUIPE CAPSII.....	35
2.4 ENTREVISTAS.....	36
<b>3 AS HISTÓRIAS DE VIDA .....</b>	<b>39</b>
3.1 CRISTAL.....	39
3.2 BEL.....	44
3.3 ESTELA.....	46
3.4 ANA PAULA .....	50
3.5 LAURA.....	52
3.6 ROSA.....	54
<b>4 TRABALHO E GÊNERO.....</b>	<b>56</b>
4.1 Maternidade e Cuidado .....	65
<b>5 CORPO, GÊNERO E SAÚDE MENTAL .....</b>	<b>71</b>
<b>6 VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL.....</b>	<b>79</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>86</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICE A – TABELA 4 – Perfil das entrevistas.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>97</b>
<b>Em acordo com a resolução CNS 466/2012 .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro para as entrevistas.....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A. Foto da entrada do CAPS II .....</b>	<b>101</b>
<b>ANEXO B. Figuras escolhidas pelas pacientes e imagens sobre dados sobre a situação da mulher no país.....</b>	<b>102</b>
<b>ANEXO C. Figuras escolhidas pelas pacientes e imagens sobre dados sobre a situação da mulher no país.....</b>	<b>103</b>
<b>ANEXO D. Dados situação da mulher no Brasil .....</b>	<b>104</b>
<b>ANEXO E. Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO F. Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras.....</b>	<b>106</b>
<b>ANEXO G. Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras .....</b>	<b>107</b>
<b>ANEXO H. Desenho final: figura da mulher 1 .....</b>	<b>108</b>
<b>ANEXO I. Desenho final: figura da mulher 2 .....</b>	<b>109</b>
<b>ANEXO J. Desenho final: figura do homem 1 .....</b>	<b>110</b>
<b>ANEXO K. Desenho final: figura do homem 2 .....</b>	<b>111</b>
<b>ANEXO L. Aspectos negativos e positivos no cotidiano das participantes.....</b>	<b>112</b>

## INTRODUÇÃO

Tristes, loucas ou más, como descrito pela música de Francisco el Hombre<sup>11</sup>, citada em epígrafe, são termos comumente utilizados para se referir às mulheres que fogem do que deveriam ser padrões de comportamentos femininos que serão exemplificados pelas histórias de vidas trazidas nesta dissertação.

É possível observar que a relação com a loucura se transformou de acordo com cada período histórico. No Renascimento, por exemplo, umas das concepções existentes estava ligada à percepção de transcendências, mas ao longo do século XVII, segundo Foucault, os loucos passaram a ser reconhecidos “através de sua incapacidade para o trabalho e incapacidade de seguir vida coletiva” (FOUCAULT, 2013, p. 73)<sup>2</sup>.

Nos fins do século XIX, com o advento da República no Brasil, houve um redimensionamento das políticas de controle social. Nesse contexto, a loucura torna-se doença mental, monopólio da psiquiatria (ENGEL, 2000). Esse processo está contextualizado sob uma concepção de saúde como ausência de doença, com foco no biológico, individual, que “passa a fragmentar o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estruturando um conhecimento cada vez mais especializado sobre cada função”, chamado modelo biomédico (BATISTELLA, 2007, p. 54).

Segundo Zanello (2018), com a criação da clínica psiquiátrica nesse período,, é que o louco foi compreendido como um objeto com especificidade que deveria ser estudado e/ou tratado. Dessa forma, foi transformado em “doente mental”, separado de outros grupos marginais e excluído em asilos específicos, os manicômios. Assim, em um contexto de separação em sua especificidade de “alienado mental”, o sujeito com transtorno mental foi silenciado e passou a não poder falar sobre si mesmo, e a loucura foi objetivada como a ‘não razão’. Tal temática será aprofundada no Capítulo 5, intitulado: Corpo, Gênero e Saúde Mental.

Ao se dedicar ao estudo dos manicômios, Basaglia, precursor da reforma psiquiátrica italiana, afirma a necessidade do estudo “da relação entre o excluído e aquilo que o excluiu” (BASAGIA, 1985, p. 314), pois diversas são as instituições com esses papéis, como a família, a escola, a fábrica e o manicômio. Apesar de terem finalidades e maneiras

---

<sup>11</sup> *Francisco el Hombre* é uma banda brasileira formada em 2013. Ganharam o Grammy Latino pela canção “Triste, louca ou má” [https://pt.wikipedia.org/wiki/Francisco\\_el\\_Hombre](https://pt.wikipedia.org/wiki/Francisco_el_Hombre). O videoclipe possui quase 29 milhões de visualizações e remete também à situação da mulher em consonância com sua letra. <https://www.youtube.com/watch?v=IKmYTHgBNoE>.

<sup>2</sup> Foucault (2013), em *História da Loucura*, colabora com um olhar para desconstrução da visão moderna da loucura como doença mental e contextualiza as mudanças de concepções de acordo com os diferentes períodos históricos. Essa perspectiva, apesar de não ser o foco dessa dissertação é o fio norteador que embasa teoricamente o debate apresentado.

diferenciadas, “a autoridade paterna [da família] é opressiva e arbitrária; a escola se baseia na ameaça e na vingança; o empregador explora o trabalhador; o manicômio destrói o doente mental” (BASAGLIA, 1985, p. 101).

Em meados do século XX, com a efervescência de uma série de movimentos sociais, se iniciam questionamentos sobre o papel das instituições, entre elas, o Hospital Psiquiátrico, e se volta cada vez mais para intervenções fora de seus muros (PASSOS et al, 2017).

Esse processo é chamado de Reforma Psiquiátrica e, apesar do termo em si ser contraditório e aparentemente indicar “transformações superficiais”, prevaleceu com a finalidade de “não criar maiores resistências às transformações, de neutralizar oposições, de construir consenso e apoio político” (AMARANTE 1995, p. 180). Após a Segunda Guerra, se iniciaram experiências por diversos países, como França, Inglaterra e Estados Unidos e, no caso brasileiro, muito influenciado pela experiência italiana, com um “viés desinstitucionalizante”. Logo, propunham o fim do manicômio e questionavam o conjunto de saberes que o fundamentava (AMARANTE, 1995, p 195).

Em 1961, Franco Basaglia assumiu a direção do Hospital Psiquiátrico de Gorizia e começou uma série de mudanças, experiência relatada no livro “A Insituição Negada” (BASAGLIA et al, 1985). Ali, passou por tensões com a gestão da província que não queria o fechamento do hospital, a equipe se demitiu em massa e deu alta coletiva aos usuários. Essa experiência teve repercussão internacional, facilitando o contato com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) do Brasil (AMARANTE, 1996). Outra experiência prática de desmontagem do aparato manicomial foi em 1971, na cidade de Trieste (Itália), sendo Franco Basaglia diretor do Hospital Psiquiátrico Provincial. Foram construídos centros de saúde 24 horas e residências, nas quais alguns usuários moravam sozinhos, outros supervisionados por técnicos e cooperativas de trabalho, ou seja, criou um circuito de atenção para construção de novas formas de sociabilidade e subjetividades para aqueles que necessitavam de atenção em saúde mental. Em 1976, o hospital é fechado, já que sua estrutura não era mais necessária (AMARANTE, 1995). Trieste recebeu muitos profissionais e estudantes brasileiros como estagiários por conta do interesse da experiência italiana e o processo em andamento da Reforma Brasileira. Além disso, Basaglia realizou palestras e conferências no Brasil, o que facilitou a comunicação para ter acesso a essas experiências.

Em 1990, foi aprovada a Declaração de Caracas, na Conferência da Organização Panamericana de Saúde, que orientava a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, priorizando serviços comunitários e descentralizados não mais como um sistema hospitalar (OPAS, 1990). No Brasil, culminou com a Lei 10.216 de 2001, que versa sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2001).

Em consequência dessa lei, foi criada a portaria do Ministério da Saúde nº 336, estabelecendo que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) fossem organizados nas modalidades CAPS I, atendendo os municípios de 20 mil a 70 mil habitantes; CAPS II, que atende a municípios e 70 mil a 200 mil habitantes, e CAPS III, atendendo os municípios com população acima de 200 mil habitantes, sendo que os dois primeiros operam nos períodos matutino e vespertino, e o CAPS III é um serviço de atenção contínua 24h, possuindo estruturas físicas independentes dos hospitais, com um território e população de referência. O CAPS II, modalidade existente em Foz do Iguaçu, apesar da população ultrapassar 200 mil habitantes, funciona das 8h às 18h com atividades que podem incluir atendimentos individuais, em grupo, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família, além de atividades comunitárias que visam a inserção social do paciente. Ele funciona por meio da responsabilização da rede de cuidados em saúde mental, da supervisão de equipes de atenção básica, das unidades hospitalares e do cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos de saúde mental no âmbito do seu território (BRASIL, 2002).

Apesar do CAPS ter papel central como substituto dos manicômios, há também papel de outros equipamentos de saúde que devem se comunicar e apoiar a pessoa em sofrimento mental, a chamada Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Esta deve contar com o apoio das Unidades Básicas de Saúde (UBS's), Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), leitos em Hospitais Gerais, Residências Terapêuticas, Consultório de Rua, Unidade de Acolhimento, entre outros (BRASIL, 2011)

A partir desse processo, se inicia a substituição de modelos de atenção, antes centrados na internação em hospitais, para modelos centrados nas comunidades, com seus territórios e equipamentos de saúde que propõem um olhar mais humanitário, cujo centro das ações é uma transformação cultural para que sejam construídos outros locais sociais para a loucura (ANDRADE, 2014). No entanto, esse processo não é uma mera modernização institucional e de psiquiatria, a luta antimanicomial está em um contexto das lutas sociais em que as explorações e opressões, como as de gênero, são compreendidas em sua relação com a

loucura (PASSOS et al, 2017).

Heleieth Saffioti afirma que:

O sexo é socialmente utilizado como referência para a construção da identidade de gênero, o que não significa que a matriz dominante de inteligibilidade do gênero não possa ser subvertida por matrizes não-hegemônicas, mas competidoras (SAFFIOTI, 1995, p. 159).

E tal construção da identidade de gênero está diretamente relacionada com outras categorias que constituem os sujeitos como raça/etnia e classe (PASSOS et al, 2017).

Há uma série de estudos sobre as origens da dominação da mulher pelo homem, Beauvoir afirma que o homem “só se pensa pensando o *Outro* (...) naturalmente sendo diferente do homem que se põe como o Mesmo. É na categoria do *Outro* que a mulher é incluída” (BEAUVOIR, 2009, p. 108). Ao analisar a contribuição do materialismo-histórico para pensar esta opressão, a autora exemplifica tomando como base Engels, que retrata como a perspectiva traz intrínseca a ideia da emancipação da mulher ligada à emancipação econômica.

A opressão social que sofre é consequência de uma opressão econômica. A igualdade só se poderá restabelecer quando os dois sexos tiverem direitos juridicamente iguais, mas essa libertação exige a entrada de todo o sexo feminino na atividade pública (BEAUVOIR, 2009, p. 89).

Assim, a partir dessas perspectivas de gênero, é possível lançar outro olhar sobre a psiquiatria. Showalter (1985) destaca que chama a atenção de muitos teóricos a aliança entre a mulher e a loucura. Além das mulheres serem predominantes em números de casos, também são predominantemente representadas como irracionais, e os homens, como detentores da razão. A loucura em si é metaforicamente feminina e, mesmo quando experienciada pelo homem, sua representação é como uma doença de mulher (SHOWALTER, 1985).

Há estudos de prontuários do século XIX (ENGEL, 2000) em que foi observado que as razões dos acompanhamentos em Saúde Mental das mulheres eram diferentes das dos homens. Em relação às mulheres, este acompanhamento se dava principalmente por questões relacionadas à sexualidade e, no caso dos homens, sobretudo por dificuldades com os papéis de trabalhador e provedor.

Logo, observa-se a importância de um olhar específico para as mulheres e,

por meio dos estudos epidemiológicos que levam em consideração a variável gênero, é reconhecida a necessidade de pesquisas que colaborem com a análise de como os papéis de gênero e os estereótipos sociais podem influenciar a expressão de saúde mental (ZANELLO, 2017).

É possível ver que os processos de subjetivação do que é ser homem e do que é ser mulher, os processos de adoecimento e do que significa estar adoecido mentalmente atravessam diversas instituições e profissões, inclusive, de cuidado (ANDRADE, 2014).

A escolha pela temática que liga gênero e saúde mental veio através da percepção, pela prática como trabalhadora da saúde mental desde 2012, das imbricações desses dois eixos. Atuo como terapeuta ocupacional desde minha formação, em 2008, e tenho experiências em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que ajuda pessoas com dependência em álcool e outras drogas, além de também já ter trabalhado com adultos, crianças e adolescentes com outros transtornos mentais. Atualmente estou locada em um CAPS infantojuvenil, na cidade de Foz do Iguaçu. Em 2019, finalizei a especialização em Direitos Humanos na América Latina, pela UNILA, com a apresentação do trabalho de conclusão de curso: “Saúde mental e gênero sob a perspectiva dos direitos humanos: uma revisão no campo da Terapia Ocupacional”, no qual percebi a falta de produção que concatenava diretamente essas duas linhas no meu campo profissional.

As mulheres são muito presentes como cuidadoras, principalmente nos estratos mais baixos e menos remunerados das profissões de cuidado, mas também como pacientes. O que não é diferente dentro dos equipamentos de saúde mental e, assim, pelo interesse na temática de gênero e pela prática no campo da saúde, avaliei a necessidade de aprofundar tais estudos.

Para tanto, muito me embasei nas contribuições teóricas de Franco Basaglia e sua companheira de vida, Franca Basaglia, expoentes da Reforma Psiquiátrica Italiana nos anos de 1960/1970, que teve grande impacto sobre o processo brasileiro. As contribuições de mulheres que relacionam gênero e saúde mental, como Valeska Zanello (2014; 2017; 2018), Rachel Passos (2017), Melissa Pereira (2017) e Ana Paula Andrade (2014) também me impactaram muito nessa trajetória. Por fim, não posso deixar de referenciar Franz Fanon (1968, 2008, 2011) pela sua contribuição da relação entre saúde mental e racismo/colonialismo, um revolucionário da teoria e da prática.

Nesta pesquisa com mulheres que tem como sujeitos utentes de equipamentos de Saúde Mental, optei pelo uso de técnicos da história oral. A importância da

história oral na América Latina foi crescente, o interesse em ouvir os silenciados da história, especialmente pelos contextos das ditaduras, tem relação com esse processo de busca e utilização da história oral (MEIHY et al, 2000). Por conta disso, compreende-se que o seu uso colaboraria com esta pesquisa ao abrir espaço para mulheres duplamente silenciadas pela sociedade por seu gênero e por seu adoecimento mental.

Há várias possibilidades de analisar histórias de vida e, neste trabalho, utilizei a análise de histórias obtidas por meio de entrevistas, também utilizei como material de análise a experiência das oficinas do projeto de extensão. A partir delas, foi possível perceber que as principais temáticas relacionadas com o adoecimento mental dessas mulheres foram trabalho, corpo e violências.

O objetivo geral desta pesquisa é analisar, mediante a história de vida das mulheres com transtornos mentais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), como as questões relacionadas ao gênero influenciaram no processo de adoecimento e encaminhamento às instituições de Saúde Mental. Como objetivos específicos, tem-se lançar um olhar sobre o modo como as mulheres com transtornos mentais veem seu acolhimento, tratamento e inserção através das políticas e equipamentos públicos de Saúde Mental existentes em Foz do Iguaçu. Além disso, a partir da experiência da ação de extensão e das entrevistas, aprofundar quais principais temáticas enunciadas que estão relacionadaa ao gênero e saúde mental.

Este trabalho traz diversos temas que, em si, são demasiados complexos, mas também estão imbricados: gênero, saúde mental e suas interlocuções com o trabalho, corpo e violência. Porém, ainda são necessárias mais pesquisas sobre esse campo (ZANELLO, 2017). Assim, se espera que esta pesquisa colabore para a reflexão e um maior acolhimento e cuidado em saúde mental para as mulheres. Para compreender o processo de cuidado hoje se faz necessário um resgate do lugar social da loucura e sua relação com as mulheres.

Apesar de algumas questões estarem presentes na literatura, como a precarização do trabalho feminino e a relação com o adoecimento (RIBEIRO, 2010), a centralidade dessas questões e a conexão direta com a saúde mental foram algo só possível de ser notado com as entrevistas e as histórias de vidas dessas mulheres para além da construção da relação de confiança estabelecida através das oficinas. Das seis entrevistadas, três já haviam sofrido violência sexual na infância, mas todas vivenciaram algum tipo de violência em sua vida, como assédio moral no trabalho e violência doméstica.

As entrevistas foram centradas, sobretudo, nas trajetórias de vida, experiências e vivências dessas mulheres em diversos aspectos de suas vidas, como família, trabalho e processos de adoecimento. Além disso, foi importante o contato anterior desse processo com o equipamento em que foi realizada as entrevistas, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII) de Foz do Iguaçu, através do projeto de extensão desenvolvido de setembro a novembro de 2019.

O sofrimento mental e social marca essas mulheres, sendo um dos aspectos de histórias de vidas ricas e complexas: todas elas são mulheres oriundas da classe trabalhadora, trazem em si outras marcas e ainda os desejos e projetos de uma vida melhor.

Por isso, pensar na questão de gênero no adoecimento possibilita a não manutenção dos estereótipos e lugares comuns das mulheres que não colabora para a sua subjugação. A desconstrução da ideia de uma natureza feminina e a compreensão da singularidade que o processo saúde-doença tem para cada pessoa podem contribuir para novas práticas de cuidado (ANDRADE, 2014). Neste trabalho, não trabalharemos com análises psicanalíticas, apesar da história da loucura enquanto construção social a psicanálise estar presente.

Dessa forma, será abordado, no Capítulo 1, os procedimentos teóricos-metodológicos em que será classificada a pesquisa e apresentado o embasamento teórico na história oral, além de desenvolvido como foi o processo de coleta, ordenação e classificação dos materiais das oficinas e entrevistas.

No Capítulo 2, será escrita uma síntese das histórias de vidas das seis mulheres entrevistadas: Cristal, Bel, Estela, Laura e Rosa. Nos Capítulos 3, 4 e 5 serão realizadas as análises do material coletado a partir das oficinas e entrevistas, aliadas ao levantamento bibliográfico das temáticas elencadas. O Capítulo 4 se aprofundará sobre a questão do trabalho e gênero, sendo que se optou por realizar um subitem sobre maternidade e cuidado, sendo uma dimensão do trabalho, mas muito presente dos discursos das mulheres que participaram desta pesquisa. No Capítulo 5, será analisada a relação corpo, gênero e saúde mental desde a construção social do corpo da mulher até a pressão estética que é submetida nos tempo atuais. E, por fim, o Capítulo 6 tratará das violências psicológicas, físicas e sexuais, muito presentes nas trajetórias de vidas das mulheres e diretamente relacionadas com a questão do adoecimento mental.

## 2. PROCEDIMENTOS TEÓRICOS-METODOLÓGICOS

Este trabalho dialoga com diferentes correntes teóricas que debatem as temáticas enunciadas a partir da análise dos materiais coletados. A coleta foi fruto da relação de quatro meses com mulheres que são atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial, equipamento público e gratuito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas mulheres são predominantemente oriundas da classe trabalhadora, todas as entrevistadas precisam viver do seu trabalho, algumas com relações trabalhistas mais estáveis do que outras. No momento da pesquisa, variavam entre mulheres aposentadas, que recebiam auxílio e/ou que estavam desempregadas. Apesar da diferenciação dos níveis de escolaridade, delas que vai desde o Superior completo ao primeiro ano do Ensino Fundamental, a renda média delas é baixa, e muitas delas trabalham em condições de subemprego. (APÊNDICE A).

Para a realização da pesquisa, propusemos uma ação de extensão que foi realizada de setembro a novembro de 2019, contando com participação máxima de seis participantes. Dessa forma, através desse trabalho, foi possível articular o chamado tripé universitário que visa colocar em prática o ensino, a pesquisa e a extensão universitária à comunidade. Ao formular o projeto de extensão, já havia iniciado o programa de mestrado e refletia a melhor forma de aproximação com as mulheres do CAPS II, local que compreendi que teria contato com mulheres em sofrimento mental. Nesse contexto, surge a proposta de intervenção – a ação de extensão – que também se tornou parte da análise por ter sido uma experiência importante e que trouxe dados complementares à entrevista, apesar da intenção inicial não ser essa.

As entrevistas se iniciaram após a finalização da ação em meados de novembro e foram finalizadas em dezembro de 2019. Seis mulheres foram entrevistadas, sendo que quatro participaram pelo menos uma vez de algum encontro da ação de extensão.

Logo, a análise, apesar de focar nas temáticas mais presentes levantadas das entrevistas, também levou em consideração a experiência com as oficinas. Os instrumentos utilizados para tal foram o relatório final da ação de extensão, em parte reproduzido nessa dissertação com os detalhamentos das oficinas realizadas, e as entrevistas baseadas em um roteiro semiestruturado com perguntas norteadoras (APÊNDICE C).

## 2.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Esta pesquisa é caracterizada como história de vida dentro de uma proposta operativa. Minayo (2014) descreve que a proposta operativa deve ter uma análise que contemple as comunicações individuais que, neste trabalho, se deu por meio de entrevistas e observações que partiram das atividades grupais antes da realização das entrevistas com o projeto de extensão, além das informações sobre a instituição Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) a partir da legislação pertinente ao local do estudo, e de novas observações e do levantamento bibliográfico relacionado ao tema.

Segundo Minayo (2001), este tipo de pesquisa qualitativa se preocupa:

Com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2001, p. 21).

O uso da história de vida se deu como um instrumento metodológico e seu uso leva às seguintes questões:

O que acontece com a experiência quando ela vai se tornando memória? O que acontece com as experiências quando vão se tornando história? O que ocorre com a memória coletiva quando a vivência de fatos muito fortes (guerra espanhola, o holocausto, ou vivências mais simples) se distancia no tempo? (MINAYO, 2014, p. 159).

Tais questionamentos podem, em um primeiro momento, apresentar apenas as limitações dessa abordagem ao se compreender que “narrativas de vida nunca serão uma verdade sobre os fatos vividos” (MINAYO, 2014, p. 154), mas, na realidade, elas também podem abrir diversos caminhos, já que o material coletado traz as narrativas que os sujeitos entrevistados dão sobre suas experiências e visão de futuro, além dos sentidos comuns para as experiências humanas a partir de lugares sociais específicos. Neste estudo, as mulheres com adoecimento mental.

Em resumo [são] poderosos instrumentos para a descoberta, a exploração e a avaliação de como as pessoas compreendem seu passado, vinculam sua experiência individual a seu contexto social, interpretam-na e dão-lhes significado, a partir do momento presente. Por isso, elas oferecem material para generalização sociológica, descrição de época e também possibilitam levantar questões novas e de diversos níveis de abrangência (MINAYO, 2014, p. 158).

Nesta pesquisa se utilizou a história de vida tópica ou também chamada temática que prioriza um determinado momento ou etapa da vida pessoal. No presente caso, seria o processo de adoecimento das mulheres, as experiências que vivenciaram até chegarem aos equipamentos de saúde.

Portanto, diferenciaremos o trabalho de campo com o das entrevistas, sendo o projeto de extensão ‘Saúde Mental, Comunicação e Gênero: Oficinas Educativas e Atenção Psicossocial’ o trabalho de campo. Ao final da ação, foi realizado um relatório que auxiliou na análise das oficinas e, após a finalização dessa etapa, foram iniciadas as entrevistas a fim de fosse possível o estudo do material recolhido seguindo o processo: “a) ordenação; b) classificação; c) análise propriamente dita” (MINAYO, 2001, p. 26) (QUADRO 1 e 3).

Sobre a ordenação, foram realizadas as etapas sugeridas por Minayo:

(a) transcrição (...); (b) releitura do material; (c) organização dos relatos em determinada ordem, o que já supõe um início de classificação; (d) organização dos dados de observação, também em determinada ordem, de acordo com a proposta analítica.  
(MINAYO, 2014, p. 356)

A classificação veio mediante uma leitura horizontal, que é o contato inicial com todo o material coletado. Neste trabalho, o material coletado nas oficinas foi o diário de campo e a organização desse em um relatório final. O diário de campo foi um instrumento para relatar as oficinas a cada dia, e o relatório final foi realizado por demanda da finalização da ação de extensão. A leitura de todo material possibilitou reviver a experiência, observar com mais cuidado as questões levantadas nesses encontros e refletir sobre quais questões viriam a ser trabalhadas nessa dissertação.

No caso das entrevistas, a leitura horizontal veio a partir da leitura das transcrições e sintetização das histórias de vida (Capítulo 2). O processo da leitura das transcrições das entrevistas possibilitou entrar em contato novamente com as histórias de vida. Em alguns momentos, foram como experienciar novamente as situações dolorosas que essas mulheres vivenciaram. Outro desafio foi sintetizar as histórias a fim de facilitar o acesso aos leitores deste trabalho. A leitura de todo esse material facilitou observar as temáticas mais presentes.

Esse processo, segundo a Minayo, “permite apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as ideias centrais que tentam transmitir e os momentos-chaves e

suas posturas sobre o tema em foco” (MINAYO, 2014, p. 358) e assim construir categorias analíticas a partir de temas recorrentes no material, no caso desta pesquisa trabalho, corpo e violência.

Após a leitura horizontal, foi realizada a leitura transversal, tendo o recorte temático definido. Neste momento, agruparam-se os temas que se aproximam: “buscando compreender e interpretar o que foi exposto como mais relevante e representativo do grupo estudado” (MINAYO, 2014, p. 358). A partir dessa leitura mais focada do material, possibilitou-se o agrupamento pelas temáticas por meio das recorrências. São elas: trabalho, corpo e violências. Foram separados trechos tanto dos materiais das oficinas quanto das entrevistas para fase posterior da análise.

A partir da ordenação e classificação, foi realizada a análise presente nos Capítulos 3, 4 e 5. E, assim, preparado o material ou relatório final que é a totalidade desta dissertação (MINAYO, 2014).

## 2.2 HISTÓRIA ORAL DE VIDA

Segundo Meihy (2000), a história oral pode ter uma função social, ser “uma alternativa que dá voz aos grupos de uma forma ou de outra silenciados” (MEIHY, 2000, p. 96). O autor faz uma retrospectiva da história oral brasileira que, na América Latina, se iniciou tratando de temas ligados à experiência do exílio, e relata que a aceitação dessa abordagem no Brasil teve relação com o processo de redemocratização. Dessa forma, a origem da inserção da história oral latino-americana foi diferente da produção existente nos Estados Unidos e nos países europeus, onde ela surgiu após a Segunda Guerra devido à insatisfação com os produtos derivados dos métodos acadêmicos aplicados e também devido à revolução eletrônica, com a difusão do gravador.

Existia a compreensão de que o tom político da história oral brasileira seria uma nova solução para a compreensão da sociedade e superaria as análises sociais tidas como mais tradicionais, conservadoras e, portanto, insuficientes, principalmente para apontar políticas públicas (MEIHY, 2000). Logo, a história oral no Brasil e na América Latina é resultado de leituras combinadas que a faz ser bem elaborada na fundamentação e no enquadramento teórico político social. O primeiro encontro formal sobre história oral no Brasil ocorreu em 1983, apesar de já terem existido outras iniciativas voltadas aos estudos documentais e de arquivos que se relacionavam com a história oral (MEIHY, 2000).

Assim, se aprofundou o debate sobre sua função social: história oral, por quê? De quem? E para quem? Uma de suas marcas mais importantes, nesse contexto, é a investigação com mais de um tipo de documento, outra forma de fonte (MEIHY, 2000). No Brasil, houve um processo de amadurecimento, consolidação e difusão de uma abordagem ainda em muito presente nas pesquisas de hoje.

Há um tipo específico de história oral: a história oral de vida. Michele Perrot (2015), no desenvolvimento de ‘Minha História das Mulheres’, destacou que a história oral despertou entusiasmo nos anos 1970. A intenção era ouvir os ausentes da história, como as mulheres que despertavam interesse duplo: como testemunhas da vida privada e de si mesmas (PERROT, 2015).

Dafne Patai trabalhou com essa forma de pesquisa em ‘História Oral, Feminismo e Política’ (2010) e, em sua reflexão, trouxe como um dos processos mais antigos do mundo o fato que duas pessoas juntas e conversando tornou-se um dos métodos preferidos de mulheres pesquisadoras (PATAI, 2010). A autora descreve como a história oral abriu caminho para a história de vida na qual, a partir de uma narrativa pessoal, pode ocorrer uma revisão de sua vida. “Subitamente, qualquer pessoa se tornou um narrador em potencial: o contador de sua história pessoal” (PATAI, 2010, p. 136).

A história oral foi um dos métodos de maior interesse das feministas nos últimos anos do século XX e uma das justificativas para tal seria pela possibilidade de se conectar com outras mulheres, uma contribuição das mulheres intelectuais que priorizavam a subjetividade. Os aspectos em torno da história oral que foram questionados tinham relação quanto ao projeto, ao processo e ao produto. As principais questões eram sobre o financiamento, que tipos de obrigações éticas e relações se têm com os entrevistados e como tratar o produto final (PATAI, 2010).

Para a autora, a única forma de resolver algumas questões ligadas à desigualdade de gênero, por exemplo, é através da ação política no meio público, e não na academia (PATAI, 2010). Essa afirmação vem ao encontro da já evidenciada importância política da história oral na América Latina, desenvolvida a partir do processo de redemocratização, ou seja, não diferenciando espaços de disputa, mas relacionando com projetos de sociedade ao trazer vozes excluídas para a academia.

Nesse sentido, Amado (2000) descreve que a história oral na América Latina cresceu nas últimas décadas, mais do que em outras regiões do mundo, não só em espaços considerados acadêmicos, mas também nos populares, como associações de bairros,

sindicatos, movimentos sociais, entre outros, nesses últimos com a finalidade de recuperar trajetórias pessoais.

A autora destaca que essa produção vem com um reconhecimento internacional ligada à qualidade dessas pesquisas. Não há preocupação em si em demonstrar uma identidade latino-americana, apesar de conseguir expressar sua diversidade, já que uma das principais características encontradas nessas pesquisas é a sua variedade em relação às temáticas, direções e tendências teóricas (AMADO, 2000).

Para a pesquisadora, a principal preocupação dessas produções deve ser a sua qualidade, visto que só assim

Conseqüiremos, como uma consequência natural desse trabalho de bom nível, exercido em terras, com gente e com temas da América Latina, expressar, exatamente como temos feito até agora, a nossa própria identidade de latino-americanos. Continuaremos, assim, a fazer ouvir nossas vozes plurais (AMADO, 2000, p. 112)

A forma de realizar as pesquisas podem ser diversas; no âmbito acadêmico ou fora dele, os interesses igualmente são variados e podem focar nas informações que as entrevistas trazem nas representações simbólicas ou nos dois aspectos (AMADO, 2000). A autora já aponta algumas contribuições ligadas aos indígenas e marginalizados sociais. Além disso, lembra que, nas experiências latino-americanas, há uma forte característica interdisciplinar, por exemplo, tendo como pesquisadores também profissionais da saúde (AMADO, 2000).

Amado salienta alguns problemas, tais como materiais que somente tenham referências ligadas às produções europeias ou que se fecham totalmente a elas; além de questões estruturais como falta de bibliotecas, equipamentos deficientes e dificuldade em fazer circular a produção. Por fim, por parte dos brasileiros, há uma falta de diálogo com pesquisadores das histórias orais latino-americanas (AMADO, 2000).

Assim, observa-se que a importância da história oral na América Latina foi crescente e é evidente o interesse de mulheres pesquisadoras em estudar trajetórias de vida especificamente de outras mulheres. Uma justificativa possível é que por muitos anos estas também foram ‘vozes silenciadas’.

## 2.3 PROJETOS DE EXTENSÃO/OFFICINAS

Antes da realização das entrevistas, optei por desenvolver uma ação de extensão denominada ‘Saúde Mental, Comunicação e Gênero: Oficinas Educativas e Atenção

Psicossocial’, com dez encontros, uma vez por semana, entre 03/09 e 20/11/2019, considerando a primeira visita ao CAPSII (ver imagem no ANEXO A) e a devolutiva realizada em espaço externo a esse equipamento público no Fórum de Novas Abordagens de Saúde Mental. O trabalho foi apresentado à equipe presente desse fórum e assim foram realizadas as oficinas concatenadas à importância de um olhar específico sobre gênero e saúde mental. O trabalho de campo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II) de Foz de Iguaçu que atende a população adulta com sofrimento mental grave.

O objetivo inicial era estabelecer um primeiro contato com a população usuária do CAPS II e realizar convites para as entrevistas. O trabalho foi recebido pela equipe local e, por ter tido um resultado passível de uma análise mais completa, inclusive, colaborou para a realização das entrevistas, já que a maioria das entrevistadas participou das oficinas. Logo, consideramos o processo e o material coletado de quem pôde colaborar com a pesquisa.

O método escolhido foi as oficinas terapêutico-educativas em grupo com abordagem baseada na comunicação interpessoal e dinâmicas específicas e com o uso de material de apoio escrito e audiovisual como ferramentas para mediar os diálogos. Optou-se por utilizar pouco a linguagem escrita por não se saber a escolarização das participantes e, quando utilizada, foi com a mediação da pesquisadora que escrevia e lia. Foram tratados temas da atualidade e relacionados às mulheres, tais como: a violência de gênero, o trabalho feminino, corpo e pressões estéticas e autocuidado. Tais temas foram escolhidos por serem destaques no movimento feminista e são temáticas que a pesquisadora já tinha algum contato/conhecimento para conseguir facilitar as oficinas. A ordem dos temas foi de escolha aleatória, exceto o primeiro encontro em que se discutiu sobre o que é ser mulher na sociedade atual. O resultado das discussões colaborou para levantar outros debates que foram aprofundados nos encontros seguintes. O penúltimo tema era sobre violência contra a mulher, escolhido propositalmente ser o último, pois, para abordar tal tema, foi considerado que seria necessário ter mais vínculo e, dessa forma, mais tempo de trabalho com as participantes, já que possivelmente surgiriam temas sensíveis nestes encontros.

Os critérios para participar do grupo eram: ser mulher, incluindo mulheres trans (apesar de nenhuma ser indicada a essa oficina), ser utente/paciente do CAPS II e não ter limitações cognitivas significativas ou deficiência intelectual<sup>3</sup>, pois alguns temas a serem

---

<sup>3</sup> De acordo com o CID 10, a deficiência intelectual é denominada Retardo Mental, classificada como: “Parada do desenvolvimento ou desenvolvimento incompleto do funcionamento intelectual, caracterizados essencialmente por um comprometimento, durante o período de desenvolvimento, das faculdades que

tratados tinham algum grau de complexidade, a habilidade cognitiva das mulheres deveria ser identificada pelos profissionais que sugeriam as utentes para as oficinas, pois tinham acesso ao perfil e diagnósticos das mesmas. As pacientes foram indicadas pelos profissionais da própria unidade, a apresentação do projeto foi realizada para coordenadora do CAPS e terapeuta ocupacional. Não era um grupo obrigatório e nem fechado só para as mesmas pacientes, ou seja, diversas mulheres foram convidadas enquanto as oficinas estavam sendo realizadas, apesar de vários encontros se manterem as mesmas participantes.

Apesar dos critérios, foi notado que uma das participantes tinha algumas limitações, que incluía dificuldade de expressão, na fala e de reflexões. Ela foi mantida no grupo e acolhida pela pesquisadora e outras pacientes que a estimulavam a falar em seu tempo, se quisesse. Foi a única que não foi convidada a participar das entrevistas por ter sido observada essa dificuldade de expressão.

A proposta metodológica do projeto baseou-se em práticas educativas que visam fortalecer o conhecimento, percebendo a saúde mental de forma integral e humanizada. Para a criação e desenvolvimento do projeto, foi utilizada a pedagogia da educação popular proposta por Paulo Freire (2005), possibilitando a participação das usuárias do equipamento, a valorização do diálogo e o desenvolvimento da expressão e autonomia de todas.

No Quadro 1, é apresentado o tratamento dado ao material coletado a partir da ação: de extensão, utilizando os conceitos de ordenação e classificação de Maria Cecília Minayo (2014):

---

determinam o nível global de inteligência, isto é, das funções cognitivas de linguagem, motricidade e do comportamento social (...) pode acompanhar outro transtorno mental ou físico, ou decorrer de modo independente” (OMS, p. 361). Organização Mundial da Saúde (OMS). **CID-10** Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a Ed. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997.

**Quadro 1.** Tratamento dado ao material coletado nas oficinas

	ORDENAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
OFICINAS	1. Diário de Campo	1. Leitura Horizontal de todo o material (Diário de Campo e Relatório Final)
		2. Divisão em categorias temáticas mais presentes nas oficinas, mesmo que não relacionadas com os temas preestabelecidos (as categorias escolhidas foram trabalho, corpo e violências)
	2. Elaboração do relatório final do Projeto de Extensão	3. Leitura Transversal focada em cada tema
		4. Análise relacionando o material das oficinas com levantamento bibliográfico e entrevistas (Capítulos 3, 4 e 5)
		5. Relatório Final (dissertação)

Fonte: Elaboração da Autora (2021)

### 2.3.1 OFICINAS/ENCONTROS REALIZADOS

Em um primeiro momento, foi realizado o contato com uma profissional do CAPSII com a qual tenho contato, indicado a intenção de realizar esse projeto de extensão no equipamento, a proposta foi bem acolhida. O Quadro 2 apresenta como foram organizados as oficinas, desde sua idealização com a equipe até o fechamento das atividades. Denominarei de encontros todo contato com profissionais do equipamento e oficinas, as práticas e atividades em grupos com as usuárias do serviço, mediadas pela pesquisadora ou algum profissional do equipamento. Em média, as oficinas duravam entre uma hora e uma hora e meia, iniciando-se às 14h.

#### Quadro 2 – Apresentação dos encontros realizados

Encontro 1	03/set	Conversa com profissional do CAPSII e coordenação: apresentação do projeto
Encontro 2	10/set	Participação da pesquisadora como ouvinte da Atividade Setembro Amarelo, organizada pela CVV. Realizado primeiro contato com algumas participantes
Encontro 3	17/set	Roda de Conversa – O que é ser mulher na sociedade atual?
Encontro 4	24/set	Diferenças entre homens e mulheres
Encontro 5	01/out	Autocuidado
Encontro 6	08/out	Pressão estética e o corpo
Encontro 7	15/out	Abordagem fílmica. Filme: Absorvendo o Tabu
Encontro 8	22/out	Trabalho da mulher e trabalho doméstico
Encontro 9	29/out	Roda de conversa – Violência contra a mulher
Encontro 10	05/nov	Finalização
Encontro 11	20/nov	Com equipe do CAPSII, atividade realizada em contexto externo ao CAPS, no Fórum de Novas Abordagens em Saúde Mental

Fonte: Elaboração da Autora (2021)

Em 03/09/2019, foi realizada a primeira visita ao CAPS II, durante a qual houve a apresentação do projeto e as propostas de temáticas, critérios para convite às oficinas e explicações de eventuais dúvidas. Esse primeiro encontro contou com a minha participação enquanto mestranda da UNILA, monitora da ação e a coordenadora docente do projeto, e da docente da UNILA e minha orientadora. Na reunião, estavam presentes a coordenadora do CAPS II e também a profissional da Terapia Ocupacional da unidade. Assim, foram apresentados os detalhes do projeto de extensão, seus objetivos, cronograma, temas, abordagem e a metodologia a ser utilizada.

As atividades iniciariam na semana seguinte, mas, conforme informação da coordenadora, já estava agendada uma atividade com Centro de Valorização da Vida (CVV),

optando-se, assim, em começar as oficinas na semana subsequente. Porém, participei como ouvinte na atividade do CVV para estabelecer eventuais primeiros contatos com possíveis pacientes que participariam das oficinas.

Em 10/09/2019, houve a participação da monitora na Atividade do Setembro Amarelo, ação realizada pelo CVV de Foz do Iguaçu no CAPS II. No espaço organizado, foi apresentada a importância da prevenção ao suicídio e um olhar para este ato como uma questão de Saúde Pública. Foi exposto o papel do CVV, um serviço gratuito, sem fins lucrativos, fundado em São Paulo em 1962.

Nesse espaço mais amplo, foi realizado o primeiro contato por parte da monitora com algumas das participantes das oficinas. Desse modo, foi realizado o convite e apresentadas as temáticas a serem trabalhadas.

### 2.3.2 OFICINA 1 O QUE É SER MULHER NA SOCIEDADE ATUAL?

Em 17/09/2019, foi realizada uma roda de conversa sobre o tema: “O que é ser mulher nos dias atuais?” Participaram seis usuárias, mais a monitora da ação de extensão e a terapeuta ocupacional do equipamento em parte do grupo, essa profissional só participou desse primeiro encontro. As participantes tinham idades diversas, entre 30 e 59 anos, e não se obtiveram informações quanto ao diagnóstico de cada uma, pois não é o objetivo desta pesquisa. No entanto, algumas delas relataram sofrer de tristeza, depressão e esquizofrenia. Em um primeiro momento, nos apresentamos dizendo o nome e o que mais gostamos em relação à cor, fruta e lazer.

Após este primeiro momento, apresentamos o projeto de extensão e o vínculo com a UNILA. Informamos que esse projeto visava maior contato com a comunidade e eventualmente, ao final dessa ação, a pesquisadora faria entrevistas individuais, mas sobre esse assunto daria mais informações no dia da última oficina, além disso, foi exposto o que seria debatido em cada encontro e a proposta temática daquele dia: “O que é ser mulher nos dias atuais?”. Para tanto, a atividade proposta era buscar em revistas figuras de mulheres que representassem esse tema. De alguma forma, todas escolheram imagens que se relacionavam às suas histórias de vidas: mulheres com luvas de boxes, como lutadoras, mulheres com jaleco, mostrando a importância e intenção de se manterem nos estudos, mulheres maquiadas e a vontade de terem mais cuidado consigo mesmas (ANEXOS B, C e D)

Uma senhora de meia-idade, a mais velha do grupo, escolheu uma imagem

de uma mulher com um cachorro, ela me disse que gosta de com animais e, inclusive faz terapia com eles em outro espaço externo ao CAPS II, além disso, gosta de ver e sair com as amigas. Falou sobre a importância de estar em um coletivo, socializar em espaços públicos, sobre atividade física e, por fim, como todos esses elementos colaboram para que ela esteja mais saudável.

Ao final, apresentei algumas imagens com dados sobre as vivências tipicamente femininas (ANEXO D), como assédio no transporte público, desigualdade salarial, e se debateu que ser mulher nesse momento atual também é enfrentar essas disparidades, além de sofrimentos e adoecimentos.

Esse foi o primeiro encontro em que foi realizada a oficina com as pacientes, considerei que foi um primeiro contato interessante, que foi positivo utilizar revistas e imagens, o que facilitou a participação de todas e estimulou a retornarem aos grupos seguintes. Não houve resistência em relação à proposta, pelo contrário, foram participativas.

### 2.3.3 OFICINA 2. DIFERENÇA ENTRE HOMENS E MULHERES

Em 24/09/2019, foi realizado, em um primeiro momento, um resgate das atividades da semana anterior. Todas disseram que gostaram do encontro, principalmente porque conseguiram falar sobre si mesmas. Falar sobre si em muitos momentos trouxe à consciência os processos que essas mulheres passaram, como a sobrecarga de trabalho. E, nas oficinas, foi relacionado com questões da sociedade capitalista atual. Deslocando de uma culpabilidade individual de se sentirem frustradas ou cansadas para questões relacionadas com as relações sociais. Ter uma escuta ativa para essas demandas também é importante para o processo terapêutico, ou seja, não observar só o adoecimento, mas em que contextos se expressam.

A dinâmica desse novo encontro foi explicada: com papel Kraft aberto no chão, duas das participantes deitaram sobre eles e desenhamos seus contornos, sem detalhes, disse que um seria um homem e o outro uma mulher. Depois desse primeiro momento, lancei perguntas norteadoras, a primeira pergunta foi sobre as diferenças de gêneros desde criança: O que fazem as meninas e os meninos em relação ao brincar? Quais são as suas diferenças de vestuário? Os pais criam de forma diferente filhos e filhas?

A partir dessas questões, debateu-se e foram realizadas intervenções nas figuras (ANEXOS E, F e G) para diferenciar homens e mulheres não só pelas características

físicas, mas também por ocupações e interesses. Foi desenhado algo que remetia a uma casinha e boneca; no coração da mulher, foram indicadas as palavras/frases: ‘se arrumar, compras, limpar a casa, viajar’ (ANEXOS H e I). No coração do homem, as palavras ‘cerveja, futebol e churrasco’(ANEXOS J e K). Na mão da mulher: ‘todo o serviço de casa’ (ANEXOS H e I); na mão do homem: ‘conserto, churrasco’ (ANEXOS J e K). Mesmo reproduzindo esteriótipos sociais, apresentam críticas sobre os afazeres domésticos serem predominantemente femininos e como isso impacta a saúde delas. Apesar de algumas relatarem que gostam do trabalho doméstico, é interesse a relação que fizeram com o que gosta/coração no desenho.

As quatro participantes presentes falaram de suas experiências quando meninas. Muitas delas tiveram pouco acesso ao brincar e aos brinquedos industrializados, faziam bonecas de sabugo de milho; suas infâncias transcorreram com muitas limitações, muitas cuidavam também da casa e dos irmãos mais novos.

A partir dessas discussões, foi realizada uma conexão desses contextos limitantes com o fato de, ao longo de suas vidas, elas terem tido pouco acesso ao estudo e ao lazer. Em relação ao mundo do trabalho, levantei se haveria diferenças sobre as profissões; no desenho, as participantes remeteram as ocupações de enfermeira, professora, cozinheira e também indicaram que a mulher hoje também trabalha fora (ANEXOS H e I). No desenho da figura masculina, indicaram como profissões mecânico, policial, trabalho que exige força (ANEXOS J e K). Conversamos sobre algumas mudanças em relação aos papéis tanto em relação aos homens quanto às mulheres no contexto atual, por exemplo: como hoje as mulheres estão trabalhando em áreas hegemonicamente masculinas, mas também; como essas mudanças em relação ao trabalho sobrecarregaram as mulheres, já que o trabalho doméstico foi acumulado junto às novas ocupações gerando uma dupla jornada e uma sobrecarga mental?

Achei positiva a intervenção, mesmo se tratando de questões muito enraizadas na nossa sociedade, como papéis de gênero que são apreendidos desde a infância, as participantes conseguiram ao mesmo tempo evidenciar que eles existem e estão enraizados na nossa formação social, mas também criticaram a posição da mulher em alguns contextos, principalmente relacionados ao trabalho doméstico e remuneração desigual. O uso de materiais colaborou para mediar os debates.

### 2.3.4 OFICINA 3. AUTOCUIDADO

Em 01/10/2019, o tema da oficina foi o autocuidado. Em um primeiro momento, a dinâmica do dia foi apresentada: elas tinham que listar em um papel Kraft pontos positivos e negativos de seu dia a dia (ANEXO L). Foi orientado que teríamos uma rodada em que todas falariam primeiro os pontos negativos e depois os positivos, mas, durante as falas, esses pontos se misturaram. Foram levantados fatos, situações e contexto que geravam estresse, questões negativas em seus cotidianos, mas também o que é positivo e que colabora para amenizar ou lidar com as situações-problemas levantadas.

A partir dessa proposta, as cinco participantes trouxeram questões de suas vidas. Uma delas relatou como as medicações interferem no seu cotidiano, com os efeitos colaterais e também como o celular a incomoda principalmente quando está tentando dormir com mensagens ou ligações. Mais de uma participante concordou com o que foi dito sobre as medicações, entendiam que era necessário tomar naquele momento, mas não gostavam dos efeitos colaterais e falta de perspectiva de eliminá-los de seu tratamento. Além disso, outra relatou que tinha falta de ânimo para realizar atividades domésticas, mesmo quando se programava para realizá-las, e essa falta de energia também afetava seu apetite e deixava de comer, algo recorrente para quem toma medicações psiquiátricas.

Algo que foi possível observar, e que praticamente todas elas relataram, foi sobre os relacionamentos familiares, os conflitos diretos com noras, maridos e a sobrecarga no cuidado com os netos, por exemplo, algo que será trabalhado de forma mais profunda no Capítulo 4.1.

Uma participante em específico falou do conflito com o marido e como a vida ativa que ela tem hoje, fora da esfera doméstica, o incomoda. Disse que se sentia cobrada em ser somente uma dona de casa e que não queria isso e nem se identificava com esse papel.

Os pontos positivos que observavam em seus cotidianos foram: atividades físicas, como dançar, ir à academia, trabalho com horta, desligar o celular, sair, conversar com as pessoas, brincar com animais, dormir, aula de pintura, igreja, e citaram equipamentos públicos como o próprio CAPSII e o CRAM (Centro Referência em Atendimento à Mulher em Situação de Violência). As próprias participantes notaram que, em relação aos aspectos no seu cotidiano, existiam mais itens positivos do que negativos. Nesse sentido, foi debatido como esses aspectos positivos fazem parte do autocuidado, as conclusões conjuntas foram que os espaços sociais e de fortalecimento, como os serviços públicos de saúde ou da assistência,

colaboram para manter a saúde, além de atividades de lazer ou de aprendizagem. Esse dia foi finalizado com uma atividade de alongamento e respiração guiada.

A oficina de autocuidado foi um dos encontros mais leves talvez por tentar focar em aspectos positivos que já existiam no cotidiano dessas mulheres. Compreendi que teve uma potência por trazer reflexões sobre autocuidado de maneira diferenciada, já que o autocuidado tem relação com saúde física, por isso a finalização com uma prática corporal, mas também com a saúde mental. Não há uma receita para todos, devemos pensar, refletir sobre o que colabora para nos sentirmos bem para buscar esses espaços (ou situações, pessoas, atividades, entre outros) e o que faz nos sentirmos mal e nos afastarmos disso.

### 2.3.5 OFICINA 4. PRESSÃO ESTÉTICA E CORPO

Em 08/10/2019, houve a participação de seis mulheres e foi trabalhado o tema da pressão estética. O grupo foi iniciado com a seguinte dinâmica: entregamos uma bolsinha para as participantes e elas deviam abrir e comentar, ao ver a imagem dentro da bolsa, as qualidades físicas e de personalidade, mas dentro da bolsa o que havia era um espelho, ou seja, elas deveriam ver sua imagem e fazer os comentários sobre si.

Algumas se surpreenderam e sentiram dificuldade em falar sobre qualidades físicas, dizendo apenas: “essa pessoa já foi bonita”, mas conseguiram desenvolver mais sobre as qualidades de personalidade, no geral, se viam como caridosas, cuidadosas com outros, sensíveis, características essas que geralmente as sobrecarregam com o cuidado com os filhos, netos, casas, entre outros.

Foi debatido como a imagem na mídia expressa muitas vezes um ideal de beleza que não existe. Uma das participantes, a mais jovem do grupo, relatou ter um adoecimento relacionado diretamente com a questão do corpo: anorexia e bulimia. Era a primeira vez que essa paciente participou do grupo e conseguiu expressar como sua relação com o corpo era difícil, mas estava melhor, ela, inclusive, tinha problemas de relações com sua mãe, apesar de não aprofundar muito nessa questão, ficou subentendido que sua mãe a pressionava em relação ao seu excesso de peso.

A intenção nessa oficina era provocar a discussão sobre padrões de beleza e as pressões estéticas que as mulheres sofrem para seguir esses padrões, como isso nos afeta e muitas vezes adoce. Não havia a intenção de trabalhar especificamente sobre as questões de distúrbios alimentares, mas se notou a importância da discussão levantada a partir da

intervenção da paciente em que foi possível relacionar diretamente a pressão estética aos corpos das mulheres como fatores de adoecimento tema tratado no Capítulo 5: *Corpo, Gênero e Saúde Mental*.

### 2.3.6 OFICINA 5. ABORDAGEM FÍLMICA

Em 15/10/2019, foi projetado o filme: “Absorvendo o Tabu”, sobre mulheres indianas que tinham um negócio de vendas de absorventes. O "tabu" que nomeia o filme é sobre a menstruação, tema muitas vezes não debatido, nem mesmo entre as mulheres. A intenção com essa abordagem era dar continuidade às temáticas levantadas tratadas nas oficinas anteriores: autocuidado e corpo.

Nessa data a pesquisadora não estava presente, dessa forma, foi combinado com a equipe do CAPSII que seria transmitido o filme e a discussão seria realizada no próximo encontro.

### 2.3.7 OFICINA 6 TRABALHO DA MULHER E TRABALHO DOMÉSTICO

No início da oficina, foi discutido um pouco sobre o espaço anterior, acharam interessante o conteúdo do filme, elas relataram que não viram em sua totalidade por problemas de conexão, mas compreenderam a temática.

Após isso, iniciamos a oficina do dia 22/10/19 com o tema: ‘Trabalho Doméstico e Trabalho da mulher’. Para facilitar o debate, foi assistido ao capítulo da série “Nossa voz ecoa” (EU, TRABALHADORA DOMÉSTICA, ep. 5, 2017) em que foi apresentado o trabalho doméstico, realizado em sua maioria por mulheres negras.

Três das cinco participantes já tinham sido domésticas, falaram de problemas e maus tratos por parte dos patrões, principalmente relacionados aos baixos salários, às situações de falta de respeito e à demanda por trabalho que não era combinada, como limpeza de outros espaços não combinados e duplo trabalho com cuidados de crianças. Todas as utentes/pacientes participantes já haviam realizados trabalhos assim na nossa sociedade à mulher seja no cuidado, ensino ou com tarefas de organização, como babá e professoras. Relataram também as duplas jornadas de trabalho, já que também realizavam trabalho doméstico em suas residências.

Foi notado que o trabalho como doméstica era uma opção para situações em

que não conseguiam se inserir no mercado de trabalho formal, a maioria que atuou como doméstica foi em contexto informal, dessa forma, senti que se identificaram como episódio. Apesar de ter ampliado o debate para outras temáticas sobre o trabalho da mulher, como precarização, desigualdade salarial; em comparação com os homens, foi predominante a discussão em torno do cuidado doméstico no ambiente familiar, sempre relacionado a uma sobrecarga e ao trabalho como doméstica. Senti que foi um espaço onde, apesar de facilitar estimular iniciando e levantando as discussões, elas conseguiram correlacionar com suas trajetórias de vida.

### 2.3.8 OFICINA 7 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Em 29/10 /19, foi tratado o tema da violência contra a mulher. Foi lida uma história fictícia para as participantes, baseada em um jogo educativo para não violência (ROJÃO, 2011), de uma jovem que gostava de sair para dançar, conheceu um moço e começaram a namorar. A partir de então, ele começou a querer controlar sua roupa, a afastá-la de amigos e família. Algumas perguntas nortearam a conversa:

- O que pode ser considerado sinal de uma relação abusiva no caso apresentado?
- O que distingue esse tipo de relação de uma relação saudável?
- Em sua família, se conversava sobre relações amorosas?
- Você já vivenciou uma relação abusiva?

Todas concordaram que os sinais de relação abusiva na história começaram a aparecer assim que o namorado quis restringir os tipos de roupa de sua namorada e as relações sociais dela. As participantes disseram que relações saudáveis são aquelas que envolvem respeito e cuidado recíproco. Todas falaram de experiências de relações abusivas, sendo que algumas delas se separaram por conta disso e outras disseram que tentaram permanecer na relação, mas sempre com a condição de mudanças de seus parceiros.

Após esta etapa, foram citadas pela pesquisadora as diversas formas de violência que não são só físicas, mas também psicológicas, patrimonial, doméstica e sexual, essa última, por exemplo, podendo ocorrer dentro de relações íntimas.

Nessa data, compareceram quatro participantes, sendo que duas falaram ter sofrido violência sexual, uma por parte do padrasto na infância e outra dentro de seu casamento, ambas relacionavam essas experiências com o seu processo do seu adoecimento.

Foi realizado acolhimento dessas mulheres tanto por mim quanto pelas outras participantes, agradei por se sentirem confiança de compartilhar conosco, o quanto é difícil falar sobre isso, mas também pode ajudar em elaborar e se fortalecer. Todas as mulheres participantes desse grupo estavam em terapia e se conheciam de outro grupo que participavam, o que facilitou a interação.

A escolha dessa temática por último foi intencional, já que foi priorizada a construção de relações de confiança nesse processo para que as participantes se sentissem à vontade e confiantes de apresentarem as situações de vulnerabilidades que vivenciaram. De fato, a avaliação é que essa escolha foi acertada pela densidade de relatos de experiências dessas mulheres. Infelizmente, todas já haviam passado por algum tipo de violência, principalmente dentro das relações íntimas, não só violência física, como psicológica.

Foi uma escolha ativa deixar essa temática para uma das últimas oficinas, pois comprovou-se que foi necessário tempo e alguns encontros para essas mulheres trazerem suas experiências, mesmo que dolorosas, ao sentirem segurança nesse espaço.

### 2.3.9 OFICINA 8. FINALIZAÇÃO

Em 5/11/2019, foi a finalização das oficinas. Nessa data, fizemos uma retrospectiva. No geral, todas as participantes gostaram da metodologia do trabalho, citaram especificamente a importância de realizar atividades diferentes para tratar os temas, como as dinâmicas, fazer desenhos, utilizar revistas, filmes, entre outros. Indicaram que gostariam que as oficinas continuassem e, diante dessa demanda, foi realizado o compromisso de passar a reivindicação para equipe do CAPS II, o que foi realizado.

Em relação ao tratamento do tema sobre as mulheres, relataram que foi importante para elas; algumas passaram a notar e refletir sobre situações e temas de modo diferente, como o trabalho doméstico e as diferenças de gênero.

Notei que, de acordo com o que observado nos encontros, as principais temáticas relacionadas com o adoecimento mental foram corpo, trabalho, família e violência. Essas temáticas também estiveram presentes nas entrevistas. Ao final do grupo, foram agendadas entrevistas com quatro das participantes que mostraram interesse em participar da pesquisa.

### 2.3.10 DEVOLUTIVA PARA EQUIPE CAPSII

Em 20/11/2019, ocorreu o Fórum de Novas Abordagens em Saúde Mental em Foz do Iguaçu, espaço em que a gestão municipal incentiva os trabalhadores da saúde mental a participarem. Em um dos grupos de trabalho, apresentei os resultados da pesquisa da oficina na qual a equipe do CAPSII, incluindo a coordenadora que estavam no fórum, participara.

A atividade realizada em contexto externo ao CAPS II e com outras apresentações de trabalho teve interesse e deu um retorno positivo sobre esse tipo de intervenção com um olhar diferenciado para as mulheres.

## 2.4 ENTREVISTAS

Para a pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (ASSIS et al.,1998) com mulheres com diagnósticos de transtornos mentais e usuárias de um equipamento de Saúde Mental do município de Foz do Iguaçu, o CAPSII (Centro de Atenção Psicossocial). Das seis entrevistadas, cinco haviam participado ao menos uma das oficinas e a outra participante foi indicada pelos profissionais do CAPS II, seguindo os mesmos critérios de indicação para as oficinas.

O questionário semiestruturado teve como base uma estrutura mais solta que consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada (APÊNDICE C) (POPE et al, 2005).

Foram realizadas seis entrevistas entre 12 de novembro e 10 de dezembro de 2019, as entrevistas foram gravadas, sendo que apenas uma utente entrevistada não participou das oficinas oferecidas. A elas, foi submetido para leitura um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes da entrevista e, caso fosse necessário, esclarecer dúvidas a respeito de sua finalidade, alguns dados iniciais foram coletados antes da entrevista: idade, escolaridade, estado civil, raça e situação em relação ao trabalho.

Assim, nesse processo, optou-se por apresentar questões centradas na trajetória pessoal de vida, solicitando que falassem sobre sua infância, adolescência, trabalho, até o processo de adoecimento, inserção nos serviços de saúde mental, condição de saúde e vida no momento atual com avaliação do atendimento em saúde e perspectivas pessoais. O enfoque não foi dado a partir do diagnóstico psiquiátrico, mas na pessoa que estava passando pelo sofrimento mental e os diversos problemas que atingiram essas mulheres até chegarem a um centro especializado em saúde mental.

Como já descrito no capítulo 2.1 Classificação da Pesquisa, foi realizada a transcrição das entrevistas, leitura do material, ordenação das principais temáticas, foi comparado com o relatório final da ação de extensão e, a partir desse material, realizado levantamento bibliográfico com as principais temáticas observadas: trabalho, corpo e violência relacionados ao gênero.

O Quadro 4 apresenta o tratamento dado aos materiais coletados a partir das entrevistas:

**Quadro 4.** Tratamento dado ao material coletado nas entrevistas

	ORDENAÇÃO	CLASSIFICAÇÃO
ENTREVISTAS	1. Transcrição	1. Leitura Horizontal de todo o material (transcrição e Capítulo 3)
	2. Leitura do Material	2. Divisão em categorias temáticas mais presentes nas narrativas: Trabalho, Corpo e Violências)
	3. Sintetização das Histórias de Vida em forma de texto (Capítulo 3)	4. Leitura Transversal focada em cada tema
		5. Análise relacionada com levantamento bibliográfico e material coletado a partir das oficinas, de acordo com as categorias temáticas levantadas (Capítulos 3, 4 e 5)
		6. Relatório Final (dissertação)

Fonte: Elaboração da Autora (2021)

### 3 AS HISTÓRIAS DE VIDA

Apresentamos a seguir os resumos das histórias de vida das mulheres entrevistadas, denominadas a partir de nomes fictícios escolhidos por elas. Apesar da estrutura da entrevista ser a mesma, os tempos das entrevistas foram variáveis, sendo a mais longa com 55 minutos e 15 segundos e a mais curta 9 minutos e 37 segundos, o que influenciou também a variedade da extensão das sínteses aqui apresentadas.

As apresentações abaixo são partes transcritas das transcrições, conservou-se a linguagem original que as entrevistadas usam no cotidiano, sem hipercorreções.

#### 3.1 CRISTAL

Cristal, 59 anos de idade no momento da entrevista, em 12/11/2019, é natural de Pesqueira, Pernambuco. Viúva, aposentada, autorreferencia como parda; relatou que tem diploma como ouvinte da graduação em Teologia e participou ativamente das oficinas realizadas durante o projeto.

Sobre sua infância no sertão pernambucano, relembra que seu pai era capataz de uma fazenda. Como era a irmã mais velha de cinco irmãos, tinha a obrigação de cuidar dos mais novos, enquanto os pais iam para a roça. Ela lembrou os conflitos de querer brincar ao mesmo tempo em que tinha responsabilidades, pois, além de cuidar dos irmãos, devia realizar tarefas domésticas.

Então era no sítio mesmo, então o que eu me recordo é que minha e mãe e meu pai iam para roça e eu ficava em casa, como eu sou a mais velha, eu cuidava das crianças, dos meus irmãozinhos e, assim, eu queria brincar, eu lembro assim, eu brincando e chegava minha mãe e ela falava para eu fazer o serviço fazer tudo as coisas, eu não tinha nada pronto porque eu ia brincar com as bonequinhas. Eu lembro que eu apanhei muito, por eu ser a mais velha, eu não tinha a responsabilidade que ela queria que eu tivesse, é isso que eu vejo hoje (CRISTAL, 2019).

Aos nove anos, a família se mudou para Recife, capital do estado, “e lá também foi uma vida sofrida”, pois eram muito pobres, moravam na beira do mar em um casebre, chegava até a entrar água na casa. A patroa do pai a viu lavando a louça da casa dela

e pediu para ele deixar Cristal trabalhar para ela. Ela lavava muita louça em troca de algumas moedas. Era pequena para a pia e seu pai fez um banquinho para facilitar o trabalho.

Ela sempre quis estudar, mas o pai não deixava. Foi alfabetizada pela mãe em casa, só depois entrou em ensino público.

quando eu estava em Pesqueira, assim, eu tinha vontade de aprender ler e escrever, eu falava papai: deixa eu ir estudar, e ele falava não, faça uma letra aqui na terra, é tão bonito, pegava uma enxada e me dava, mas aí como eu não tinha ânimo para carpir, eu peguei e falava para minha irmã as moedas que papai me dar eu vou te dar para você fazer que eu não consigo, eu ia brincar debaixo da árvore com os bonequinhos e assim eu ficava riscando e dizia um dia eu vou escrever, aí um dia eu fui para Recife eu fui alfabetizada em casa pela minha mãe, quando eu fui para escola, eu já sabia ler, a mamãe me alfabetizou e, do Recife, nós viemos para Bahia (CRISTAL, 2019).

Do Recife, se mudaram para a Bahia. Cristal relata que o pai era mais rígido, mas a mãe permitia que fosse aos bailes. Tinha alguns namoradinhos, mas conversar sobre sexo era tabu. Casou-se virgem. A mãe dava apoio e a deixava namorar, mas não conversava sobre esses assuntos.

Tinha muitas amigas, algumas com mais condições financeiras que ela e, quando estas debutavam, era convidada. Mas ela dava desculpas para não ir, pois não tinha o que vestir. Mesmo seu pai trabalhando em um fábrica e a mãe como diarista, pagavam aluguel e tinham muitas restrições.

Na Bahia, conheceu seu futuro marido: “pensei assim: esse aí vai ser pai dos meus filhos”. Cristal casou aos 17 anos, seu marido tinha 20. Eles ficaram juntos por 35 anos e tiveram três filhos. Um de seus filhos faleceu aos 27 anos de morte súbita.

Após mais ou menos um ano de casada, quando estava grávida de oito meses da primeira filha, Cristal relata que seu marido lhe disse que se sentia preso e fugiu do casamento, pedindo transferência para uma empresa em São Paulo. Naquele momento, ela sofreu muito.

eu estava grávida de oito meses, ele fugiu do casamento, ele falou: eu não quero, não é porque eu não gosto de você, é que eu me sinto preso, achei que casar era diferente, agora não vou poder curtir minha vida, eu sou jovem. E veio, e eu fiquei na Bahia e tive a K, foi um sofrimento muito grande que eu passei, porque assim, eu amava ele (CRISTAL, 2019).

Uma de suas cunhadas cobrou do irmão essa postura de ter abandonado a esposa. Por fim, ele acabou levando Cristal para morar em São Paulo. Ao chegar na rodoviária, conta ela, o marido pegou a filha e olhou as suas mãozinhas.

Ele acabou sendo transferido para Foz do Iguaçu, onde foi barrageiro, e morou sozinho por um ano. A cada três meses, ia para São Paulo ver a família. Cristal estava cansada do casamento à distância e avisou ao marido que estava a caminho de Foz do Iguaçu. De uma maneira rápida, do dia para a noite, começou a vender suas coisas para se mudar.

me azucrinei que eu falei assim, quer saber eu vou para Foz do Iguaçu essa semana, vendi minhas coisas, o que não deu para vender, eu dei a maioria, porque não conseguia vender, comprei a passagem e vim. Daí avisei, mandei a irmã avisar, não sei como avisei, porque não tinha celular na época, acho que foi por telefone: estou chegando, ou mandei uma carta não sei: tô chegando tal dia, você se vira porque você vai pegar nós na rodoviária, e vim com minha filha e algumas coisinhas só de bagagem (CRISTAL, 2019).

Ela teve seu segundo filho já em Foz do Iguaçu e, quando estava grávida do terceiro, terminou o ensino médio. Não trabalhava registrada e atuava como diarista. Para não pagarem mais aluguel, foram construir uma casa: compraram um terreno e a construíram desde a base. Cristal relata que todo o dinheiro ia para a casa e que por isso passaram muitas dificuldades.

Quando seu filho caçula tinha dois anos, foi trabalhar como zeladora, o primeiro emprego registrado. Nesse período, chegou a fazer curso de espanhol por quatro anos. Depois conseguiu uma vaga de camareira, foi para escriturária e, por fim, recepcionista no mesmo local. Continuou estudando, realizando afazeres domésticos e começou o curso de magistério com a filha.

Cristal se sentia muito requisitada no trabalho para substituir pessoas em outros setores. Trabalhou em quase todos porque nunca negou apoio e sempre tentou realizar outros trabalhos:

Me colocavam para fazer vários serviços, substituir em outros setores: saía a telefonista, aí, para substituir as pessoas, [eu] falava: não eu não quero [...] é muito difícil. Aí falavam: Cristalzinha, você dá conta. Eu sempre gostava de desafios, quanto mais difícil melhor. Eu tinha a capacidade de fazer aquele serviço, só precisava aprender, então eu aprendia. Eu fui para quase todos os setores (CRISTAL, 2019).

Ela pegava o ônibus para ir ao trabalho ao meio-dia, deixava a casa limpa e à noite estudava. Chegou a ser presidente da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA). Ficou dez anos nesse mesmo local. Quando começou a adoecer, estava com quarenta anos. Conta que chegava na entrada do trabalho e sentia um frio na barriga: “parecia que jogava um balde dentro de mim”. Começou a se sentir perseguida. Descreve que teve um desentendimento com outro trabalhador que tinha um cargo superior quando ela deu razão a um cliente:

Mandou eu calar a boca, eu falei: eu não calo [...], eu sou a recepcionista aqui. Eu sei que teve um arranca muito grande, depois que ele passou do balcão, ele queria voltar. Aí o segurança segurou ele, parecia que ele queria me bater (CRISTAL, 2019).

Os diretores geral e financeiro escutaram, demonstraram seu apoio a ela, mas não interferiram naquele momento. Ela sentiu que ninguém foi defendê-la, a não ser o segurança, e não quis se contrapor ao outro trabalhador ou se indispor com ele. A partir desse momento, ela relata, não conseguia ver aquele indivíduo que sentia pânico. Passaram um tempo sem se falar até normalizarem as relações.

Durante a entrevista, Cristal pediu minha ajuda para denominar esse processo que ela sofreu:

Cristal: - Como é chamado esse negócio de briga e a pessoa se prevalecer do lado mais fraco, principalmente doutor, não sei, assédio que é?

Pesquisadora: - Assédio Moral.

Cristal: - Eu tive vários!

Ela relata o que denomina de “seu primeiro surto”. Um dia, estava na recepção e não sabia o que fazer. De repente, foi ao departamento pessoal e pediu demissão. Eles a levaram a um consultório psiquiátrico, mas ela saiu andando pela rua. Avisaram seus familiares que a encontraram na rua. Após esse episódio, ela teve vários surtos e muita dificuldade em aceitar esse processo de adoecimento.

O seu acompanhamento em Saúde Mental começou com consultas psiquiátricas particulares, depois passou para o sistema público, mas sempre em atendimentos individualizados com psiquiatria e terapia individual. Começou com três sessões semanais, diminuindo com o tempo, chegando a acompanhamentos mensais. Foram sete anos nessa dinâmica até ser encaminhada para o CAPS em atendimentos grupais.

Ela narra que não sabe o que seria dela sem o CAPS, pois, depois do surto, segundo sua fala, existem dois mundos: o real e o imaginário: “o que, para as pessoas normais, é simples; para a gente, é um bicho de sete cabeças”. Ficou muitos anos sem entrar em um banco, pois não gostava das câmeras. Sobre isso nos dá outro exemplo:

Esses dois mundos é assim, às vezes eu estou numa roda de conversa, né? E o pensamento e eu tô com mil pensamentos na cabeça, né? E o transtorno assim, por exemplo, meu filho vai pescar, eu sei que meu filho tá pescando, mas o meu cérebro diz, ele caiu dentro do rio, ele já morreu, daqui a pouco chega alguém trazer ele morto, você entendeu? É aquele terror que eu vivo, por mais que eu fale ele tá pescando, ele tá tranquilo lá, não está acontecendo nada, mas, no meu cérebro, o menino já está morto. E até as brigas mesmo que ele tem com esposa, eu escuto, penso assim, ela vai matar ele, ele vai matar ela, para nós tudo é um terror (CRISTAL, 2019).

Cristal relata um incômodo por sua voz não ser mais tão ativa: “como antigamente que eu arrancava todo, hoje eu não consigo, como eu contei do caso do meu compadre que me faltou a voz. Há uma mudança muito grande, você não tem os mesmos argumentos.” (CRISTAL, 2019). Como exemplo, citou um desentendimento familiar em que sua voz literalmente falhou e ela não conseguiu expressar algo que a incomodava. Algo que antes não lhe acontecia.

Sobre seus relacionamentos com familiares, diz ter uma boa relação com os filhos, mas uma relação conturbada com a nora, que já a chamou de louca. Ela se pergunta se esse seu filho não se afastou dela no período em que estava doente, pois ele só tinha dez anos na época:

o T. hoje está com 29, o T. tinha 10 anos na época, ele se afastou muito de mim, não sei se era medo, porque assim, eu surtava e ele ficou bem afastado de mim por um tempo, só quando eu fui voltando, porque eu fiquei uns dois anos carregada pelos meus filhos, né? Eu lembro que eu deitava e não queria levantar (CRISTAL, 2019).

Cristal conta que não queria se levantar e até sua mãe veio de Minas Gerais para ajudar a cuidar dela, uma vez que, por dois anos, esteve nesse estado de delírio constante. Hoje, ela diz, com suas palavras, que consegue separar o pensamento delirante e crônico, do pensamento normal.

Atualmente, ajuda a cuidar da netinha que até há pouco tempo não estava na creche. Contudo, até nesse processo do nascimento da menina houve necessidade de

adaptação. Cristal relata que escondia as facas, pois tinha medo de fazer algo com a criança. E até os três meses da bebê tinha dúvidas se era sua neta, mas hoje tem um grande apego por ela. Depois dos três meses, começou a cuidar dela, mas sua filha interveio para que ela não abandonasse suas outras atividades, como realização de cursos e atividades no CAPSi.

Cristal parece acreditar que há algo do adoecimento que é genético:

A minha filha também vai no psiquiatra, meu filho que faleceu também ia no psiquiatra, desencadeou esquizofrenia e a genética, o meu sogro, pai no meu esposo, era louco: ele ficava no hospício e a minha avó morreu no hospício, então é hereditário, eles herdaram dos dois lados, e a minha filha, depois que o menino dela faleceu, ela teve vários problemas, ela vai no psiquiatra até hoje, ela toma os mesmos remédios que eu (CRISTAL, 2019).

### 3.2 BEL

No momento da entrevista, Bel estava com 58 anos. Ela é natural de Guaporé, Rio Grande do Sul, autodeclarada branca, superior incompleto em Direito, desempregada. Ela participou de poucos encontros do projeto de extensão, mas se disponibilizou em contar sua história. Em seu relato, explicou que veio de uma família grande, com onze irmãos ao todo, sendo nove mulheres. O pai trabalhava nas barragens das hidroelétricas e se mudava constantemente. Desde cedo, começou a trabalhar na roça e como diarista também, mas, mesmo trabalhando, sempre estudou.

Teve outras experiências de trabalho em madeireira e cuidava da família, ajudando no cuidado do bebê de sua irmã, mãe solteira. Acordava às 4h da manhã para o trabalho e estudava à noite:

Depois a gente começou a trabalhar, trabalhei em madeireira e cuidava da família, tinha uma irmã solteira em casa, então, além de cuidar dela, tinha que cuidar do bebê. Então eu trabalhava o dia inteiro, entrava às 4h da manhã, à noite ainda tinha que estudar, a minha vida foi muito difícil, essa situação de ter que sustentar a família e garantir meu emprego. Eu me deixei ser explorada em muitos trabalhos por causa disso, tinha medo de ficar desempregada e não ter como ajudar a família (BEL, 2019).

Aos 21 anos, veio para Foz do Iguaçu à procura de emprego. Antes, já havia morado em Pato Branco - PR, onde trabalhou como auxiliar de enfermagem. Já em Foz do Iguaçu, trabalhou no comércio, na prefeitura, construtora, sindicato e em partido político.

Sobre esse último trabalho, diz que foi muito ativa, já ajudou a fundar um partido e um sindicato na cidade.

Bel relata que, após a morte da sua mãe, começou a adoecer. Sua mãe teve um derrame e foi cuidada por ela, nesse contexto, começou a engordar e dormir mal.

Eu fiquei mal quando minha mãe teve derrame e eu entendi que a mãe ia morrer, então, com aquele derrame dela, eu me senti (...), fiquei gorda, praticamente do tamanho que estou aqui agora e sem dormir, sem comer, cuidando dela e fiquei gorda, coisa que eu nunca acreditava ficar gorda assim, mas fiquei. E aí ela teve derrame, a gente ficou cuidando dela, só foi tendo outro e significava que ela ia morrer e isso me deixou muito angustiada, muito desesperada, muito mal (BEL, 2019).

A família nuclear era muito próxima e não tinham tido contato com processos de envelhecimento e morte, e isso a impactou: “não tinha noção de cuidado de idoso, de ter um idoso, que idoso morria, como experiência familiar, como experiência da sociedade sim, mas como experiência familiar não tinha”. Nesse período, tinha por volta de 38 anos de idade.

Quando foi procurar ajuda, também vivia em conflito no seu trabalho, não ganhava hora extra, nem folgas e sofria assédio moral: “não suportava mais ouvir tanto desaforo”. Nesse contexto, descobriu que estava com problema grave na tireoide e na menopausa. Ela era secretária em um sindicato, mas realizava multifunções, além da secretaria, contabilidade e cuidava do almoxarifado.

Em outubro de 2018, foi internada e encaminhada ao CAPS II. Não queria ir a esse centro de atenção, pois considerava “pesado demais”, “para louco”, não para ela que sofria de depressão, insônia e ansiedade. Antes disso, já realizava acompanhamento psiquiátrico ambulatorial.

Além do acompanhamento no CAPS, faz a oficina de artesanato, pintura em pano de prato e frequenta o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), onde faz pintura em vidro.

Bel relata que tem um bom relacionamento familiar com irmãos, irmãs e sobrinhos, e hoje mora sozinha, é solteira e não teve filhos. Quando estávamos finalizando a entrevista, já com o gravador desligado, me disse que, se pudesse dar um conselho para as mulheres, seria para casar e ter filhos para não se sentirem solitárias.

Nesse momento, uma das principais dificuldades que encontra é o fato de estar desempregada. Ela esteve afastada por dois anos do seu trabalho e, quando teve alta, foi

despedida. É o que mais a angustia, porque, se por um lado, precisa trabalhar para ter seu sustento; por outro, não se sente em condições de buscar um trabalho e entrar em uma rotina laboral. Para além do fato de estar desempregada, Bel afirmou que ficava muito incomodada quando seu cabelo fica branco pelo fato de ter engordado e envelhecido.

Sim, eu não tinha hora extra, não tinha folga para compensar, mesmo nas vezes que eu discutia, aí ele prometia que me dava uma semana de folga, por exemplo, e não me dava. Prometia que me dava um dia, não dava, prometia que ia pagar e não pagava, e eu com esse medo, como eu te falei, tinha medo de ficar desempregada e acabava me submetendo a essas coisas. E depois tudo que eu temia aconteceu, fiquei velha, desempregada e gorda e sem nada. Sem um horizonte (BEL, 2019).

Na finalização da entrevista, disse que naquele momento para ela tudo era insegurança, principalmente no aspecto financeiro: não conseguia se aposentar, pois, apesar de ter começado a trabalhar cedo, não tinha como comprovar tempo de trabalho. Ela relata que o fato de não poder trabalhar e nem se aposentar a agride muito, já que trabalhou a vida toda e, agora que está doente, não consegue nenhum benefício.

### 3.3 ESTELA

A entrevista com Estela foi realizada em 26/11/2019. Natural de Minas Gerais, autodeclarada branca, 55 anos, tem o ensino superior completo e é aposentada, em processo de divórcio. Sobre sua infância, Estela lembra que tinha um irmão acamado, paralítico e dava água para ele beber em uma canequinha:

Então, assim, o que eu lembro da infância, eu bem pequenininha, uns três aninhos talvez, eu pegava um banquinho, puxava e colocava na beirada da cama, eu tinha um irmão acamado, paralítico e tinha uma canequinha e um balde de onde a gente pegava água. Não tinha água encanada, não tinha luz elétrica, não tinha nada em Medianeira, eu lembro que, com uma mãozinha, eu fazia assim e com a outra eu dava água na boca dele (ESTELA, 2019).

Um dia, o levaram à Curitiba para acompanhamento médico. Tempos depois, algumas pessoas foram à sua casa e levaram uma carta dizendo que seu irmão havia falecido: “E a gente não viu o corpo, não fez enterro, não ficou sabendo nem da data exata da morte, nada! Aí eu lembro que a mãe chorou muito e foi muito difícil” (ESTELA, 2019).

A família era muito pobre e outra lembrança que conta é de pessoas em sua casa propondo a adoção dela e de seus irmãos. Diziam que poderia ser ela, pois era loirinha de olhos verdes, mas sua mãe rejeitou todas as propostas.

Por volta dos quatro anos de idade, ela se lembra de estar brincando com o irmão mais novo quando apareceu uma mulher vestida de preto com um véu cobrindo o rosto. Ela pensou que fosse sua mãe, mas ao chegar mais perto viu um rosto descamado. Supõe que essa poderia ter sido sua primeira alucinação.

Aí eu lembro de uma outra data que eu estava com meu irmão de tardezinha assim, eu estava com meu irmão mais novo, eu já era maior um pouquinho, e a gente correndo na grama, tinha uma grama uns 4 metros quadrados mais ou menos de grama no quintal, e a gente corria, eu e meu irmão, aí apareceu uma mulher e ela começou a brincar com a gente e a rir com a gente, aí eu cheguei perto da mulher, ela estava toda vestida de preto, com véu cobrindo o rosto e tudo era coberto de preto e era um renda, sabe aquelas rendas de antigamente? E a gente achava, eu achava que a mulher era a mãe, aí, quando eu cheguei bem perto dela, e olhei o rosto dela, todo descamado, aí eu me assustei muito, fiquei com muito medo, corri para dentro de casa, eu achava que era a mãe, aí eu me dei conta que não era a mãe, que a mãe não podia andar com aquela roupa, aquela roupa era cara, a gente era pobre, a gente passava fome, como é que mãe ia ter roupa, né? (...) Talvez tenha sido uma alucinação (ESTELA, 2019).

Em ocasião de sua primeira comunhão, Estela relata que dormiu de bobes para o cabelo enrolar. Duas coisas a marcaram nesse dia: recebeu o primeiro abraço da mãe e, à noite, quando estava com seus irmãos, viu um anjinho. Ela disse que contou o que viu a seus irmãos, mas eles riram: “eles começaram a falar que anjinho que nada, uma menina feia como você, uma menina ruim como você, vai ver anjinho. É o diabinho”. Além dessas visões, ocasionalmente ouvia vozes.

Aos dez anos de idade, em Medianeira - PR, ela cuidava da sobrinha e, aos onze anos, começou a trabalhar na casa de uma família como empregada doméstica. Aos doze anos, foi trabalhar em um mercado local, depois em um supermercado.

Por volta dos treze anos, foi para São Paulo com uma família para a qual começou a trabalhar como doméstica, onde estudou e chegou a ir para um convento estudar.

Aí depois eu fui para São Paulo, eu fiz o primeiro, segundo, o terceiro e o quarto ano do magistério em São Paulo. Eu fui para o colégio de freira, eu queria ser freira, eu fiquei dois anos em São Paulo no colégio de freira, aí eu saí do convento, e depois

de um tempo eu casei com o pai da minha primeira filha  
(ESTELA, 2019).

Assim, após sair do convento e se casar, cursou magistério e foi trabalhar em um banco. Relata uma rotina em que trabalhava muito no banco, chegava em casa e tinha o trabalho doméstico: fazia comida para o dia seguinte, lavava e passava roupa, entre outros, e também cuidava da filha.

Logo, quando sua primeira filha nasceu, viu um dos irmãos falecidos no bercinho – não o irmão que morreu quando ela era pequena, mas outro, que havia morrido há dois ou três anos antes de câncer e que havia indicado à Estela não se casar naquele momento.

Quando sua primeira filha tinha seis meses, pediu transferência pelo banco, abandonou o casamento e veio para Foz do Iguaçu. Justifica o abandono do casamento porque o marido não compreendia seu desejo de estudar e trabalhar, e queria que ela ficasse em casa cuidando do bebê. O marido saía do trabalho e não ia direto para casa - ou ia para o bar ou para casa de sua família.

Estela analisa que, antes de sua mudança de cidade, tinha alucinações com um irmão que faleceu por complicações de um câncer. Ela se despediu dele quando ainda era noiva e ele lhe disse para não se casar, pois ainda era nova. Depois dessa visita, ele faleceu e, mesmo depois de morto, ela conta que o via porque essa conversa a marcou muito e ela tinha visões dele na porta do quarto ou no berço de sua filhinha.

Já em Foz do Iguaçu, estudou Letras e passou em um concurso na prefeitura, trabalhava dois períodos e estudava. Se casou novamente e aos trinta e oito anos teve outra filha e relata que desenvolveu depressão pós-parto: não conseguia dormir, tinha alucinações e muitas ideias suicidas. Compreende que o primeiro processo de abandono do primeiro marido, sua casa, seus bens, a família dele, já poderia ter relação com o desenvolvimento de sua doença, talvez também de uma depressão pós-parto.

Após vinte e oito dias do nascimento da segunda filha, Estela foi ao médico decidida a abandonar o segundo marido e a filha. O médico então lhe prescreveu algumas medicações e o seu marido à época cuidava dela e da bebê.

Obteve alguma melhora, mas, em 2005, as ideias de fuga voltaram. Comentou o fato com uma amiga que a orientou a procurar ajuda. Passou por consulta psiquiátrica em que foram receitadas medicações. Contudo, em 2007, “eu surtei de vez”, ela lembra, foi afastada da escola e internada. Fez acompanhamento ambulatorial em psiquiatra

até 2015, quando foi encaminhada ao CAPS.

Ela relembra de uma atividade que ocorreu em uma antiga estrutura do CAPS que era para imaginar o CAPS ideal. Assim, fala que deveria haver mais espaços para descanso, com camas, e relaciona um avanço no cuidado: “Esse lance aí, do pessoal aí, da luta antimanicomial, tem feito uma diferença muito grande, dado um passo muito grande”. No entanto, critica a falta de um profissional médico psiquiatra na rede e demonstra uma grande preocupação a este respeito:

Esse povo quer matar a gente. Pode ser que você tenha certeza que eu seja louca - eu sou louca mesmo -, mas eles querem matar a gente de duas formas: uma pela boca, com essa comida que a gente come toda envenenada, esses agrotóxicos aí, é a terceira guerra mundial [...], e aqui em Foz do Iguaçu, ‘tão’ matando a gente literalmente pelo nível de suicídio, pelo pouco respaldo que dá aqui. Quem que vai cuidar desse monte de gente que está aqui, procurar o CAPS, quem que vai cuidar desse monte de gente que está querendo se suicidar? (ESTELA, 2019).

Sobre sua família hoje, Estela diz que teve apoio quando adoeceu, que toda a família adoeceu junto, mas atualmente está em processo de divórcio do segundo marido. Ela relata que, apesar de sentir gratidão por ele por ter cuidado dela quando adoecida, sua família sempre teve conflito com ele. Ele chegou a proibir que sua primeira filha a visitasse em casa e, se ela fosse visitar a filha, ameaçava expulsá-la de casa. Por conta dessas situações, Estela foi encaminhada ao Centro de Referência à Mulher (CRAM<sup>4</sup>), onde desde 2018 também é acompanhada.

Estela relata que, várias vezes, o marido a impediu de ser mãe, não a deixava conversar com a filha sozinha e sempre interferia na conversa; em suas palavras, a anulava. E com esse processo de divórcio, pelo menos, ela conseguiu ter um tempo a sós com a sua filha mais nova, está conseguindo ser mãe dela. E seus planos é que suas duas filhas tenham uma relação de irmãs: “os planos para o futuro é unir as duas irmãs, fazer com que as duas se visitam e se conheçam, vivam uma vida de irmã, esses são os planos viver” (ESTELA, 2019).

As principais dificuldades que enfrenta hoje têm relação com o chamado “desmame” de algumas medicações. Como teve uma ‘recaída’, outro surto recente, precisou

---

<sup>4</sup> CRAM é o Centro Referência em Atendimento à Mulher em Situação de Violência: “é um espaço destinado a prestar acolhimento e atendimento humanizado às mulheres em situação de violência, proporcionando atendimento psicológico e social e orientação e encaminhamentos jurídicos necessários à superação da situação de violência, contribuindo para o fortalecimento da mulher”. <http://www.justica.pr.gov.br/Pagina/Centro-de-Referencia-de-Atendimento-Mulher-CRAM>, acesso em 05 de junho de 2021.

umentar a dose de um medicamento que estava quase abandonando.

### 3.4 ANA PAULA

A entrevista com Ana Paula foi realizada em 03/12/2019. Natural de Foz do Iguaçu, 47 anos, autodeclarada branca, solteira, parou os estudos no primeiro ano do ensino fundamental e recebe benefício previdenciário.

Logo no início da entrevista fala que sua primeira memória foi de um estupro que sofreu quando tinha cinco anos por seu padrasto. Na noite anterior, sua mãe e ele beberam e brigaram – sendo que ele até chegava a queimar sua mãe com cigarro. Pela manhã, sua mãe foi ao mercado e levou seu irmãozinho de sete meses. Mas ela não pôde ir junto, pois a mãe queria que ela lavasse a louça. Seu padrasto se aproveitou dessa saída da mulher e a violentou. Ana Paula conta que tentou fugir, chegou até a mordê-lo, mas ele a agrediu, deixando-a desacordada. Quando acordou, já estava no hospital. Em seu relato, demonstra que a enfermeira foi cuidadosa com ela, mas sua mãe não:

Mas eu não sabia o que tinha acontecido, aí eu deitada, eu lembro da enfermeira falando: L., sua filha acordou, a mãe (incompreensível) não tava nem aí, aí naquela hora não lembra o que estava acontecendo, nem lembrava o que estava acontecendo comigo, (incompreensível), daí a enfermeira me deu bolacha de água e sal, uma maçã e uma bonequinha pequenininha, assim sabe? Aí ela pegou, olhou para minha mãe e perguntou assim: você não vai ver sua filha, e daí (incompreensível) nem pegar na minha mão não pegou (ANA PAULA, 2019).

A mãe não terminou a relação com seu padrasto, mas a levou para a casa de outras pessoas para cuidarem dela. Essas pessoas falaram para que não se aproximasse daquele homem, caso ele a procurasse. E ele a procurou e levou uma boneca. A mãe acabou deixando Ana Paula na casa da avó, onde também sofreu violência sexual por parte do tio quando estava com cerca de sete anos:

Daí ela pegou eu, levou numa casa de japonês, e abandonou eu, e foi morar com ele. Daí falou bem assim, fui deixar eu com a mulher, né? A mulher falou bem assim, se aquele homem vir de novo, ele é muito mal, vai te bater, ele bateu na sua mãe, vai bater em você também, se ele vier chamar você, você grita, sai correndo, gritando. Daí tinha as meninhas dela, a gente brincava de comidinha de verdade, com cebola, nós matava franguinho, feijão, (incompreensível), eu não sabia o que estava acontecendo, eu ainda não tinha noção do que estava acontecendo, daí ele foi atrás de mim, levou uma boneca bem

grandona, sabe? Ele falou: olha, eu trouxe uma boneca e uma sacola de (incompreensível), daí minha mãe pegou eu, né? Levou eu para a casa da minha avó na Santa Isabel do Oeste, lá foi pior, na Santa Isabel do Oeste, meu tio me estuprou, com 7 anos (ESTELA, 2019).

Voltou a morar com a mãe e outro tio em outra cidade, mas ele também abusava dela constantemente e, quando ia à escola, ele a ameaçava, caso contasse para a mãe.

Por parte da mãe, também sofreu violência física e psicológica. Ela chegava a amarrar Ana Paula quando tentava dormir na casa de uma amiga. Ou então buscava a filha e lhe batia, chegando a cortar seu cabelo com facão e lhe deixar sem comer, priorizando a alimentação do cachorro. Uma vizinha lhe dava alimento escondido.

Ana Paula diz que “brincava” de enterro da sua mãe, matava uns bichinhos e enterrava como se fosse ela. Quando tinha por volta de nove anos, voltaram para Foz do Iguaçu, sua mãe foi morar com outro namorado e a deixou na rua. Nesse momento, foi morar com uma senhora paraguaia para fazer pequenos serviços. A partir desse evento, começou essa dinâmica de trocar de moradia de acordo com a ‘mudança de trabalho’: “aí, menina, eu fiquei que nem macaco, pulando de galho em galho, sabe”, conta. Ela trabalhava por moradia e comida, não salário. Muitas vezes o que comia era pouco e dormia mal: “Me davam pouca comida, eu tinha uma fome de leão [...], mas tá bom, agradecia a Deus, dormia no chão, nem colchão não tinha” (ANA PAULA, 2019).

Ana Paula chegou a ser assediada sexualmente no serviço pelo marido de sua patroa, aproveitando quando esta tinha saído para trabalhar: ao chegar bêbado, tentou agarrá-la, mas ela fugiu e contou para a patroa, abandonando o emprego. Em outros trabalhos, exigiam que limpasse não só a casa de uma patroa, mas de outros familiares que moravam no mesmo quintal. Por volta dos 16 anos, foi trabalhar em uma doceria árabe.

Nesse período, gostou de um rapaz e, em uma noite que bebeu muito e comeu pouco, acabou ficando com ele, mas não o encontrou mais. Engravidou logo depois, mas tem dúvidas se não foi de um tio, pois, durante uma visita, também após beber, desacordou e não se lembra do que aconteceu. Chegou a menstruar normalmente até o sexto mês e, quando sua mãe descobriu, bateu nela e quis que abortasse, mas ela não concordou.

Um dia, quando estava no ponto de ônibus, “estava vindo um outro homem que é meu ex-marido hoje, nem conhecia direito, a convidou para morar com ele” e prometeu assumir a criança e cuidar dela e do filho. Como ela estava na rua, aceitou. Mas ele também era violento e dependente do álcool. Muitas vezes, a colocou para fora de casa e ameaçava os vizinhos caso esses a abrigassem. Então eles a ajudavam de outra forma, com comida e roupa.

Seu primeiro filho não nasceu no tempo previsto: o parto se avançou e foi doloroso. O marido registrou como se fosse filho dele, mas as agressões físicas continuaram: “ele dizia: - eu vou bater na sua cabeça porque não aparece hematoma! Ele falava bem assim. Tem que bater na cabeça para não aparecer hematoma”.

Após perder sua filha, que era a segunda, diz que “não ficou muito certa da cabeça”: enchia a roupinha de bebê como se tivesse uma criança dentro e mostrava para as pessoas. Foi quando começou a tomar medicações psiquiátricas:

Eu perdi minha filha, eu já não fiquei muito certa da cabeça, eu peguei uma roupa, enchi de roupinha, saía para fora, com a mantinha e todo mundo passava e eu mostrava meu nenê, e ninguém falava que meu nenê era bonito, eu ficava nervosa, aí o médico já tinha passado remédio para tomar para cabeça, eu fiquei um bom tempo tomando remédio para cabeça, ate que eu voltei ao normal (ANA PAULA, 2019).

Ana Paula relata que não sabia tomar anticoncepcionais, por isso engravidou muitas vezes. Hoje, mora sozinha e não tem relações próximas com seus filhos. Um deles foi assassinado.

Relata que ainda tem pensamentos suicidas, assim como de agressividade e tem muita dificuldade para visualizar aspectos positivos de seu tratamento.

### 3.5 LAURA

Laura é natural de Foz do Iguaçu, estava com 22 anos no momento da entrevista, autodeclarada branca, possui o ensino fundamental incompleto. No momento dessa entrevista, em 10/12/2019, estava desempregada. Ela iniciou seu relato ressaltando que sempre foi uma criança tímida e, apesar de brincar com outras crianças, tinha poucos amigos. Lembra que, aos 8 anos, foi abusada e isso a marcou muito. Ela parou de estudar na sexta série, reprovou e tinha vergonha de ficar na sala de crianças mais novas. Após ter sido violentada, ficou muito em casa, não queria sair e conta que chegou a ter pensamentos de morte, não tinha vontade de viver.

No seu modo de ver, foi como se sua vida tivesse parado e, até o dia em que foi internada, quando sua família tomou conhecimento sobre seu abuso, até então nunca o tinha relatado para ninguém. O abusador era uma pessoa próxima da família que ia à sua casa quase que diariamente:

Assim, eu sempre fui uma criança muito tímida; na escola, tinha poucos amigos e, quando eu tinha oito anos, fui abusada, isso ficou muito na minha cabeça, parou minha vida até o dia que eu fui internada, isso explodiu; muita coisa na cabeça, eu nunca falei para ninguém, quando eu falei aí, eu fui internada (LAURA, 2019).

Conta que nunca trabalhou formalmente e prestava serviço aos familiares, limpando a casa ou como babá das crianças. O único trabalho que não foi para alguém da família também foi seu último emprego: estava atuando como diarista, cuidava de crianças e, em alguns momentos, também era requisitada para trabalhar na loja da patroa. Reclamou dessas multitarefas: “isso é um trabalho, abusivo que fala, né?” (LAURA, 2019).

Há pouco tempo foi internada e, nesse momento, começou a realizar acompanhamento em Saúde Mental. Foi assim que conheceu o CAPS – para onde foi encaminhada após a internação.

No dia em que foi internada, achava que as pessoas queriam matá-la. Da família, seu irmão e irmã tentaram ajudar, mas ela se sentia perseguida. Ela fez assim um autoquestionamento na entrevista, se teria esquizofrenia, mas entende que, naquele dia, não estava bem: “eu estava perturbada”, observa. Por conta disso, chamaram o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) que seguiu com a internação.

Sobre o acompanhamento do CAPS, diz que gosta de ir, participa de grupos e faz acompanhamento medicamentoso para parar de ouvir vozes. Quando foi internada, ouvia muitas vozes de pessoas querendo matá-la e, antes da internação, não havia tomado remédio controlado. Para ela, a medicação também ajuda a dormir e apagar os pensamentos de morte.

Quanto à sua família, tem uma relação boa, mas diz que não conseguia participar de atividades familiares. Queria ficar em casa trancada, não tinha vontade de sair ou ter amigas. Após iniciar seu tratamento, conta que isso melhorou:

É uma relação boa, porque antes, quando tinha festa de família, eu nunca participava, eu ficava em casa trancada, eu não tinha vontade de sair ter amiga, assim, até parei de estudar, estudei pouco, por causa disso impediu muito minha vida esse trauma (...), agora eu sinto que eu posso viver, que eu posso fazer as coisas, que eu não tinha vontade antes agora eu posso fazer. (LAURA, 2019).

Uma das principais dificuldades que enfrenta é a inserção no mercado de trabalho. Ela atribui este fato à sua dificuldade para falar, conversar, pois se sente travada. Mas tem desejo de voltar a estudar e conseguir emprego, e entende que seu acompanhamento

no CAPS é uma ajuda para atingir esses objetivos, de “ter uma vida normal”.

### 3.6 ROSA

A entrevista de Rosa foi realizada em 10/12/2019. Ela tem 51 anos, autodeclarada parda, foi registrada em Foz do Iguaçu, mas nasceu no Paraguai. Sobre sua infância, conta que foi criada por seus avós no Paraguai, só indo morar no Brasil com a mãe aos oito anos de idade. Nasceu no sítio de seus avós, sendo abandonada por sua mãe ainda bebê. Nunca soube quem foi seu pai.

Diz que tem boas lembranças do tempo que estava com os avós e era muito apegada ao seu avô. Ele trabalhava em plantação de tabaco – e fumava. Acabou tendo tuberculose e foi levado à Curitiba para tratamento. Mas, após oito dias, faleceu. Quando perdeu o avô, Rosa ficou doente e, um tempo depois, sua avó também faleceu.

Após ter ido morar com a mãe, seu padrasto começou a abusar dela. Ao falar para sua mãe sobre essa situação, apanhou, e essa violência na casa da mãe não acontecia antes na casa dos avós.

Após esses conflitos, foi morar com uma tia em Londrina. Para ela, a lembrança é de um tempo bom até a tia voltar à Foz do Iguaçu, quando voltou a morar com a mãe e passou a cuidar dos irmãos mais novos:

Mas a gente não era muito bagunceiro, nunca tinha apanhado, a avó brigava às vezes, chamava atenção, mas o sofrimento foi muito (incompreensível), ela [a mãe] me bateu muito, eu, até hoje, aqui, eu tenho cicatriz aqui (...). ER: Então, por causa dessas coisas que ela bateu muito na minha cabeça, eu ficar com problema, aí veio uma tia minha de Londrina e me levou com ela (...), lá foi muito bom, assim, nos primeiros tempos, essa minha tia, o casamento acabou, aí ela, sabendo que meu tio tinha morrido, aí ela veio para cá, aí de novo eu acabei morando com minha mãe (ROSA, 2019).

Começou a trabalhar como babá por volta dos 15 anos de idade. Depois, conseguiu seu primeiro emprego como cobradora de ônibus. Nessa época, conheceu o pai dos seus filhos. Rosa relata que contou para ele sobre o abuso que sofrera e ele não compreendia e jogava suspeitas contra ela, até que a abandonou com os filhos. Saiu do trabalho como cobradora e, um tempo depois, voltou a trabalhar em um hotel, seu último emprego.

Segundo conta, desde que era cobradora, sentia muitas dores na cabeça. Quando era camareira, contou para sua chefe que não estava bem e procurou ajuda. Diagnosticada com esquizofrenia, foi afastada do trabalho.

Sobre sua primeira internação, ela lembra que foi após o nascimento da filha caçula, durante quatro meses. Após ser atendida pelo ambulatório da psiquiatria no Hospital Municipal, foi encaminhada ao CAPS por um dos psiquiatras. Ela entendeu que seria internada novamente, então o médico explicou que ela passaria meio período lá, mas que iria para casa. No início, como relata, o acompanhamento foi ruim, pois era em grupo, e ela tinha medo e era muito sensível.

Sobre a família, Rosa trouxe o relato da morte da sua filha mais velha, o que a afetou bastante. Ela teve duas meninas e um menino e tem mais contato com a filha mais nova. O filho caçula mora em outro estado. Ela morava próximo aos irmãos, mas procurou se afastar, exceto de uma irmã, porque se sentia muito criticada. Sente-se mal ao ver famílias unidas e pensar na sua, da qual está afastada.

Há dois anos, Rosa também faz tratamento para um câncer de tireóide. Já fez radioterapia e conta que estar no CAPS nesse período a ajudou muito, principalmente em um dos grupos de que participa, no qual pôde compartilhar esse processo de adoecimento:

Em setembro, fez dois anos, eu estou em tratamento, fazendo radiação, foi muito difícil, minha sorte que estava aqui no CAPS. Eu me apeguei muito com a psicóloga e bem nesse dia ela estava de férias, estava outra, eu achei que iria ficar internada de novo (...). Quando eu estava entrando para a sala de cirurgia, me deu uma crise, aí foi adiada a cirurgia, três dias (incompreensível) e agora fazendo tratamento, radiação, então é uma coisa assim uma atrás da outra (...), cheguei ficar em cadeira de rodas, fiquei um ano e dois meses, mas agora não, graças a Deus, não tem ninguém para incomodar, faço meu serviço (ROSA, 2019).

Atualmente, espera receber uma casa de um projeto de habitação popular da prefeitura. Pensa em fazer um salão, algum curso, ter algo para ela e tomar menos remédios. Além disso, sente falta da companhia da sua família reunida:

A minha filha ia viajar no final de ano, viajaria dia 20, passar o ano novo para cá, aí fiquei assim, quando minha filha viaja, meu filho vem, quando meu filho vem, ele ia passar só o Natal comigo, porque quer ir lá no C. que é a família deles. Aí eu vejo família unida, aí, tipo assim, a mãe, vão reunir tudo na casa da minha irmã, aí para ir lá, os outros quer que eu fico para lá, eu vejo as famílias, eu penso por que a minha não é assim? (ROSA, 2019).

## 4 TRABALHO E GÊNERO

Neste capítulo, apresentamos uma análise da pesquisa focada na categoria temática a partir dos relatos das entrevistadas e das oficinas. Optou-se por centrar em um tópico dominante na narrativa que é: a questão do trabalho, sua relação com gênero e a maternidade como um aspecto específico da dimensão do cuidado, relacionado ao papel do gênero feminino. Ainda, por meio das entrevistas, serão analisados também, em outros capítulos, a questão da violência, muito presente nos relatos das mulheres, bem como o território da loucura e o corpo.

Segundo Hirata e Zarifian (2009), o conceito de trabalho pode ser observado por duas óticas principais: a primeira é a relação do homem com a natureza – ou a relação homem e natureza, em que, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, é transformado por ela. A segunda definição tem relação com as condições sociais determinadas do trabalho em nosso contexto histórico; de acordo com Marx (2007), há a predominância do trabalho assalariado.

Dessa forma, o trabalho é compreendido como a imbricação de dois tipos de relação: homem-natureza e homem-homem. Porém, essa definição é limitada, já que o sujeito aqui é visto como o masculino e como universal (HIRATA et al, 2009).

Em síntese, Marx ([1845] 2007) apresenta a seguinte definição:

A produção da vida, tanto da própria, no trabalho, quanto da alheia, na procriação, aparece desde já como uma relação dupla – de um lado, como relação natural, de outro como relação social -, social no sentido de que por ela se entende a cooperação de vários indivíduos, sejam quais forem as condições, o modo e a finalidade. Segue-se daí que um determinado modo de produção ou uma determinada fase industrial estão sempre ligados a um determinado modo de cooperação ou a uma determinada fase social (MARX, 2007, p. 34).

Logo, a produção da vida e o trabalho não são processos naturais, mas necessários para reprodução do trabalho, assim o trabalho reprodutivo entraria como algo fundamental à produção da vida e não ligado a um amor materno natural. No entanto, o tratamento dado a esse tipo de trabalho, especialmente às mulheres que o exercem, é não reconhecê-lo como um trabalho que deve ser reconhecido, valorizado e bem remunerado.

Eu nunca trabalhei de carteira assinada, eu sempre entreguei currículo, mas sempre trabalhei com coisa que não fosse de carteira assinada: para tia, para prima, limpar casa da tia, não

de carteira assinada. (LAURA, 2019)

Há, assim, historicamente, uma separação nessa estrutura do doméstico e do público com desvalorização do trabalho doméstico atribuído às mulheres. Essa separação é chamada divisão sexual do trabalho.

A divisão sexual do trabalho é a forma de divisão do trabalho social decorrente das relações sociais entre os sexos; mais do que isso, é um fator prioritário para a sobrevivência da relação social entre os sexos. Essa forma é modulada histórica e socialmente. Tem como características a designação prioritária dos homens à esfera produtiva e das mulheres à esfera reprodutiva e, simultaneamente, a apropriação pelos homens das funções com maior valor social adicionado (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 599).

Em grande medida, cabe às mulheres a conciliação entre trabalho doméstico e as responsabilidades familiares e profissionais (HIRATA; KERGOAT, 2007).

Nota-se que a diferenciação da valorização social a partir da divisão sexual tem relação com a invisibilidade do trabalho reprodutivo que, muitas vezes, é desconsiderado em algumas análises clássicas, pois não gera valor. Mas há atualizações (FEDERICI, 2013; FURNO 2015; ARRUZA et al, 2019) que compreendem que, apesar de não gerar valor de forma direta, geram de forma indireta, uma vez que o trabalho doméstico é necessário para a realização do dito trabalho produtivo (FURNO, 2015).

Para Cinzia Arruza et al (2019), o capitalismo não inventou a subordinação da mulher, mas a modernizou a partir de outros modelos mais modernos de sexismo: “Seu movimento fundamental foi separar a produção de pessoas da obtenção de lucro, atribuir o primeiro trabalho às mulheres e subordiná-lo ao segundo” (ARRUZA et al, 2019, p. 51), assim reinventou a opressão às mulheres. As sociedades capitalistas apagam a importância da reprodução social, atividade que cria e mantém a vida, além da capacidade para o trabalho. E também evita de pagar por esse trabalho, relegando a uma subordinação e transferindo esses afazeres para outras pessoas, no caso as mulheres, dado que a organização da produção social se baseia no gênero, nos papéis de gênero e na opressão de gênero (ARRUZA et al, 2019).

A autora também explora a conexão do patriarcado, compreendido pelas relações societais, e não somente interpessoais e de gênero. Ela critica as análises que acreditam que há ‘leis econômicas puras’. Para ela, “uma relação de exploração sempre implica numa relação de dominação e alienação” (ARRUZA, 2015, p. 53). Mesmo em Marx é possível analisar que o autor não concebe o capitalismo baseado somente na economia, mas

compreende as leis econômicas como “formas de atividade e relações e humanas” (ARRUZA, 2015, p. 54).

Marx descreve como é determinado o valor da força de trabalho:

Como de outra mercadoria, é determinado pelo tempo de trabalho necessário à produção, portanto também reprodução, desse artigo específico [...] Sua produção pressupõe, portanto, a existência dele. Dada a existência do indivíduo, a produção da força de trabalho consiste em sua própria produção ou manutenção (MARX, 1988, p. 137).

Assim, o trabalho doméstico, como parte de reprodução, pode ser entendido como aquele que é capaz de produzir a mercadoria fundamental do sistema capitalista, já que conseguiu assegurar um enorme contingente de trabalho quase de graça: “a condição não remunerada do trabalho doméstico tem sido a arma mais poderosa no fortalecimento do senso comum de que o trabalho doméstico não é trabalho” (FEDERICI, 2013, p. 43). No entanto, só há trabalhador que possa exercer sua função, o cuidado de futuros trabalhadores, das crianças e de trabalhadores aposentados, os idosos, porque há mulheres responsáveis por essa esfera.

Com a divisão do trabalho e a delegação da reprodução social, há a falta da distribuição dessas tarefas de cuidado seja dentro do próprio núcleo familiar, seja por falta de políticas de Estado, impactando na educação e na inserção laboral das mulheres, já que o “dia tiene 24 horas para ambos sexos” (FERRO, 2019, p. 128). Através de Sistemas Públicos de Cuidados, seria possível incentivar a redistribuição dessas tarefas (FERRO, 2019). Dessa forma, a defesa da divisão de tarefas nessa esfera implica não somente em: “Tornar o trabalho de cuidados visível; é preciso redistribuí-lo entre o Estado, empresas privadas, organizações da sociedade civil e entre homens e mulheres” (DUPONT, 2019, p. 185).

Há possibilidades desde a educação infantil do ensino da importância do cuidado e sua necessária divisão entre os gêneros, e de políticas de licenças igualitárias entre pais e mães para cuidar dos filhos (DUPONT, 2019). Além de outras reivindicações históricas do movimento feminista, como creches, restaurantes e lavanderias comunitárias, o que alguns autores e autoras defendem ser só possível em um Estado Socialista, ideias com as quais me alinho:

Sob o socialismo, o trabalho doméstico seria transferido para a esfera pública: as tarefas realizadas individualmente por milhões de mulheres não pagas em suas casas seriam assumidas por trabalhadores assalariados em refeitórios,

lavanderias e creches comunitários. Só assim as mulheres se veriam livres para ingressar na esfera pública em condições de igualdade com os homens, desvencilhadas das tarefas de casa (GOLMAN, 2014, p. 17).

Levar em contra esta política poderia minimizar, inclusive, a falta de divisão das tarefas domésticas dentro dos núcleos familiares, como observado nas entrevistas:

Aí, como a bebê chorava muito, eu trabalhava muito no banco, chegava em casa, tinha todo o trabalho, a filha para cuidar [...] fazer comida para o dia seguinte - que eu e ele levávamos marmita. Roupa todo dia para lavar e passar, porque tinha que lavar e passar as fraldas, as roupas todas eram passadas e ele saía do serviço ou ia para o bar, ou ia para casa do pai, ou do irmão, ou da irmã, tudo que é canto, menos em casa (ESTELA, 2019).

Após a década de 1970, houve em todo o mundo um processo de feminização do mercado de trabalho. A participação dos homens pouco se alterou, mas a intensificação da participação feminina é uma característica importante desse período (NOGUEIRA, 2010).

Há outra dimensão da inserção de mulheres no trabalho que é a construção de uma independência econômica e maior autonomia perante os homens provedores. Muitos autores defendiam que

As mulheres somente seriam livres se ingressassem no mundo do trabalho assalariado (...) Somente um salário separado poderia oferecer às mulheres independência econômica e acesso a um mundo público mais amplo. Para que as mulheres se libertassem, econômica e psicologicamente. (GOLDMAN, 2017, p. 24)

Assim, apesar das dificuldades de conciliação e a sobrecarga com o trabalho doméstico, ter um trabalho na esfera pública é muitas vezes desejado, como enunciado nas entrevistas:

Eu quero muito voltar a estudar, porque nunca é tarde para voltar a estudar, ainda posso e quero voltar a estudar e conseguir um emprego (LAURA, 2019).

Então, assim, foi muito bom trabalhar fora, eu continuei sempre estudando e assim, eu dava de conta de tudo, trabalhava, eu cuidava da minha casa (CRISTAL, 2019).

Porque eu não consegui dormi, eu trabalhava muito, o marido não compreendia que eu queria estudar, que eu queria trabalhar, eu queria trabalhar, eu fiz magistério, eu saí do convento e já fui trabalhar no banco (...), então eu já trabalhava no banco e já tinha terminado o magistério quando eu conheci ele, e eu queria fazer faculdade. Queria estudar, queria trabalhar, e ele [o marido] queria que eu ficasse em casa cuidando do bebê (ESTELA, 2019).

A ampla entrada no mercado de trabalho, no entanto, se deu de forma precarizada pelas mulheres, uma vez que a flexibilidade da jornada de trabalho feminino só é possível porque há uma legitimação social para o emprego das mulheres por durações mais curtas de trabalho no mercado de trabalho, justificando menores salários, aplicada em diversos países em nome de uma suposta necessidade de conciliação entre trabalho e família exclusivamente do sexo feminino. Por isso, muitas vezes, o trabalho feminino ainda é visto como complementar, apesar dessa renda ser necessária e, em muitos casos, essencial para a família (HIRATA, 2005).

Há, no entanto, uma diferenciação norte/sul global, já que essa justificativa para o trabalho meio período é mais presente no norte:

Os impactos sobre os países do Norte e do Sul são desiguais. Nos últimos observa-se o desenvolvimento do trabalho informal; nos primeiros, o aumento de trabalhos de meio período. Essas duas tendências simultâneas expressam, em dois grupos de países, a situação de crise do paradigma de emprego estável e protegido (HIRATA, 2005, p. 115).

Em alguns relatos das entrevistadas, observa-se a falta de remuneração justa, muitas vezes relacionadas a abrigo e comida, existindo uma exploração do trabalho dessas mulheres ou de forma realmente informal:

Às vezes, eu chegava nas casas e falava: ó, me dá um prato de comida [...], deixa eu dormir aqui no cantinho que eu lavo toda a sua roupa amanhã (ANA PAULA, 2019).

O trabalho *part-time*, ou trabalho de meio período, é justificado por essa necessidade de conciliação compulsória para a mulher entre cuidado e trabalho, por exemplo, como doméstica ou no *telemarketing*, atividades que geralmente têm características de ser “tarefas monótonas, repetitivas e estressantes” (NOGUEIRA, 2010, p. 176). No entanto, é quase impossível entrar na esfera produtiva sem delegar o trabalho doméstico para outras mulheres, especialmente as mais pobres e racializadas (SCHNEIDER, 2019), aspectos estes que Helena Hirata e Daniéle Kergoat (2007) tratam como um modelo da conciliação, o que é algo muito observado nos contextos latino- americanos:

O crescimento da categoria de profissões de nível superior e de executivas; elas têm ao mesmo tempo a necessidade e os meios de delegar a outras mulheres as tarefas domésticas e familiares. O modelo da delegação, de resto, tornou-se possível graças ao aumento acelerado dos empregos em serviços [...] oferecem novas “soluções” para o antagonismo entre responsabilidades familiares e profissionais (HIRATA; KERGOAT, 2007, p. 605).

Assim, a delegação do trabalho não vem sem uma relação direta com os processos coloniais e possuem sua marca étnica/racial nos contextos latino-americanos. Em “Me llamo Rigoberta Menchú y así nació mi conciencia” (BURGOS, 1982), há a narração a partir de uma história individual de uma indígena quiche-maia, centrada principalmente no contexto da Guerra Civil na Guatemala. Em um determinado momento, fala dos maus-tratos quando trabalhava na casa de uma família branca em que o cachorro comia melhor do que ela:

La comida que me dieron era un poquito de fríjol con unas tortillas bien tiesas. Tenían un perro en la casa. Un perro bien gordo, bien lindo, blanco. Cuando vi que la sirvienta sacó la comida del perro. Iban pedazos de carne, arroz, cosas así que comieron los señores. Y a mí me dieron un poquito de fríjol y unas tortillas tiesas. A mí eso me dolía mucho, mucho, que el perro habría comido muy bien y que yo no merecía la comida que mereció el perro (MENCHÚ in BURGOS, 1982, p. 118).

O que também pode ser observado nos relatos das entrevistadas:

Na Dona C., que Deus abençoe ela, trabalhava, mas eu trabalhava, a filha dela era ruim. Me dava pouca comida, eu tinha uma fome de leão, uma fome que só Deus sabe, mas comia pouco, porque não deixava comer mais, mas tá bom, agradecia a Deus, dormia no chão, nem colchão não tinha (ANA PAULA, 2019).

E nessa época você acha que tinha que esfregar o sabão na roupa, não tinha que pegar o sabão na mão, assim ó. Entendeu, chegava a fazer ferida na minha mão de tanto que eu trabalhei, daí, no Natal, eu ganhei uma caixa de ovo de Páscoa, acho que foi o dia mais feliz que eu tive na minha vida, no outro dia veio a tristeza, a velha pegou tudo meus doce, eu ia levar para o meu irmão, o mais pequeno, eu fui olhar no outro dia na caixa, não tinha mais nada. Nossa, eu chorei tanto, por que tirou minha alegria? (ANA PAULA, 2019).

Eu entregava currículo, o último era uma mulher que veio lá do Pará e ela queria abusar, queria que trabalhava na loja de calçados dela, no outro dia cuidar das crianças, no outro dia limpar a casa, não era só um trabalho. Ela ficava me usando para fazer todas coisas, isso é um trabalho abusivo que fala, né? (LAURA, 2019)

Com as entrevistas, também se verificou o predomínio do trabalho nos

ramos mais precários da economia, principalmente como domésticas ou cuidadoras com início precoce, principalmente na infância:

E eu, pequena, com 9 anos, ela um dia chegou em casa - nós morávamos na Maré -, a gente morava na beira-do-mar, até entrava água na minha casa, era um casebre, assim de madeira. Eu lembro que a patroa do meu pai chegou um dia e viu 'eu' lavando a louça, limpando os alumínios e os alumínios 'brilhava'! Mamãe gostava bem que brilhasse. Ela falou assim: você podia deixar essa menina limpar os alumínios de casa... Eu lembro que o papai fez um banquinho e eu subia no banquinho e lembro que subia no banquinho, eu lavava aquele monte de louça (CRISTAL, 2019).

A gente era de uma família grande, onde temos oito irmãs, comigo nove, e dois irmãos. Meu pai trabalhava nessas barragens, então a gente vivia mudando de cidade. Começamos trabalhar muito cedo na roça e para sustentar a casa até de diarista (BEL, 2019).

Eu comecei a trabalhar em Medianeira, com 11 anos, eu trabalhei em Medianeira. Trabalhei cuidando: com 10 anos cuidava da minha sobrinha, cuidava dela, aí com 11 anos eu fui trabalhar em casa de família, fui ser empregada doméstica, aí com 12 anos eu fui trabalhar numa... como é que se chamava antigamente? Artefatos de secos e molhados (ESTELA, 2019).

Já tinha 8 para 9 anos [...], a dona C. era uma paraguaia, ela 'viu eu' de longe, e veio lá, e falou: - fia, você vai dormir aí? Eu falei: - eu não tenho para onde ir [...]. Ela falou: - nossa, minha filha, você quer ir lá para a minha casa? Eu fiquei tão feliz, eu disse: quero. Ela falou: - ó, você vai trabalhar, eu disse eu vou, lá em Medianeira, eu cansei de trabalhar por comida (ANA PAULA, 2019).

O início do trabalho precoce, que ocorre principalmente com meninas pobres, pode dificultar o acesso à educação, ou atrapalhar a experiência escolar e a vivência do brincar, ou seja, ser criança.

Além das entrevistas, no projeto de extensão, conforme oficina realizada em 22/10/19 para debater Trabalho Doméstico e Trabalho da mulher como um todo, foi passado um capítulo da série "Nossa voz ecoa", que falava especificamente sobre mulheres que já haviam trabalhado como domésticas, em sua maioria negras. Três das cinco participantes já tinham exercido essa função, em geral, de maneira informal.

Nessa oficina, muitas delas falaram dos maus-tratos por parte dos patrões. Uma das mulheres, em específico, foi para outro estado para trabalhar como doméstica e morar com uma família quando tinha apenas 13 anos de idade. Esse processo, para ela, foi compreendido como uma emancipação financeira e da família. Todas as utentes/pacientes que

participaram nessa data falaram que já tiveram trabalhos relacionados ao cuidado, ensino ou a tarefas de organização, como babá, professoras, secretárias e recepcionistas. Todas comentaram a respeito da sobrecarga de trabalho, pois, além de seu trabalho fora da residência, também trabalhavam em suas casas, referenciando, assim, as duplas jornadas de trabalho. Nenhuma estava ativa por conta do adoecimento mental, duas delas estavam afastadas de seus trabalhos com aposentadoria, outras duas desempregadas, sem receber nenhum tipo de auxílio.

O discurso em relação à sobrecarga de trabalho, ao cuidado da casa, família, somado ao trabalho fora de casa, é muito presente também nos relatos das entrevistas e, em alguns casos, há um conflito entre desejos e/ou projetos das mulheres e do cuidado:

Eu não sei como, mas eu saía de casa, pegava o ônibus do meio-dia, ‘tava’ lá na empresa uma hora da tarde, eu deixava casa limpa! Naquela época, não era ‘lojota’, era cimento! Eu deixava encerado, deixa pão pronto, lavava roupa até o meio-dia, deixava tudo pronto, tudo arrumado e, quando chegava, dava conta do trabalho, impecável e, quando chegava lá à noite, eu ia estudar. Aí me colocaram como presidente da CIPA (CRISTAL, 2019).

quando minha primeira filha tinha 6 meses, eu vim para Foz e a vida seguiu, eu trabalhava igual uma louca, eu vim transferida pelo banco, vim em fevereiro e, quando foi 2 de setembro, eu entrei na prefeitura, dando aula e depois fiz faculdade, fiz Letras, quando não estava estudando, primeiro eu estudava, trabalhava dois períodos e estudava, depois eu trabalhava três períodos e criando a minha filha (ESTELA, 2019).

Segundo a entrevistada Estela, enquanto para o homem não há conflito entre o papel de trabalhador ou outras atividades que queira realizar, como exposto na entrevista, “ir para o bar” ou na casa da família; para a mulher, existe essa tensão: ela deve cumprir com todos os seus papéis adequadamente. Há uma ênfase na delegação do cuidado atribuída ao gênero feminino, seja da casa ou dos filhos, adicionado ao sofrimento causado pela sobrecarga de duplas ou triplas jornadas laborais.

Para Christophe Dejours (2017), a relação com o trabalho pode tanto produzir saúde quanto “descompensações psiquiátricas e psicossomáticas” (DEJOURS, 2017, p. 36). O trabalho em si não é o único responsável por adoecimentos, tendo em vista que o desemprego também causa danos mentais e há outras dimensões da vida humana que podem colaborar nesse processo (como podemos ver nesse trabalho com as análises dos capítulos 3.1, 4 e 5). O autor não sugere uma ‘apologia ao trabalho’, pelo contrário, relata que geralmente é uma dimensão pouco considerada, especialmente por psiquiatras. No entanto, no contexto

societal em que estamos, tem um papel contraditório: pode favorecer a saúde mental ao colaborar com o desenvolvimento de identidade aos sujeitos (DEJOURS, 2017). Mas, com as entrevistas, também se pode observar o adoecimento causado diretamente pelo trabalho:

Quando eu chegava na guarita para bater o cartão, parecia que me dava um gelo, era alguma coisa assim, parecia que jogava um balde de dentro de mim que ia até a barriga: era um frio, eu chamava frio na barriga. Eu pensava assim: - Nossa, mas não é normal e assim eu comecei com mania de perseguição. Você sabe trabalhar com doutor é a coisa mais difícil que tem, eu briguei muito com os doutores (CRISTAL, 2019).

Quando fui me encostar, procurar acompanhamento médico, não suportava mais ouvir tanto desaforo no meu trabalho, trabalhar tanto e não ganhar hora extra... Eu fiquei assim num desespero tão grande que fui no médico e lá descobri que já estava na menopausa e descobri eu tinha problema de ‘tiroide’ grave e essas coisas me deixam mais passada (BEL, 2019).

A partir desses relatos, é possível compreender que o sofrimento é uma experiência que começa a fazer parte da relação com o trabalho, e pode ser entendido como:

Uma realidade concreta e não desejada, expressa em sensações, mudanças corporais, mentais e comportamentais que impõem limitações físicas, psíquicas e afetivas que mudam a pessoa (RIBEIRO, 2010, p. 308).

Aquele que começa a expressar a dor muitas vezes não é bem-visto, nem no ambiente de trabalho, nem socialmente, pois é tido como falho, anormal. O ‘normal’ é suportar todas as situações de contradições que se vivenciam, e o ‘anormal’ é o que manifesta o sofrimento, esse também é visto como geneticamente mais fraco e improdutivo (RIBEIRO, 2010).

Antes predominavam as doenças infectocontagiosas no ambiente laboral, mas houve um aumento de outras doenças, como as lesões por esforços repetitivos, “LER, mialgias e fibromialgias, as cardiocirculatórias, as gastroentéricas, do psiquismo e comportamentais” (RIBEIRO, 2015, p. 312).

Em uma das entrevistas, foi descrito o momento em que a entrevistada, em suas palavras, teve o primeiro “surto” que ocorreu no local de trabalho:

Saí andando pelo corredor e cheguei no departamento pessoal, só lembro que eu falava, dizia assim: me dá minha conta agora que eu ‘estou’ indo embora, me dá minha conta (incompreensível). Depois eu só lembro do consultório

psiquiátrico. Eu saí pela rua, daí ligaram para os meus familiares e me acharam na rua (CRISTAL, 2019).

Segundo Ribeiro (2015), é insuficiente estudar só as manifestações clínicas e medicalizar o sintoma mais presente, a dor. No caso da saúde mental, o sintoma pode ser entendido como a desorganização psíquica, do pensamento, da memória, de orientação, como descrito acima no caso de Cristal. Ela mesma relata que sofreu diversos processos de assédio moral, sendo assim, a compressão é que a medicalização pode ser necessária, mas não é suficiente para diminuir o sofrimento que, nesse caso, também é um sintoma. É necessário também um olhar sobre as relações de trabalho e familiares que podem colaborar para desencadear esse processo.

#### 4.1 Maternidade e Cuidado

Uma das dimensões do trabalho reprodutivo é o cuidado que muitas vezes se relaciona com a maternidade. Por isso, será considerada de maneira específica das outras dimensões do trabalho.

Franca Basaglia (1983) analisa que os debates feministas sobre a dimensão do privado, entre eles, a maternidade, eram vistos nos contextos explosivos dos anos de 1960 com desconfianças, inclusive, como se fossem preocupações burguesas, o que se modificou contemporaneamente com a exigência de uma coerência política entre o pessoal e o social:

Porque en el momento en que la mujer comienza a exigir una existencia como sujeto histórico-social en el hecho de representar contemporáneamente uno de los polos de una relación natural (mujer-hombre, mujer-maternidad), se encuentra obligada a romper con todos los viejos equilibrios, poniendo en discusión cada nivel de opresión, privado y público, individual y social, que no puede ya más mistificarse con su incapacidad natural (BASAGLIA, 1983, p. 12).

Há, nesses contextos, a tensão com a perspectiva que a mulher deveria viver em função do outro como cuidadora e a tentativa de ruptura da maternidade e família ser o “destino único” da mulher (BASAGLIA, 1983, p. 93).

Zanello destaca que, quando não se cumpre esse papel idealizado, o sentimento de culpa é presente, o que expressa que esse ideal da maternidade foi introjetado nas mulheres (ZANELLO, 2018). Muitas vezes o não cumprimento dessas funções pela mulher pode ser entendido como solidão. Isso pode ser visto pela fala de uma das entrevistadas que disse que, após eu desligar o gravador, se pudesse dar um conselho para

outras as mulheres, seria para casarem e ter filhos para não se sentirem solitárias.

Smith e Morrow (apud ZANELLO, 2018) criticam como o mal-estar causado pela maternidade pode ser limitado sob um diagnóstico. Exemplificam com a depressão pós-parto em que os “sentimentos de desigualdade, injustiça e desempoderamento” (SMITH e MORROW apud ZANELLO, 2018, p. 172) são disfarçados sob o nome de uma doença e, dessa forma, escondem diversas contradições e imposições de papéis sociais.

A autora do livro “As Alegrias da Maternidade”, Buchi Emecheta (2017), trata da temática da maternidade e nos apresenta a protagonista de seu livro que sofre com essas contradições: Nnu Ego, filha de um líder igbo<sup>5</sup> da zona rural da Nigéria. O cenário não é datado, mas compreende-se que se passa em um contexto de colonização inglesa, desde o início até um momento de sua consolidação. Na compreensão da personagem, para se tornar uma mulher completa, ela deve ser mãe. Nnu Ego não conseguiu engravidar em seu primeiro casamento, ele foi desfeito e ela foi devolvida a seu pai. Casa-se de novo, dessa vez com um homem que vive na cidade, em Lagos, o que a faz se afastar de seu pai, de sua cidade natal, dos amigos e de seu povo (EMECHETA, 2017).

Finalmente engravida de um menino e, nesse momento, sente-se feliz e completa. Mas, em uma manhã, percebe que seu filho, ainda bebê, está morto. Desesperada, ela corre para se jogar no rio, se matar. Emecheta descreve de forma sensível como os nigerianos, nesse contexto, viam o suicídio: “Uma coisa dessas não é permitida na Nigéria; você simplesmente não está autorizado a cometer suicídio em paz, porque todos são responsáveis uns pelos outros” (EMECHETA, 2017, p. 86).

Assim, Nnu Ego é contida fisicamente e recebe represálias: um dos homens a reconhece, a repreende por ser casada, com um filho. Ela chega a ser agredida por uma transeunte, mas finalmente consegue expressar o que se passava:

‘Mas não sou mais mulher! Não sou mais uma mãe! O bebê está lá morto na esteira’ (...) ‘Afinal ela não é louca’, a mulher assumiu a tarefa de informar às pessoas que os cercavam que seu iorubá era imperfeito. ‘É só que ela acaba de perder o filho que provava ao mundo que ela não é estéril’. E todos concordam que uma mulher que não dá um filho ao marido é uma mulher fracassada (EMECHETA, 2017, p. 87).

---

<sup>5</sup>Igbo, também chamado de Ibo, povo que vive principalmente no sudeste da Nigéria, que falam igbo (...). Antes da colonização europeia, os Igbo não estavam unidos como um único povo, mas viviam em comunidades locais autônomas (Encyclopedia Britannica, 2019, “IGBO”. Disponível em [britannica.com/topic/Igbo](http://britannica.com/topic/Igbo). Acesso em 26/03/2020).

A partir dessa história, é possível destacar algumas evidências: ser mulher, na maioria das culturas, é necessariamente ser casada e ser mãe. Nessa história, a mulher ainda não foi entendida como a louca, pois era justificável a tentativa de seu suicídio, era “só” imperfeita por ter perdido um filho que comprovava sua completude como mulher. Por isso, sua dor, sua tentativa de suicídio pode ser compreendida. Não era louca, a maternidade a curaria de sua dor, o que entra em contraste com o narrado pelas entrevistadas.

Em uma das entrevistas, uma usuária do serviço CAPS II (Centro de Atenção Psicossocial) relata quando começaram a aparecer alguns sintomas de alucinações após sua primeira gravidez:

E, quando a minha primeira filha nasceu, eu vi o meu irmão morto, esse que morreu de câncer [...], esse que morreu dois anos antes de ela nascer, dois ou três anos por aí. Aí, eu a vi no bercinho e vi só o rosto dele olhando para o bercinho e, quando a minha filha tinha seis meses, eu vim embora para Foz do Iguaçu, eu abandonei o casamento e vim embora [...]. Queria estudar, queria trabalhar, e ele queria que eu ficasse em casa cuidando do bebê (ESTELA, 2019).

Ela relata que, antes da gravidez, visitou esse irmão que estava com câncer.

Aí eu vi meu irmão, ele estava deitado na cama [...] e aqui assim, só a caveira, mas ele estava lúcido e falava. Aí eu peguei na mão dele, conversei com ele, rimos, falei dos projetos que eu ia ter, falei que eu estava noiva, que eu ia casar. Aí ele falou: Não casa, não, para que casar? Uma mulher tão bonita como você, olha a vida como é bela, vai viajar, vai passear, vai curtir a vida. Você tem um emprego bom [...], vai estudar, vai fazer faculdade [...], vai conhecer outras capitais, outras cidades, vai conhecer o mundo (ESTELA, 2019).

Dessa forma, é possível estabelecer uma relação entre as dificuldades vivenciadas por Estela em um dado contexto de vida e seu processo de adoecimento: sendo mãe pela primeira vez e pressionada a abandonar seus projetos a fim de só cumprir o papel materno, em contraste com a visão de seu irmão falecido que, anos antes, a aconselhou a não se casar e não ter filhos para priorizar seus planos, o que vai na contramão de um projeto patriarcal capitalista.

Assim, se observa que os adoecimentos não são meramente disfunções orgânicas, mas também advindas de contextos sociais e pressões relacionadas, por exemplo, aos papéis de gênero. As alucinações não vieram em qualquer momento, mas diante das

dificuldades da primeira maternidade. Por isso, talvez ainda tenha ecoado nela a voz de seu falecido irmão realçando outras possibilidades de experiências de vida que ela poderia ter. Em outro relato, o rompimento com a realidade foi após a perda de uma filha recém-nascida:

Eu perdi minha filha, eu já não fiquei muito certa da cabeça, eu peguei uma roupa, enchi de roupinha, saía para fora com a mantinha e todo mundo passava e eu mostrava meu nenê, e ninguém falava que meu nenê era bonito, eu ficava nervosa (ANA PAULA, 2019).

A dor e o sofrimento com a perda de um filho pode ser um marco para tentativas de suicídio, como na história de Nnu Ego, ou um rompante para se desligar de uma realidade dolorosa. Encontramos nos relatos das mulheres estudadas diagnosticadas com transtornos mentais pontos de convergência: as exigências de cuidar dos outros, a maternidade obrigatória e outras tarefas atribuídas à mulher. Para Zanello (2017), as mulheres são criadas e construídas em sua subjetividade para o outro, para o cuidado do outro, o que ela chama de “processo de heterocentrismo”, que diferencia do homem que é o “ego-centramento”, ou seja, é demandada para ser cuidadora mesmo que para isso abra mão de projetos próprios.

Na oficina ocorrida em 08 de outubro de 2019, foi possível notar, nos discursos das mulheres que se viam como caridosas e cuidadosas, que esses estereótipos de gênero são introjetados como algo positivo às mulheres, ao mesmo tempo em que as sobrecarregam no cuidado com o outro. De maneira semelhante, foi possível constatar, a partir da oficina do dia 24 de setembro de 2019, em que foi abordada as diferenças entre homens e mulheres, nos relatos das participantes, como a sobrecarga dos afazeres domésticos impactava a saúde delas enquanto reproduziam estereótipos de gênero ao fazerem as atividades porque gostavam. Nesse mesmo dia, ao discutir os trabalhos dos homens e das mulheres, elas remeteram as profissões relacionadas ao cuidado às mulheres, como enfermeira, professora e cozinheira. Além do cuidado com os filhos, muitas vezes o cuidado dos netos é delegado às mulheres da classe trabalhadora:

Eu ajudo a cuidar da minha netinha. Porque ela não está na creche, a minha nora não queria colocar na creche, eles também não podem pagar uma creche particular [...]. Porque, assim, a casa é vizinha, só separa um muro, é tudo num terreno só. E aí eu cuido o dia inteiro dela, ela fica lá em casa [...], eu não tinha tempo de estudar, eu fazia curso de violão em casa, quando comecei a cuidar da minha neta, abandonei tudo (CRISTAL, 2019).

Concatenada a essa dissimetria dos processos de subjetivação entre homens

e mulheres, há a questão do abandono dos homens em relação à família. Algumas entrevistadas, como Cristal e Rosa, relataram quando foram abandonadas pelos seus maridos:

Ele veio para São Paulo e me deixou na Bahia. Eu estava grávida de oito meses. Ele fugiu do casamento, ele falou: eu não quero, não é porque eu não gosto de você, é que eu me sinto preso, achei que casar era diferente, agora não vou poder curtir minha vida, eu sou jovem. (CRISTAL, 2019)

Só que assim como eu 'tô' contando a você o que aconteceu comigo, o negócio do abuso, eu confiei, contei para ele, assim qualquer coisinha que tinha ele me jogava: Tem que ver por que ninguém levou para frente, ninguém fez nada [...]. Então foi indo, indo, acabou, ele foi embora, e eu fiquei com meu casal de filhos (ROSA, 2019).

Essas rupturas de relações não ocorrem sem ônus para as mulheres que se tornam muitas vezes as únicas responsáveis pelo suporte de seus filhos. Assim, o abandono paterno é compreendido e justificado, mas o materno nunca é considerado plausível.

Sobre os chamados sintomas e, no caso de Estela e Ana Paula especificamente, as alucinações não vieram em qualquer momento, mas diante das dificuldades da maternidade ou da perda de um filho.

Foi encontrado nos relatos das mulheres entrevistadas pontos de convergência, como as exigências do trabalho precarizado e a necessidade do cuidado com os outros, a maternidade obrigatória e diversos relatos de violências no contexto do trabalho ou doméstico.

A partir das narrativas coletadas de Cristal, Bel, Estela, Ana Paula, Laura e Rosa, foi possível notar que os fatores em destaque, trabalho e maternidade, estão ligados ao gênero e ao adoecimento mental. Colabora com o primeiro fator citado o fato de que as mulheres, frequentemente, realizam duplas jornadas de trabalho e elas ocupam também postos precários de serviço, e ainda podem sofrer com o trabalho doméstico não remunerado.

A dimensão específica da maternidade traz não só uma sobrecarga objetiva, mas uma pressão subjetiva sobre a obrigatoriedade, um destino natural da mulher que não deve ser questionado, só desejado. Os rompimentos ou inaptações a esses papéis trazem sofrimento às mulheres, como a depressão ou os sinais de alucinações ou delírios.

Desse modo, é possível compreender que o sofrimento mental também pode ser analisado por meio das histórias de vida das mulheres. Nesse enquadramento específico, todas as mulheres que participaram da pesquisa já haviam passado por instituições especializadas, como hospitais e centros de atenção psicossocial. Assim, estavam

diagnosticadas, medicadas e, de certa forma, marcadas por procedimentos ligados à saúde que muitas vezes procuram respostas biológicas para processos sociais.

Não se descarta aqui nenhum desses aspectos e/ou diferentes abordagens de cuidado, mas se considera de máxima importância a escuta qualificada das pessoas que vivenciam o sofrimento mental de forma intensa e frequentemente por um período prolongado. A escuta de suas histórias pode colaborar também para o apoio e suporte necessários nos equipamentos de saúde mental.

## 5 CORPO, GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Para compreender a relação loucura e gênero, também é necessário debater a construção social do corpo, como sintetiza Saffioti (2009): “O gênero é socialmente construído, desde que se considere o substrato material – O CORPO – sobre o qual a sociedade atua”.

Silvino Santin (1989) realiza uma reflexão sobre como os filósofos trataram do corpo e também as dimensões da psique e da alma. O autor disserta que debater sobre o corpo na filosofia dialoga com outros campos do saber que vão desde a mecânica, o social até a teologia. Existem desde as perspectivas materialistas até as que compreendem que há a sobrevivência eterna do ser humano.

Muitos filósofos chegaram à seguinte conclusão: o homem é razão e corpo, pensamento e existência. Essas dualidades, por exemplo, corpo-alma, são visualizadas em outros momentos, inclusive, atualmente com a consolidação de instituições que cuidam do material, como os bancos, e do espiritual, como as igrejas, há uma medicina patológica e uma psiquiatria, há uma educação intelectual e uma educação física (SANTIN, 1989).

O diálogo com Timeu, na República, traz princípios básicos da filosofia do corpo de Platão e sobre como a sociedade deveria ser separada. Para ele, o homem possui duas almas, uma imortal, na cabeça, outra é mortal, que se divide em duas partes: tórax e o ventre. Os indivíduos que possuem a alma imortal como dominante são os filósofos e os governantes, os guerreiros possuem o predomínio o tórax, e os trabalhadores braçais e comerciantes possuem o ventre (VASCONCELOS et al. 2015).

**Thomas Laqueur defende que as relações entre os sexos não estão fora de um contexto histórico e traz um panorama dessas mudanças. Por exemplo, houve transformações do olhar para esse ‘substrato material’ do ser humano e o corpo masculino foi construído como a norma. Um fato relacionado a essa padronização está nos estudos de medicina que somente no século XVIII fizeram uma estrutura do esqueleto feminino. O corpo feminino era visto como algo inferior e incompleto. Ser homem e ser mulher era manter uma posição social, um lugar na sociedade (LAQUEUR, 2001).**

Fabíola Rodhen, quando discorre sobre a construção da ginecologia, afirma

que:

imperava o consenso de que as mulheres eram intrinsecamente diferentes dos homens em sua anatomia, fisiologia, temperamento e intelecto. No desenvolvimento da espécie, elas teriam ficado para trás em relação aos homens, o que as colocaria em uma posição mais próxima dos primitivos e das crianças (RODHEN, 2001, p. 39).

A justificativa para tal consideração seria a de que, para a evolução da espécie humana, era prioritário o desenvolvimento na mulher dos órgãos reprodutivos; e, nos homens, a inteligência e força (RODHEN, 2001). Apesar dessas concepções serem compreendidas como superadas, ainda é necessário um olhar sobre como o corpo é entendido no momento atual e como isso pode colaborar para adoecimentos mentais, foco dessa pesquisa.

**No contexto moderno, aparentemente o corpo é celebrado como livre, mas como descreve Foucault, ele é atravessado por vários sistemas de dominação, sendo que, a partir do século XVIII, passou a ser visto como alvo de mudanças e poder:**

**O soldado se tornou algo que se fabrica [...] de um corpo inapto fez-se máquina de que se precisa; corrigiram-se lentamente as posturas [...] É dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado (FOUCAULT, 1997, p. 117).**

Logo, esse processo de disciplinamento favoreceu o desenvolvimento capitalista, transformando esse homem em força de trabalho (FEDERICI, 2017). Silvia Federici analisa as alterações da posição social das mulheres na produção da força de trabalho entre o período o final da alta Idade Média e início da Idade Moderna. Assim, foca em fenômenos, como a divisão sexual do trabalho, e trata da mecanização do corpo proletário que se transformou em máquinas de produção e, no caso das mulheres, em máquina de produção de novos trabalhadores (FEDERICI, 2017). Dessa forma, no capitalismo, a trabalhadora é um “corpo que vive e pensa” (ARRUZA, 2015, p. 53) e é submetida a formas de disciplinas particulares que a moldam (ARRUZA, 2015) para se adequar ao seu gênero, assim submetida a papéis de gênero, como exercer determinadas tarefas ocupacionais e de cuidado, além de ideais de beleza.

O corpo também é o local das ambiguidades dos sujeitos humanos e espaço por excelência da loucura. O corpo feminino e, principalmente, a sexualidade feminina inspiraram grande temor dos médicos e alienistas. Então, constitui-se em alvo prioritário das

intervenções normalizadoras da medicina e psiquiatria (ZANELLO, 2018). No entanto, para medicar ou normalizar esse corpo, é necessário diagnosticá-lo.

Na história da Psiquiatria, em específico, da Psicanálise, os estudos sobre as mulheres históricas são famosos. Freud, em seu estudo sobre o caso Dora, assim define a histeria:

Eu consideraria histórica, sem hesitar, toda pessoa, quer ela seja capaz de gerar sintomas somáticos ou não, em quem uma ocasião de excitação sexual produz sensações desprazerosas de maneira predominante ou exclusiva (FREUD, 2019, p. 67).

Apesar de considerar histórica toda a pessoa com esse padrão de comportamento, é possível notar que o termo é comumente utilizado para mulheres e tem relação com a palavra grega *histerio*, que significa útero.

Franca Basaglia (1986) descreve que as mulheres são consideradas “corpo para outros” e sofre uma dupla violência, porque recebem uma mensagem dúbia: enquanto o aspecto sexual da mulher é exaltado pelo homem e para o homem, ela é impedida de vivenciar a sexualidade como verdadeiramente sua.

Em 1952, influenciada pela Psicanálise, a Associação Americana de Psiquiatria, lançou um manual para sistematizar e organizar terminologias associadas aos transtornos mentais, o chamado Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM). Em sua primeira edição, tinha 106 categorias, com uma aberta influência da Psicanálise e, na última edição de 2013, o DSM-V teve mais de 330 categoriais de classificação de transtornos com uma tentativa de se aproximar de uma medicina orgânica. Há muitas críticas sobre seu uso, principalmente em relação às atualizações, pois transforma o sofrimento psíquico em patologias de cunho cerebral (MARTINHAGO et al, 2019).

A classificação dos transtornos mentais passa por um crivo de classificação de sintomas necessariamente inseridos em um olhar social/cultural. Para a autora Maria Concone (2011), a cultura está relacionada com a noção de sociedade, pois as mais diversas formas de organizar a vida social possuem as lentes com as quais enxergam a realidade e sua expressão. Para se compreender quão submerso se está em uma cultura, é necessário sair dela, esse deslocamento pode colaborar para compreender a humanidade do outro. Esse distanciamento da cultura de origem pode causar incômodo, por exemplo, em relação à alimentação, vestimenta, mas muitas vezes não há o entendimento que somos “o outro do outro” (CONCONE, p. 55, 2011).

Para classificar um determinado transtorno mental, os sujeitos têm que ter certo número de sintomas, além de o médico estar submerso em sua lente cultural, existem outras limitações: a primeira delas é a criação dos sintomas. Por exemplo: o choro é relacionado à tristeza, só que, desde crianças, os homens são incentivados a não demonstrar fraqueza, não chorar, mas isso não quer dizer que não sintam tristeza. A segunda limitação é sobre o que é o sintoma que muitas vezes pode estar relacionado e enquadrado nos valores de gênero, por exemplo, quando a mulher deixa de cuidar da casa. Por fim, são os valores do médico que estão presentes e que enquadram as queixas das pacientes em sintomas (ZANELLO, 2018).

Assim, o próprio processo de diagnóstico não é desprovido de estereótipos de gênero. As diversas demandas das mulheres, como precarização do trabalho, duplas jornadas, violência doméstica, entre outras, são transformadas pela racionalidade biomédica em sintomas ao buscar um olhar sobre a natureza, o que denota uma visão biologizante do sofrimento feminino (ANDRADE, 2014)

Uma possível consequência desses olhares seria a hiperdiagnóstico das mulheres e um não olhar para os sofrimentos dos homens. É possível que isso ocorra em relação à depressão, tida como predominantemente feminina (ZANELLO, 2014). Somando-se o fato de que os homens buscam menos os equipamentos de saúde.

Essa hiperdiagnóstico também pode levar a uma hipermedicalização das mulheres (ZANELLO, 2014), uma vez que elas são predominantes nos serviços de saúde mental e as maiores usuárias de medicamentos psicotrópicos. Por trás dessa visão, há uma concepção de vulnerabilidade que faz parte da natureza feminina e seus sofrimentos mentais também teriam essa origem (ANDRADE, 2014).

As pressões estéticas podem ser consideradas como uma das questões relacionadas ao adoecimento mental das mulheres, como foi relatado por algumas delas no curso de extensão e nas entrevistas. Aliás, em uma das oficinas oferecidas na extensão, trabalhamos com a temática. O encontro do dia 08/10/2019 contou com a participação de seis mulheres e umas das questões mais levantadas foi como a imagem da mulher na mídia não é realista. Nesse dia, uma das participantes, a mais jovem do grupo, relatou que estava passando por um processo de adoecimento com diagnóstico de anorexia e bulimia, ligado ao corpo. Contou que por muito tempo sofreu por ter sobrepeso e desenvolveu transtorno alimentar, por isso, procurou ajuda em um equipamento de saúde mental, mas naquele momento estava estável.

Sheila Ida (2008) descreve que, apesar da anorexia e bulimia serem classificadas separadamente, são doenças que têm uma origem comum, a preocupação excessiva com o corpo, e sua predominância é em mulheres jovens. No contexto social atual, expressam a tentativa de baixar o peso, uma aversão à gordura, compreendida como desleixo, e há a busca pelo que entendem como beleza diretamente relacionada à magreza.

Há experiências de privação de alimentos ao longo da história pelas mulheres, na Idade Média, por exemplo, faziam para a aproximação com o sagrado, no entanto, Sheila Ida pontua (2008):

estas duas experiências [das mulheres na Idade Média e das mulheres com transtornos alimentares, atualmente] são forjadas em contextos históricos distintos e expressão diferentes modos de subjetivação (...) Assim, se existe uma certa permanência (...) ela não reside no fato de as jovens anoréxicas estarem substituindo as santas de outrora e sim na questão dessas mulheres rechaçarem o próprio corpo para atingir os ideais de uma época (IDA, 2008, p. 16).

Todas as mulheres estão expostas a esses ideais, mas a conotação patológica se dá quando a preocupação é exacerbada, caracterizada por práticas exageradas de dietas de emagrecimento, uso de laxantes, privação de alimentação, ou excesso de atividade física (IDA, 2008)

Ainda sobre a questão do cuidado com o corpo, no encontro da ação de extensão de 15/10/2019, foi projetado o filme: “Absorvendo o Tabu”, sobre mulheres na Índia que começaram um negócio próprio vendendo absorventes. O “tabu” que nomeia o filme é sobre a menstruação, tema muitas vezes não debatido nem mesmo entre as mulheres. Esse assunto foi importante para introduzir questões sobre como alguns processos naturais em relação ao corpo da mulher podem ser considerados como tabu, o que dificulta, por exemplo, o acesso a informações que poderiam colaborar com a mulher no seu processo de cuidado em saúde.

Frequentemente a falta de informação está relacionada com a pobreza, demonstrada no filme ou com a falta de educação sexual que deveria incluir a educação menstrual. Para além da prevenção à gravidez, poderia colaborar para o autoconhecimento, percepção do próprio corpo, conhecimento do seu ciclo, promoção de bem-estar e desmitificação de tabus, por exemplo, a menstruação ser entendida como sujeira.

O autocuidado, em específico, também foi uma das temáticas trabalhadas nas oficinas da ação de extensão, a tentativa era observar os aspectos

considerados positivos no cotidiano das participantes, como atividades físicas, contato com natureza e animais, lazer, relações sociais e circulação social, práticas religiosas, rede de apoio, entre outros. Nesse sentido, esse espaço se contrapõe a um discurso hegemônico que é relacionar autocuidado e saúde com beleza; e beleza com magreza e, portanto, com dietas restritivas e atividades físicas exaustivas. Há ainda uma afirmação nas entrelinhas que só atingindo esse objetivo de saúde/magreza/beleza você poderá ser feliz.

Cuidar do corpo em si, nos afirma a indústria cultural, é indispensável. O binômio saúde-beleza, no qual o segundo termo é o determinante, uma vez que a saúde também possui um padrão estético estabelecido, nos é apresentado como o caminho legítimo e seguro para a felicidade individual (VILHENA et al, 2005).

Bel, uma das entrevistadas, relata as dificuldades que enfrentou em sua vida e o fato de ter engordado e ter envelhecido como um dos seus maiores temores: “mas depois tudo que eu temia aconteceu: fiquei velha, desempregada e gorda. Sem um horizonte”. Falou de seu cabelo também, que não gosta quando fica branco. No dia da entrevista, estava com a raiz branca: “quando ele está assim [seu cabelo], meu Deus, é um horror”!

A preocupação expressa por palavras é na verdade fruto da pressão que é exercida sobre as mulheres, e qualquer descuido é uma falha individual, passível de críticas:

A beleza da mulher deve ser apreciada nos detalhes, um mero descuido, um simples desleixo e pronto, já é suficiente para a feiura nela aparecer. Um simples descascado no esmalte, uma maquiagem fora do tom, uma depilação por fazer, o uso de uma roupa fora das últimas tendências da moda ou uma raiz mal feita, já são aspectos suficientes para emergirem duras críticas à sua imagem. Objeto de maior regulação social, o corpo feminino é, por conseguinte, contido ao máximo em suas ações (VILHENA et al, 2005).

No campo da saúde mental, há um aumento de interesse por outro comportamento ligado diretamente ao corpo e gênero: a automutilação (VIEIRA et al, 2016). Essa prática pode ser entendida a partir de ações de “pessoas que machucam o próprio corpo de formas diversas, por meio de cortes, queimaduras, autoespancamento, entre outras” (ARAÚJO et al, 2016. p. 498).

A automutilação pode ser compreendida como um sintoma de um transtorno mental (VIEIRA et al, 2016) (ARAÚJO et al, 2016) ou mesmo como uma prática (ARAÚJO et al, 2016). Seja como for classificada, essa autoagressão tenta comunicar algo, um sofrimento, culpa, frustração, traumas, entre outros (VIEIRA et al, 2016). A automutilação pode ser entendida como um sintoma, mas esse termo é utilizado de forma diferenciada das terminologias médicas.

Na leitura psicanalítica, o sintoma é um fenômeno subjetivo que não constitui necessariamente sinal de uma doença, mas a expressão de um conflito inconsciente ou uma forma de lidar com ele (ARAÚJO et al, 2016, p. 514).

Em estudo de coorte com 20 pacientes, constatou-se que 85% das pessoas estudadas eram mulheres; e os desencadeadores de alguns sintomas mentais eram sentimentos ou eventos como “70% tristeza, 60% angústia, 40% culpa, 30% ansiedade, 20% raiva ou medo ou frustração, 15% confusão mental, 5% alegria ou alucinação ou impotência ou lembranças”, sendo que mais de 80% se referiram a mais de um desencadeante (VIEIRA et al, 2016, p. 258). A predominância de transtornos alimentares em mulheres é exacerbada chegando com uma prevalência média de relação homem-mulher de 1:10 e até de 1:20 (Klein et al, 2004)

Outro marcador social importante que podemos relacionar com o corpo ou com suas diferenciações é a raça. Gênero e raça estão ligados um ao outro em uma sociedade na qual os sistemas de poderes se conectam e assim podem influenciar a saúde mental. Exemplo disso é que as mulheres têm duas vezes mais chances de apresentar transtornos mentais do que os homens, sendo que a probabilidade é maior quando se tratam de mulheres negras e pobres. E essa diferença está concatenada à diferença de gênero e raça, não ao sexo, ou seja, a razões sociais, e não biológicas. (BRASIL, 2013).

Franz Fanon trouxe uma grande contribuição sobre a relação raça e adoecimento mental. Fanon (1968) liga diretamente as patologias mentais com os processos coloniais e de opressão racial: “a guerra de liberação nacional que o povo argelino vem conduzindo há sete anos [...] tornou-se um terreno favorável ao aparecimento de transtornos mentais”<sup>6</sup> (FANON, 1968, p. 213).

O estudioso destaca que muitos negros, antes de irem para a Europa, não se percebiam negros, mas com contato com o branco, entenderam que, independentemente de sua nacionalidade, eram vistos como tal. Assim, como outras minorias sociais, é construído a partir do outro, tido como norma, das narrativas e meios de comunicação dos colonizadores

---

<sup>6</sup> Apesar da diferença de contexto histórico, o modelo de opressão colonial é muito semelhante ao Brasil.

brancos: “O preto o ignora enquanto sua existência se desenvolve no meio dos seus; mas ao primeiro olhar branco, ele sente o peso da melanina” (FANON, 2008, p. 133).

O autor relata que o negro é fobógeno, que causa fobia, e ansiógeno, que causa ansiedade, ou seja, é um objeto ruim que causa horror, aversão. Aquele que sente fobia chega a ser irracional, o “preto representa o perigo biológico. O judeu, o perigo intelectual” (FANON, 2008, p. 143). E ainda compreende que a aversão ao negro também tem relação com o medo do outro, de pressuposta maior potência sexual que, em uma perspectiva da psicanálise, também tem relação com o desejo.

Além disso, defende que o racismo não vem de algo intrínseco ao humano, mas existe em determinadas estruturas, em determinados sistemas. Para o autor: “ou uma sociedade é racista ou não é” (FANON, 2011, p. 282), não existem graus de racismo. Mesmo em uma sociedade em que não é permitida a violência física, o racismo pode ser expresso em outros âmbitos como econômicos e nas relações psicoafetivas (FANON, 2011).

A questão raça perpassa também as diferenças entre as mulheres. Angela Davis (2016) afirma que as mulheres negras sempre trabalharam, principalmente no campo, por conta da escravidão. A relação dos brancos homens escravistas com as mulheres negras era ambígua e oportuna, quando queriam reprimi-las, puni-las ou explorá-las, eram sexualizadas e estupradas; quando o interesse era o lucro e a exploração econômica, elas eram vistas sem gênero ou mesmo masculinizadas. Assim, foram tornadas objetos ao extremo, já que mal eram vistas como mães, mas sim como reprodutoras (DAVIS, 2016).

O corpo, então, não pode ser compreendido só pela sua experiência individual, ele é atravessado pela classe, raça e gênero. Os adoecimentos mentais em suas diversas formas, inclusive, os transtornos alimentares e a automutilação, expressam relações sociais e formas de subjetivação dos corpos na nossa sociedade, sendo assim, sintomas de um adoecimento social.

## 6 VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA E SEXUAL

A partir do que foi observado em campo, no projeto de extensão e nas entrevistas, foi possível notar como as mulheres usuárias dos equipamentos de saúde mental tinham um histórico amplo com relação à violência em suas diversas expressões psicológica, moral, física ou sexual. Por conta disso, essa temática de discussão foi necessária como um tópico próprio, relacionando a violência de gênero, especificamente contra a mulher, com os processos de adoecimento mental.

A violência de gênero é um conceito mais amplo e abrange, no geral, vítimas de uma diversidade de faixas etárias e de sexo. No entanto, em uma sociedade patriarcal, são os homens enquanto categoria social que possuem um projeto de dominação-exploração. Dessa forma, apesar de improvável, é possível uma mulher ser autora de violência contra os homens, mas não há um projeto societal em jogo; os homens, por outro lado, detêm o poder em correspondência à organização patriarcal da sociedade que deve determinar condutas e punir desvios muitas vezes com violência para manutenção dessa ordem (SAFFIOTI, 2001)

Sobre a violência contra mulher, Alemany (2009) define que:

Elas englobam todos os atos que, por meio de ameaça, coação ou força, lhes infligem, na vida privada ou pública, sofrimentos físicos, sexuais ou psicológicos com a finalidade de intimidá-las, puni-las, humilhá-las, atingi-las na sua integridade física e na sua subjetividade (ALEMANY, 2009, p. 271).

Jules Falquet (2017) destaca a dimensão material e o uso instrumental de relevância política, social e econômica da violência contra a mulher e, ao estudar os contextos de países latino-americanos, como México, El Salvador e Guatemala, utiliza o conceito de “guerra de baixa intensidade”.

A violência doméstica era tão grave quanto uma tortura política, interpretando a mesma como prática estrutural e sistemática, cuja tendência é de “polarizar o mundo social e dividi-lo em dois campos opostos que se excluem mutuamente a fim de produzir uma desmoralização e desorganização a longo prazo do grupo contra o qual a violência é dirigida (FALQUET, 2017, p. 13).

Na guerra de baixa intensidade, a tortura é um elemento-chave, assim como no fenômeno violência contra mulher, a violência doméstica é chave, e se assemelham, inclusive, em técnicas, já que muitos homens procuram não deixar marcas nas mulheres,

como na tortura política. Além disso, em sua experiência como pesquisadora no Brasil, relata o uso da tortura e assassinato das mulheres por homens como mensagens para grupos rivais, nesse contexto, exemplificando a visão da mulher como objeto, não como sujeito (FALQUET, 2017).

As práticas de violação variam nas sociedades e em diferentes tempos históricos, algumas utilizando o estupro como um ato disciplinador e punitivo, já em outras, como as sociedades indígenas ocorriam guerras onde se sequestravam as mulheres. Com a modernidade e uma pretensa ampliação da cidadania às mulheres, a violação deixa de ser algo para afetar outro homem ou grupo, mas como um delito direto à mulher. No entanto, num marco mais atual, há superposição de sistemas em que eleva a mulher ao status de cidadã, e outro que impõe sua tutela ao homem, visto que há ainda exemplos do uso de estupro em contextos das guerras modernas (SEGATO, 2003).

Logo, a violação seria um enunciado da masculinidade frágil e da necessidade de restaurar o status do masculino danificado. Há, assim, algumas teses que tentam analisar essa prática, a tese psicopatológica que compreende o violador como um sujeito que foge da norma. Rita Segato (2003) defende outra tese em que há um ‘mandato de violação’, um mandato social em situações onde não se consegue ter uma relação de forma consensual, ela é arrancada por meios violentos não porque o homem tem um poder, mas quer obter um poder. A autora também assevera que há uma dimensão simbólica da violação que nem sempre se dá de forma física, mas igualmente desencadeia sentimento de terror e humilha, é a sua dimensão simbólica. Exemplifica, então, com um ocorrido no México nos anos 90, quando assaltantes raspavam os cabelos das mulheres, e não dos homens assaltados, por conta de seu gênero (SEGATO, 2003).

Portanto, as estruturas elementares da violência decorrem da tensão entre o sistema de status e o sistema de contrato. O sistema de status é aquele que impõe à mulher sua submissão dentro de padrões morais e de honra que o homem domina. Mas há ainda uma posição dúbia da mulher em que ela não cabe inteiramente no papel da ordem do status, mas também é um sujeito social e livre. Essa posição híbrida da mulher e a falta de correspondência entre essas posições produzem e reproduzem a violência (SEGATO, 2003).

A violência de gênero tem relações com vários fenômenos e não pode ser analisada isoladamente de outros aspectos para além das relações interpessoais, deve-se levar em conta a estrutura de classes da sociedade. Dessa forma, é possível compreender as diferenciações entre as violências (SAFFIOTI, 2001). Ainda Saffioti destaca como a organização patriarcal da sociedade opera a violência.

no qual tem lugar a violência de gênero, a argamassa que edifica desigualdades várias, inclusive entre homens e mulheres (SAFFIOTI, 2001, p. 133).

Franca Basaglia (1983) afirma que as histórias de opressão e violência cotidianas, ao serem denunciadas, expressavam a exigência pela sua própria existência/sobrevivência das mulheres e também da coerência entre o pessoal e coletivo, entre o público e o privado. A autora não se refere somente à violência física, mas também “a la posibilidad de decidir por outro o sujertarlo, ya sea por médio de la fuerza física, de la fuerza psicológica o de la fuerza económica” (BASAGLIA, 1983, p. 36)

Em um dos últimos encontros da ação de extensão, foi debatida a temática da violência em suas diversas formas física, psicológica, patrimonial, doméstica e sexual. Das quatro participantes dessa oficina, duas falaram ter sofrido violência sexual por pessoas próximas. Expressões dessas violências podem ser vistas de diversas formas no cotidiano das mulheres. A maior parte das entrevistadas também relatou que sofreu violência no espaço doméstico pelo marido, padrasto ou pessoas próximas às famílias que frequentavam a casa. Heleieth Saffioti (2001) atenta que a violência de gênero emerge de contextos complexos em que vários fenômenos intervêm. Logo, se deve velar para não homogeneizar as realidades complexas e diferenciadas. Ao trazer à luz situações que as mulheres entrevistadas vivenciaram não para ter um olhar que uniformiza, mas que colabora para uma reflexão mais complexa sobre os eixos violência e saúde mental, são apresentados dois dos principais tipos de violência: a doméstica e a sexual. A seguir, serão apresentados alguns desses relatos.

Estela, uma das entrevistadas, relatou que o marido várias vezes a impediu de ser mãe, não a deixava conversar com a filha sozinha e sempre interferia na conversa, em suas palavras, a anulava:

Ele perguntou para mim: como é que você se dá bem com todo mundo e todo mundo gosta de você, e aqui em casa você é uma merda, você é desse jeito? Aí eu perguntei para ele: pois é, A., é uma boa pergunta para você refletir, por que será que eu tenho, nós somos em 17 irmãos, eu me dou bem com todos eles, tantas cunhadas que eu tenho, sobrinhas, sobrinhos, me dou bem com todos eles, quantos vizinhos a gente tem, quanto pessoal da igreja me procura e eu consigo ajudar os outros. Agora, dia primeiro de fevereiro minha irmã morreu, a única, filha que ela deixou é ginecologista em Maringá, como que ela

liga para mim, e a gente fica 1h30 conversando, como que é eu consigo ajudar a ela, e você não me deixa ajudar a nossa filha? Eu sou mãe dela, e você não me deixa chegar perto dela, quem será que está errado, onde será que está o problema?” Então eu tenho muita esperança de que agora eu consiga ser mãe dela, porque eu sou mãe da outra há 33 anos e quero ser mãe da D. também, dar um abraço, um carinho, fazer a sopa paraguaia que ela gosta, fazer o doce de arroz que gosta, fritar um ovo, fazer qualquer coisa (ESTELA, 2019).

Assim, Estela demonstra em sua fala como o então marido a privava de exercer seu papel de mãe e a diminuía através da violência psicológica, o que causava em Estela mais sofrimento e muitas vezes colaborava para suas recaídas em que os chamados sintomas se mostravam mais frequentes, quando necessitava tomar mais medicações.

Outro tipo de violência muito presente é a violência sexual: das seis entrevistadas, três relataram terem sofrido abuso sexual quando ainda eram crianças, duas por padrastos e uma por pessoas próximas às suas famílias. Para Alemany:

O estupro particularmente supõe o não consentimento da vítima, elas desenvolvem análises teóricas distinguindo-se dos estudos criminológicos que, com seus preconceitos androcêntricos, privilegiam as teorias vitimológicas (ou interacionistas), que fazem da relação entre a vítima e o autor um elemento explicativo fundamental (ALEMANY, 2009, p. 272).

Ao discutir diversos aspectos sobre a violência, Rita Segato (2003) destaca o que chama de “violacion cruenta” como aquela cometida por anônimos que, apesar de menor em números de casos do que a violência intrafamiliar ou intradoméstico, que chega ser no Brasil setenta por cento dos casos, representa a maioria no número de detidos e encarcerados. A autora conceitua violação/estupro como “el uso y abuso del cuerpo del outro, sin que éste participe con intención o voluntad comparables” (SEGATO, 2003, p. 22).

A autora afirma ainda que o acesso sexual ao corpo da mulher sem seu consentimento está presente em todas as sociedades humanas, pois há diferenças, já que algumas sociedades são mais propensas do que outras, uma vez que a variabilidade da incidência é notável, a exemplo dos EUA, onde tem números considerados altos (SEGATO, 2003).

Saffioti (2001) distingue a violência intrafamiliar como uma forma específica e afirma que é aquela que liga as pessoas envolvidas por parentesco, salientando o impacto dessa ligação para a vítima: “O trauma decorrente de um abuso sexual varia enormemente da situação em que o agressor é desconhecido ou até mesmo conhecido, mas

não-parente, para a circunstância agravante de ser perpetrado pelo pai, pelo tio, pelo avô, etc.” (SAFFIOTI, 2001, p. 135).

A entrevistada Ana Paula relata que sua primeira memória foi de um estupro que sofreu quando tinha cinco anos, cujo autor foi o padrasto:

Eu só lembro quando eu fui estuprada para cá, eu lembro que eu tinha 5 anos, daí a mãe (incompreensível) passou a noite inteira cuidando do meu padrasto (...). Não lembro mais o que aconteceu comigo, eu só acordei no hospital. Mas eu não sabia o que tinha acontecido, aí eu deitada, eu lembro da enfermeira falando: L., sua filha acordou, a mãe (incompreensível) não tava nem aí, aí naquela hora não lembra o que estava acontecendo, nem lembrava o que estava acontecendo comigo (incompreensível), daí a enfermeira me deu bolacha de água e sal, uma maçã e uma bonequinha pequenininha, assim sabe? Aí ela pegou, olhou para minha mãe e perguntou assim: você não vai ver sua filha? E daí (incompreensível) nem pegar na minha mão não pegou. (ANA PAULA, 2019)

Outra participante da pesquisa foi Laura, que iniciou seu relato ressaltando que sempre foi uma criança tímida e, apesar de brincar com outras crianças, tinha poucos amigos. Lembra que, aos 8 anos, foi violentada e isso a marcou muito, além de relacionar este fato diretamente com seu sofrimento mental.

Quando eu tinha oito anos, fui abusada, isso ficou muito na minha cabeça, parou minha vida até o dia que eu fui internada, isso explodiu. Muita coisa na cabeça, eu nunca falei para ninguém, quando eu falei, aí eu fui internada (...). Tinha oito anos (...). Assim, foi uma pessoa próxima da minha família que ia em casa quase todo dia, daí eu só tive coragem de falar agora, depois de grande [no momento da entrevista estava com 22 anos] (LAURA, 2019).

A entrevistada Rosa, por volta dos 10 anos de idade, depois de ter ido morar com a mãe, começou a sofrer abusos do padrasto. Ao contar para sua mãe sobre a situação, apanhou e essa violência na casa da mãe não acontecia antes na casa dos avós.

Quando eu fui morar na casa dela, tinha esse marido dela e, com o passar do tempo, ele começou a abusar de mim, então foi muito triste (...). Isso com 10. Então eu falei com minha mãe, ele falou que não era para mim falar nada, aí eu fiquei muito ruim e acabei falando para minha mãe, e minha mãe acabou se revoltando comigo (ROSA, 2019).

Como apresentado muitas vezes, a própria família, inclusive, as mães, não oferecem o suporte necessário para essas crianças e mulheres. No entanto, o mais agravante é

que pesquisas recentes sobre o fenômeno da violência demonstram que frequentemente ela é invisível onde mais deveria ser acolhida nos serviços de saúde e assistência. Foi notada a falta de suporte das demandas de violência em serviços de saúde mental e ao mesmo tempo a falta de amparo para as questões de saúde mental em serviços especializados em situações de violência (BARBOSA et al, 2014).

Segundo Sueli Carneiro (2011), ainda há, no Brasil, a concepção de que certos humanos são compreendidos como mais ou menos humanos do que outros e que alguns sujeitos foram construídos como possuidores de uma humanidade incompleta. Isso evidentemente se estende para a questão do machismo estrutural, o que leva à naturalização da desigualdade de direitos e que esses sujeitos não participem igualmente do gozo pleno dos direitos humanos. Para Cinzia Arruza et al (2019), a violência no capitalismo não é um ruptura da ordem, mas parte dela. E, assim, as análises e a busca por saídas devem ter relação com essa compreensão unitária. Em síntese, a violência de gênero sob a perspectiva de uma análise do capitalismo patriarcal tem raízes “em uma ordem social que entrelaça a subordinação das mulheres à organização do trabalho com base no gênero e à dinâmica de acumulação de capital” (ARRUZA et al, 2019, p. 64).

No entanto, há avanços, a própria legislação brasileira, Lei 11340, a Lei Maria da Penha, é uma referência e um avanço em relação aos direitos humanos das mulheres, já que

No campo jurídico, a promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, é o principal marco no enfrentamento à violência doméstica e familiar contra as mulheres no Brasil. Em seus dispositivos, alterou os instrumentos para processar e condenar os agressores, afastando a competência dos Juizados Especiais Criminais – JECRIMs – para julgar os casos relacionados a tal violência (SENADO, 2018).

Há alguns desafios para se efetivar esse direito, Heleieth Saffioti (1995) afirma que ainda é presente no imaginário social que a violência conjugal, uma das mais presentes, deve ser solucionada no espaço familiar. A polícia deveria impor alguns limites, o que acaba que se incentive a solução dos conflitos de maneira informal, compreendendo que a criação de delegacias especializadas pode colaborar para sanar tais práticas. A autora salienta que é muito recorrente ainda a dificuldade de as mulheres darem prosseguimentos às suas denúncias, apesar de registrar, dificilmente representam e isso se dá por diversas razões, entre elas:

De fato, seu estatuto de esposa e mãe sobrepuja o de cidadã. Denunciar a violência e ir as últimas consequências no plano jurídico-formal e manter-se como referência familiar central, num contexto em que a baixa autoestima e a culpabilização são prevalentes, são tarefas tendencialmente inconciliáveis (SAFFIOTI, 1995, p. 64).

Dessa forma, faz-se necessário capacitar profissionais para atenderem essas demandas, além da articulação dos equipamentos públicos, já que, por ser uma questão de grande complexidade, é preciso uma intervenção interdisciplinar das diversas profissões da saúde, da assistência e dos diversos equipamentos públicos, inclusive, do campo jurídico.

Ao discutir o Plano Nacional de Segurança Pública brasileiro, do início dos anos 2000, que incluía um capítulo específico para violência doméstica e de gênero, Rita Segato assinala que já se apontava que as medidas focadas somente na criminalização e encarceramento eram insuficientes. São necessárias pesquisas para diagnósticos mais eficazes, pois o próprio plano previa a participação das mulheres sobreviventes da violência para apresentar modelos positivos de superação desses contextos, mulheres que muitas vezes sofrem por isolamento, além do trabalho, com homens agressores (SEGATO, 2003).

Assim, alguns desafios estão apresentados, mesmo diante do avanço com a Lei da Maria da Penha, é fundamental efetivar a lei, garantir sua aplicação e que hajam programas de prevenção e capacitação de profissionais nas mais diferentes áreas, como da saúde, assistência e campo jurídico, uma vez que essa problemática é complexa e atravessada por diversos determinantes sociais. Além disso, é basilar apoiar as mulheres vítimas de violência que frequentemente desenvolvem questões de saúde mental, como depressão e ansiedade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao refletir sobre a pergunta que norteou esta pesquisa: quais são os principais fatores relacionados ao gênero observados nas narrativas das mulheres usuárias do CAPS I que podem favorecer o adoecimento mental, foi possível notar que há vários elementos relacionados ao gênero que colaboram com o processo desse tipo de adoecimento. Portanto, foram observadas, através das trajetórias de vida, aqueles elementos ligados ao trabalho, ao corpo e à violência em suas diversas dimensões.

No mesmo sentido, outro objetivo era compreender como essas mulheres percebiam seu processo de acolhimento, tratamento e inserção nessa rede de cuidado à saúde, foi possível notar que, em linhas gerais, o CAPS I, para as mulheres participantes dessa pesquisa, era um espaço no qual se sentiam acolhidas e que colaborava para seu processo de tratamento. Sendo assim, notei que existem relações entre gênero e saúde mental, e ser do gênero feminino impacta de maneira diferenciada esse aspecto de sua saúde. Tendo em vista que as mulheres estão inseridas no trabalho, levando em consideração que possuem corpos diferenciados em relação aos homens, tais mulheres são subjulgadas, contribuindo para o adoecimento delas

Ao utilizar a história de vida como um embasamento teórico de destaque, tive a possibilidade de trazer vozes muitas vezes pouco escutadas; muitos estudos de gênero e saúde mental realizam revisões bibliográficas, estudos de casos, de prontuários, mas acredito que a contribuição desse trabalho foi trazer através das trajetórias de vidas as vozes de mulheres inseridas em equipamentos de saúde mental, as mulheres tidas como objetos de estudos, agora como sujeitos. Nesse processo, muitas vezes o diálogo não era somente comigo, mas com elas mesmas, lembrando e ressignificando suas experiências. Para tanto, a coleta de dados ocorreu por meio das oficinas no CAPS que estavam inseridas em um projeto de extensão e por meio de entrevistas centradas em trajetórias de vida. Tais procedimentos da pesquisa, durante quatro meses entre oficinas e entrevistas, possibilitaram o contato mais contínuo e próximo com as participantes e a criação de laços de confiança, o que resultou em um acesso mais facilitado às suas narrativas de vida.

Este trabalho se distancia das visões que compreendem e justificam o que chamam de doenças mentais como algo da natureza feminina, relacionados às mudanças

hormonais e à fragilidade biológica. Nesse mesmo sentido, frisei, nesta pesquisa, que o próprio processo de realizar um diagnóstico também está inserido dentro de uma perspectiva de estereótipos de gênero. Frequentemente tais dimensões apresentadas e vivenciadas pelas mulheres, como as pressões estéticas, más condições de trabalho, sobrecarga com o cuidado doméstico e violências, são somente traduzidas em sintomas e essas mulheres são simplesmente medicadas, e não cuidadas em suas complexidades e nem compreendidas em sua inserção em uma sociedade patriarcal e capitalista. Logo, para os trabalhadores da saúde mental, se faz necessário a construção de um processo terapêutico com uma escuta ativa para essas demandas e observar os contextos em que os adoecimentos se expressam, e não analisá-los de maneira isolada.

Assim, ao se entender que o gênero é uma construção social e há em uma sociedade patriarcal a diferenciação de papéis femininos e masculinos, sendo os papéis atribuídos às mulheres, menos valorizados socialmente, compreendemos que essas relações sociais colaboram com os processos de adoecimento. Tendo em vista que esse sistema capitalista e a sociedade patriarcal estão intrinsicamente ligados, o primeiro se utiliza dessas diferenciações para intensificar processos de exploração econômica, por exemplo, o não reconhecimento do cuidado doméstico como trabalho.

Nesse âmbito, o trabalho reprodutivo ou de produção da vida é delegado em nossa sociedade à mulher como justificativa pelas suas capacidades tidas como naturais ao cuidado, uma dimensão que é ao mesmo tempo indispensável ao capitalismo, e subjulgada pelo mesmo. Essa é a divisão sexual do trabalho em que ao homem é delegado o trabalho da esfera produtiva, a mais valorizada e melhor remunerada. Nesta pesquisa, foi possível notar que a maioria das mulheres participantes teve experiências com o trabalho doméstico em situações extremamente precárias, chegando a trocar seu trabalho por alimentação e abrigo.

Além disso, nos contextos atuais, cabe à mulher conciliar o cuidado doméstico com uma vida profissional, gerando as chamadas duplas e triplas jornadas de trabalho, pois algumas dessas mulheres ainda lutaram para terem estudos e esse processo tem relação direta com desgastes físicos e mentais. A maternidade e o cuidado foram analisados como dimensões específicas do trabalho feminino, há ainda uma perspectiva em nossa sociedade onde o local social da mulher está relacionado com a sua capacidade de cuidar e ser mãe, é um destino natural e, quando se desvia dele, há uma série de conflitos. Também observei processos de adoecimentos ligados ao fato de perder um filho, sentimento de culpa por não conseguir cuidar dos filhos e terem que ser cuidadas quando estavam

adoecidas, ou a culpa por não ter tido filhos. Em sua maioria, as mulheres estavam sobrecarregadas e cansadas por se sentirem obrigadas a ‘dar conta’ do trabalho doméstico e profissional.

Os corpos das mulheres estão inseridos nessa sociedade patriarcal-capitalista e são cobrados a seguir padrões irreais de magreza, tidos como belo; não seguir esses padrões pode ser considerado desleixo e é diretamente relacionado à feiúra. No limite, essa pressão estética também provoca adoecimentos que podem ter classificações específicas na psiquiatria, como anorexia e bulimia, sofrimento que uma das participantes das oficinas relatou sofrer. Esta, além disso, deixou evidente o processo de envelhecimento ao mostrar os cabelos brancos, e ainda o fato de engordar gera angústia, como relatou uma de suas falas.

A violência de gênero no capitalismo não é uma ruptura, mas está dentro da ordem e foi um dos elementos mais presentes nas trajetórias de vida dessas mulheres em suas diversas formas, por exemplo, a violência moral no trabalho, a violência doméstica em que pode ou não estar presente a violência física, mas traz tensões cotidianas quase diárias para muitas mulheres e foi um elementos central das suas narrativas e da análise que apresentada. Ademais, alguns autores aproximam tal violência à tortura política pela sua frequência e persistência. Além da violência sexual, considerada por muitas das participantes um marco na sua história pessoal e início do adoecimento.

Através das oficinas e das entrevistas, percebemos que gênero e saúde mental possuem relações diretas, uma vez que o processo saúde-doença de uma mulher dentro de uma sociedade que a desvaloriza é diferenciado, por exemplo.

É importante destacar que a política de saúde mental no Brasil está, norteadada pela lei 10216/2001 e baseada nos direitos humanos, sob ataques. Fundamentada em cuidados em serviços comunitários e referência territorial, há uma disputa para um ganho de espaço dos de antigas modalidades de atenção, onde o isolamento das pessoas com sofrimento mental era hegemônico. Desde 2017, no governo de Michel Temer houve um aumento de recursos aos Hospitais Psiquiátricos e praticamente um congelamento de recursos aos CAPS. Esse processo de desmonte culminou em dezembro de 2020, já no governo de Jair Bolsonaro, em que foi apresentada a proposta de revogação de diversas portarias que regulamentam as políticas de saúde mental, por exemplo, o Programa de Volta para Casa de 2003, dirigido às pessoas que passaram por longas internações, que passaram a receber uma bolsa-auxílio e também os próprios CAPS e diversos programas dirigidos à população em situação de rua, como o Consultório de Rua, a proposta foi chamada de ‘Revogação’ e fortalece os Hospitais Psiquiátricos e Comunidades terapêuticas, que não por acaso, em grande parte são gerenciados pela iniciativa privada.

Por fim, gostaria de finalizar relatando que a minha trajetória para a

realização dessa dissertação foi muito rica, pois, além de ter a oportunidade de aprofundar nas leituras de diversas temáticas que recortam a questão de gênero e saúde mental, tive a oportunidade de ter contato direto com os sujeitos da minha pesquisa. Durante os encontros das oficinas, nas entrevistas ou ao ler as falas transcritas, lembro-me de suas emoções e também como esse processo me emocionou. Assim, espero que este trabalho colabore com uma perspectiva que leve em conta o gênero em sua dimensão específica para um cuidado mais integrado na saúde mental, já que ignorá-lo pode colaborar para reprodução das opressões de gênero.

## REFERÊNCIAS

ABSORVENDO O TABU (curta metragem). Direção: Rayka Zehtabchi. Índia: Netflix. 2018. Streaming (26 Minutos). Curta

ALEMANY, Carme. Violências. HIRATA, Helena et al (orgs) **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.

AMADO, Janaína. Nós e o Espelho. ALBERTI, Verena; FERNANDES, Tania, FERREIRA, Marieta(orgs) , **História oral: desafios para o século XXI [online]**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000, p. 105-112.

AMARANTE, Paulo. Loucos pela vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, Paulo. O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, Ana Paula Muller. (Entre) Laçamentos possíveis entre gênero e saúde mental. In: ZANELLO, Valeska. ANDRADE, Ana. Paula Muller. **Saúde Mental e gênero: diálogos práticas e interdisciplinaridade**, Curitiba: Appris, 2014.

ARRUZA, Cintia et al. Feminismo para os 99%: um manifesto. Tradução Heci Regina Candiani. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2019.

ARRUZA, Cintia. Considerações sobre gênero; reabrindo o debate sobre patriarcado e/ou capitalismo. **Revista Outubro**, n. 23, 2015, p. 33-58.

ARAÚJO, Juliana Falcão Barbosa de et al. O corpo na dor: automutilação, masoquismo e pulsão. **Estilo Clin**. São Paulo, v. 21, n. 2, maio/ago. 2016, 497-515.

ASSIS, Marluce, Maria Araujo; ALMEIDA, Maria Cecilia Puntel de Almeida; MIRON, Vera. Lucia; NASCIMENTO, Maria Angela Alves; WETZEL, Cristhine. Análise de dados qualitativos em saúde: uma experiência coletiva de classificação. **Sittientibus**, Feira de Santana, n. 18, jan/jun. 1998, p. 67-74.

BASAGLIA, Franca. **Mujer, Loucura y sociedad**. México: Universidad Autonoma de Puebla, 1983.

BASAGLIA, Franco. As Instituições da Violência. In: *BASAGLIA, Franco et al. A. Instituição Negada: Relato de um Hospital Psiquiátrico*. Rio de. Janeiro: Graal, 1985.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Ana Maria D'Andrea (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. (Coleção Educação Profissional e Docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde, 1). p. 51-86

BEAUVOIR, Simone. **O Segundo Sexo**. 2 ed., Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.

BRASIL. **Lei 10216 de 6 de abril 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Ministério da Saúde.

BRASIL. **Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002**, Ministério da Saúde.

BRASIL. Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011. **Institui a Rede de Atenção Psicossocial para**

**peessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Ministério da Saúde.

BRASIL. Vulnerabilidade: gênero, pobreza, cor da pele e desigualdade. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Cadernos de Atenção Básica, n. 34** – Brasília, 2013. Ministério da Saúde. P. 92.

BURGOS-DEBRAY, Elisabeth. **Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia.** Siglo XXI editores, MÉXICO, 1982, p. 7-38.

CARNEIRO, Sueli. **Racismo, sexismo e desigualdade no Brasil.** São Paulo. Ed. Selo Negro, 2011.p. 15-45.

CONCONE, Maria Helena Villas Bôas. A noção de Cultura. **Revista Kairós Gerontologia**, 14 (4). ISSN 2176-901-X. São Paulo (SP), Brasil, 2011, p. 51-66.

DAVIS, Angela. O legado da escravidão: parâmetros para uma nova condição da mulher. In: DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe.** São Paulo: Boitempo, 2016.

DEJOURS, C. Loucura e Trabalho: da análise etiológica às contradições teóricas (acerca de uma crise asmática). **Psicodinâmica do trabalho: casos clínicos.** Ed. Dublinense. São Paulo, 2017. Capítulo 1. 29-72

DUPONT, Shirlei Lory. A necessidade de políticas públicas para a redistribuição do cuidado. FERRO, Silvia Lilian e THOMÉ, Thaíse Vieira. (orgs) **Mulheres entre fronteiras: olhares interdisciplinares desde o sul.**– Foz do Iguaçu (PR): EDUNILA, 2019, p. 172-195.

EU, TRABALHADORA DOMÉSTICA (ep. 5). Direção: Cibele Appes. Série Nossa Voz Ecoa 2017. (26 minutos). Curta

EMECHETA, Buchi. **As Alegrias da Maternidade.** 1. ed. Porto Alegre: Dulinense, 2017.

ENGEL, Magali. *Psiquiatria e feminilidade.* In: PRIORE, Mary Del (org). **História da Mulheres no Brasil.** 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

FANON, Franz. **Os condenados da terra.** Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1968.

FANON, Franz. **Pele negra, máscaras brancas.** Salvador: Ed. UFBA, 2008.

FANON, Franz. Racismo e Cultura. **Malhas que os Impérios Tecem – textos anticoloniais, contextos pós-coloniais**. Edições 70, 2011, p. 273-286.

FALQUET, Jules. **Pax Neoliberalia**. Perspectivas Feministas sobre (la reorganización de) la violencia contra las mujeres. 1.ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Madreselva, 2017.

FEDERICI, Silvia. **Revolución en Punto Cero**: trabajo doméstico, reproducción y luchas feministas. España: Traficantes de sueños, 2013.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a Bruxa**: Mulheres, corpo e acumulação primitiva. São Paulo: Elefante, 2017.

FERRO, Silvia Lilian. Aportes de la Economía del Cuidado para um sistema público de cuidados em América Latina. FERRO, Silvia Lilian; THOMÉ, Thaíse Vieira. (orgs) **Mulheres entre fronteiras**: olhares interdisciplinares desde o sul.– Foz do Iguaçu (PR): EDUNILA, 2019, p. 100-145.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2005.

FURNO, Juliane da Costa. **O Trabalho das Mulheres**: entre a produção e a reprodução social. Disponível em: [https://www.ifch.unicamp.br/formulario\\_cemarx/selecao/2015/trabalhos2015/Juliane%20Furno%209600.pdf](https://www.ifch.unicamp.br/formulario_cemarx/selecao/2015/trabalhos2015/Juliane%20Furno%209600.pdf). Acesso 23/05/2020. 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2013.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**: nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes. 1997.

FREUD, Sigmund. **Fragmento de uma análise de histeria**: [o caso Dora]. Porto Alegre: L&PM, 2019.

GOLDMAN, Wendy. **Mulher, o Estado e a Revolução**: política da família soviética e da vida social entre 1917 e 1936. São Paulo: *Boitempo*; Iskra, 2014.

HIRATA, Helena. Globalização, Trabalho e Gênero. **Revista Políticas Públicas**, v. 9, n. 1, p. 111-128, jul./dez. 2005

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas Configurações da Divisão Sexual do Trabalho. **Cadernos de Pesquisa**, v. 37, n. 132, set./dez. 2007.

HIRATA, Helena et al. Trabalho (o conceito de). HIRATA et al (orgs) **Dicionário crítico do feminismo**– São Paulo: Editora UNESP, 2009.

IDA, Scheila. Anorexia e Bulimia: Uma perspectiva social. Dissertação. UFRS. Porto Alegre, 2008, 72 p.

KLEIN, Diane et al. Eating Disorders: Clinical Features and Pathophysiology. **Physiology & Behaviour** 81(2), p. 359-74, 2004

- LAQUEUR, Thomas. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud.** tradução Vera Whately. - Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- MARTINHAGO, Fernanda., CAPONI, Sandra. **Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais.** Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 29(2), e290213, p. 01-19, 2019.
- MARX, Karl., ENGELS, Friedrich. **A ideologia Alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.
- MARX, Karl. **O Capital.** Volume 1. 3 ed. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MEIHY, José Carlos Sebe Bom; ALBERTI, Verena.; FERNANDES, Tania Maria.; FERREIRA, Maneta de Moraes. **Desafios da história oral latino-americana: o caso do Brasil.** 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14 ed. Rio de Janeiro-São Paulo, ABRASCO-HUCITEC, 2014.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade.** 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001, 80 p.
- NOGUEIRA, Claudia Mazzei. Telemarketing: A saúde das teleoperadoras. *In:* LOURENÇO, Edvania NAVARRO, Vera., BERTANI, Iris, SILVA, José da Silva., SANT´ANA, Raquel (org). **O avesso do trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do Trabalhador.** 1. ed. São Paulo: Expressão Popular. p. 160-178, 2010.
- OPAS. **Declaração de Caracas.** Organização Pan-Americana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Caracas, 1990.
- PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. Luta Antimanicomial, Feminismos e Interseccionalidades: Notas para debate. *In:* PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira (orgs) **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira.** 1 ed. Rio de Janeiro: Autografia, p. 25-51, 2017.
- PATAI, Daphne. **História Oral, Feminismo e Política.** 1. ed. São Paulo: Letra e Voz, 2010.
- PERROT, Michelle. **Minha História das Mulheres.** São Paulo, editora Contexto, 2007.
- POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa Qualitativa na Atenção à Saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed. 2005.
- RIBEIRO, Herval Pina. O público e o privado das políticas contemporâneas do estado moderno. Ascensão e queda dos direitos de cidadania e emergência do individualismo e do

neocorporativismo em saúde. *In*: LOURENÇO, Edvania. NAVARRO, Vera., BERTANI, Iris, SILVA, José da, SANT'ANA, Raquel (orgs). **O avesso do trabalho II: Trabalho, precarização e saúde do Trabalhador**. 1 ed. São Paulo: Expressão Popular. 307-316, 2010.

ROHDEN, Fabiola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001

ROJÃO, Graça et al. O Cavalo branco. **Coolkit: Jogos para a não-violência e igualdade de gênero**. Covilhã, 2011. p. 35-39.

SAFFIOTI, Helena. **Diferença ou indiferença: gênero, raça/etnia, classe social**. *In*: ADORNO, Sergio (org.). A sociologia entre a modernidade e a contemporaneidade. Porto Alegre: UFRGS, 1995.

**SAFFIOTI, Helena. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.** Dossiê: Feminismo em questão, questões do feminismo. Cadernos Pagu (16) 2001, p. 115-136.

SAFFIOTI, Helena. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres**. Série Estudos e Ensaios / Ciências Sociais / FLACSO-Brasil –p. 1 – 44, junho /2009.

SANTIN, Silvino. **Uma busca da Filosofia do Corpo**. Kynesis, Santa Maria. 1989, p. 63-90.

SCHNEIDER, Élen Cristiane. Trabalho doméstico e justiça. É preciso valorizar para despatriarcalizar. FERRO, Silvia Lilian; THOMÉ, Thaíse Vieira (orgs) **Mulheres entre fronteiras: olhares interdisciplinares desde o sul**– Foz do Iguaçu (PR): EDUNILA, p. 38-67, 2019.

SEGATO, Rita. **Las estructuras elementales de la violencia**. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos. Bernal, Universidad de Quilmes, 2003.

SENADO FEDERAL. **Aprofundando o olhar sobre o enfrentamento à violência contra as mulheres**. Pesquisa OMV/DataSenado/Observatório da Mulher Contra a Violência. Brasília, 2018.

SHOWALTER, Elaine. **The female Maladay-Women, Madness and English Culture 1930-1980**. London Pantheon Books. 1985

TEDESCHI, Losandro Antonio; COLLING, Ana Maria. Os direitos humanos e as questões de gênero. **História Revista** v. 19, n. 3, 2014.

VASCONCELOS, Jeyse Suanya de Almeida. et al. **Corporeidade: O corpo sua história filosófica e educação**. Formação do pedagogo no século XXI. XII. Anais do Congresso Nacional de Educação. Curitiba 26 a 29 de outubro de 2015.

VIEIRA, Marcos et al. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. **Revista Dor**. São Paulo, 2016, p. 257-260

VILHENA, JUNIA DE et al.. A violência da imagem: estética, feminino e contemporaneidade. **Revista mal-estar e subjetividade**. Fortaleza. V. 5, n. 1, 2005, p. 109-104.

ZANELLO, Valeska et al. Uma história do silêncio sobre gênero e loucura – Parte I Sobre o que não se fala em uma arqueologia do silêncio: as mulheres em história da loucura. **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridades**. Curitiba: Appris. p. 17-28, 2014

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, Gênero e Interseccionalidades. PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira (orgs). **Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira**. 1. ed. Rio de Janeiro: Autografia, p. 52-69, 2017.

ZANELLO, Valeska **Saúde Mental, gênero e dispositivos**. Cultura e processos de subjetivação. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, Valeska., SILVA, René. Saúde Mental, Gênero e Violência Estrutural. **Revista Bioética**. v. 20, n. 2. 2012, p. 267-279.

## **APÊNDICES**

APÊNDICE A – TABELA 4 – Perfil das entrevistas

<b>Entrevista</b>	<b>Idade</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Local de Nascimento</b>	<b>Auto-identificação (cor ou raça)</b>	<b>Ocupação</b>
1. Cristal	59	Superior Incompleto	Viúva	PE	Parda	Aposentada
2. Bel	58	Superior Incompleto	Solteira	RS	Branca	Desempregada
3. Estela	55	Superior Completo	Em processo de divórcio	MG	Branca	Aposentada
4. Ana Paula	47	1º ano fundamental	Solteira	PR	Branca	Recebe auxílio-doença
5. Laura	22	6º ano fundamental	Solteira	PR	Branca	Desempregada
6. Rosa	51	3ª ano fundamental	Solteira	PR	Parda	Recebe auxílio-doença

Fonte: elaboração da autora (2020).

**APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –**  
Em acordo com a resolução CNS 466/2012

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa que tem como título: “Tristes, Loucas ou Más: Histórias de vida de mulheres em sofrimento mental na Tríplice Fronteira”, que tem como objetivo analisar, a partir da história de vida das mulheres que fazem tratamento no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), como as questões relacionadas ao gênero influenciaram no seu processo de adoecimento e chegada às instituições de saúde mental. Esta pesquisa está relacionada à necessidade de pesquisas que colaborem com a análise de como os papéis da mulher e os estereótipos sociais podem influenciar a expressão de saúde mental.

Para este estudo, adotaremos o seguinte procedimento: a realização de entrevistas para levantamento da história de vida das mulheres que estão em tratamento no CAPSII (Centro de Atenção Psicossocial de Foz do Iguaçu). O foco central das entrevistas será conhecer a vida dessas mulheres e compreender o processo de adoecimento/sofrimento de cada uma delas.

É possível que durante este trabalho possa existir algum desconforto. Se assim ocorrer, a Sra. poderá deixar de participar da pesquisa em qualquer momento ou questionar os procedimentos adotados.

O motivo deste convite é que a Sra. corresponde aos seguintes critérios de inclusão na pesquisa:

1) ser mulher, 2) estar sendo acompanhada no CAPS II, e 3) não ter limitação em expressão verbal.

Para participar deste estudo, não haverá nenhum custo nem qualquer vantagem financeira.

A Sra. será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar, retirando seu consentimento ou interrompendo sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e, se não desejar mais participar, não terá qualquer penalidade ou mudança em como é atendida pela pesquisadora.

A pesquisadora irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo e privacidade, sendo que, em caso de obtenção de fotografias, vídeos ou gravações de voz, os materiais ficarão sob a propriedade da pesquisadora. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão. A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando esta for concluída.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma será arquivada pela pesquisadora responsável na UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA (UNILA) e a outra será fornecida à Sra.

A pesquisadora responsável, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a

pesquisa de acordo com o que preconiza a resolução 466/12 de 12/06/2012.

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do CPF \_\_\_\_\_, nascido (a) em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, residente no endereço \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, estado \_\_\_\_\_, podendo ser contatada pelo número telefônico ( ) \_\_\_\_\_, fui informada dos objetivos do estudo “Tristes, Loucas ou Más: Histórias de vida de mulheres em sofrimento mental na Tríplice Fronteira” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Concordo que os materiais e as informações obtidos relacionados à minha pessoa poderão ser utilizados em atividades de natureza acadêmico-científica desde que assegurada a preservação de minha identidade. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar, se assim o desejar, de modo que declaro que concordo em participar deste estudo e recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foz do Iguaçu/PR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Em caso de dúvidas quanto aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar a pesquisadora na UNILA (Universidade Federal da Integração Latino-Americana), no seguinte endereço:

Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Estudos Latino-Americanos (PPGIELA)

Instituto Latino-Americano de Arte, Cultura e História (ILAACH)

PTI Bloco 04 - Espaço 03 - Sala 05 - (45) 3576-7359

Foz do Iguaçu – PR

**APÊNDICE C – Roteiro para as entrevistas**

- 1) Você poderia me falar sobre sua vida desde criança até a adolescência?
- 2) Como chegou em Foz do Iguaçu?
- 3) Quais as ocupações que já teve?
- 4) Quando buscou tratamento de saúde mental?
- 5) Como conheceu o CAPS?
- 6) O que você acha do tratamento que recebe aqui?
- 7) Você poderia me contar como é hoje o relacionamento que você tem com sua família?
- 8) E, neste momento, quais são as principais dificuldades que você enfrenta?

**ANEXOS**  
**FIGURAS DAS OFICINAS E DO CAPS II**

**ANEXO A. Foto da entrada do CAPS II**

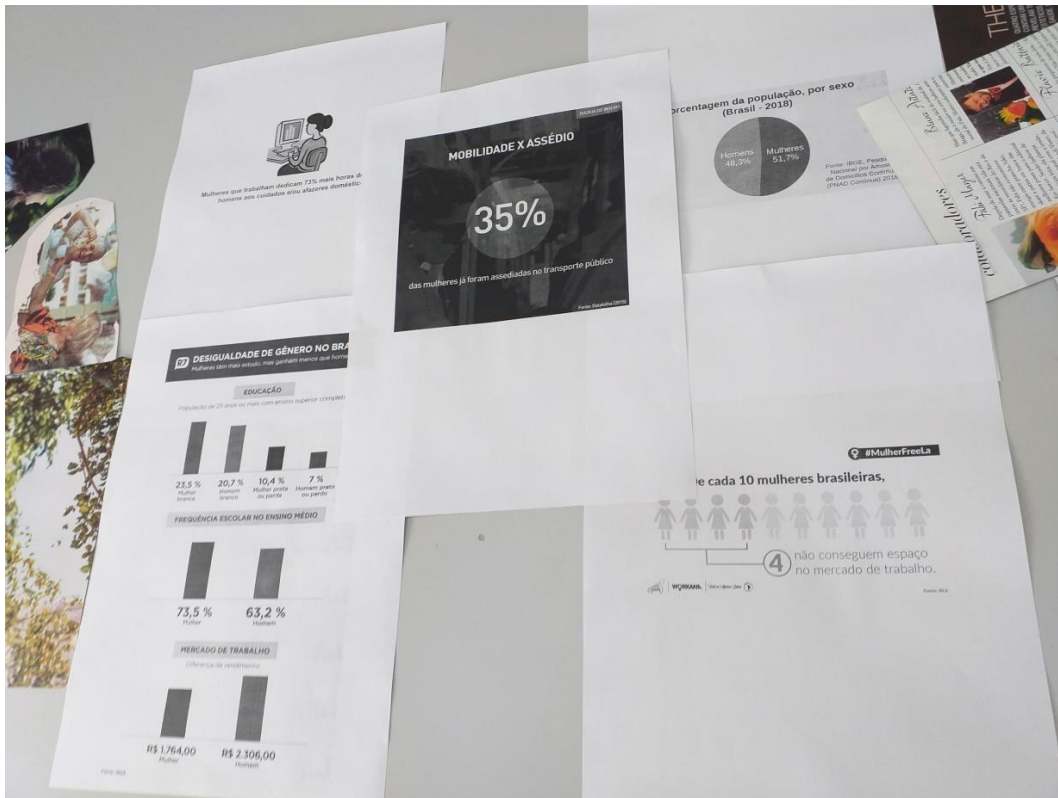
**ANEXO B. Figuras escolhidas pelas pacientes e imagens sobre dados sobre a situação da mulher no país**



ANEXO C. Figuras escolhidas pelas pacientes e imagens sobre dados sobre a situação da mulher no país



## ANEXO D. Dados situação da mulher no Brasil



**ANEXO E.** Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras

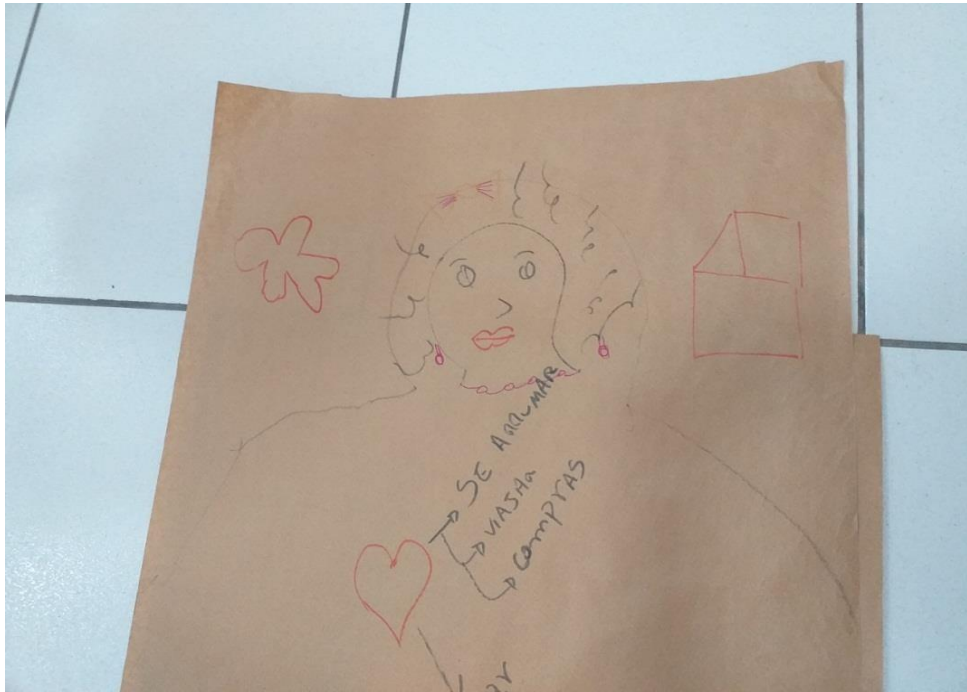


**ANEXO F. Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras**

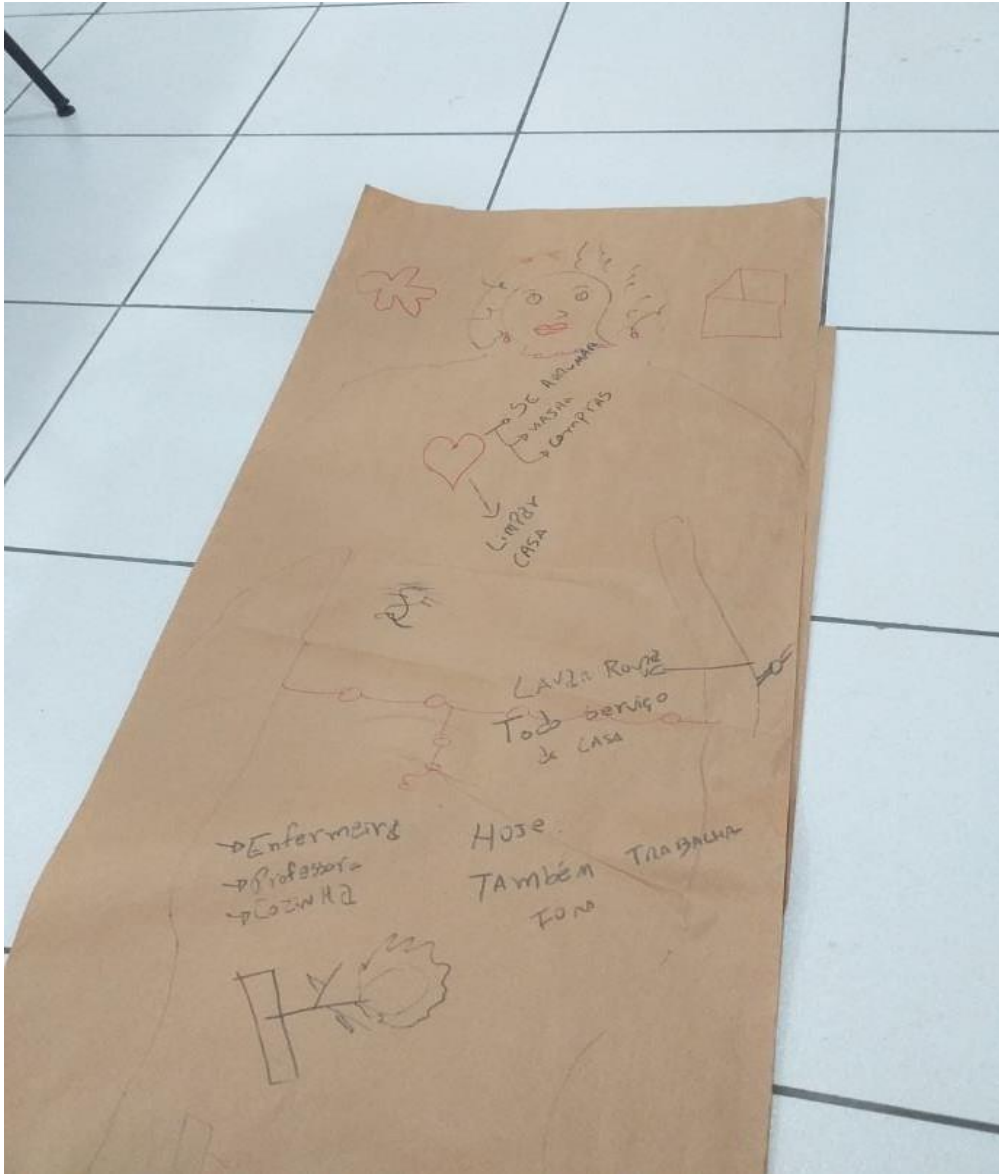
**ANEXO G.** Participantes da oficina realizando intervenção nas figuras



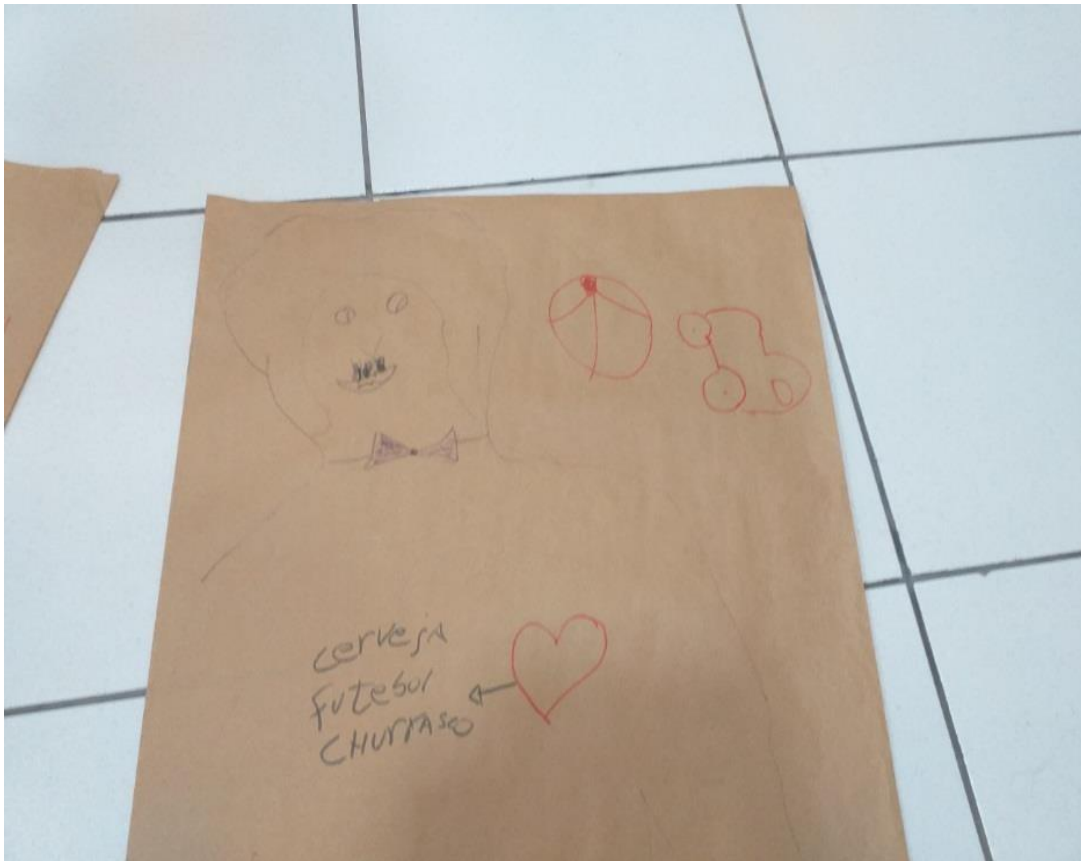
**ANEXO H.** Desenho final: figura da mulher 1



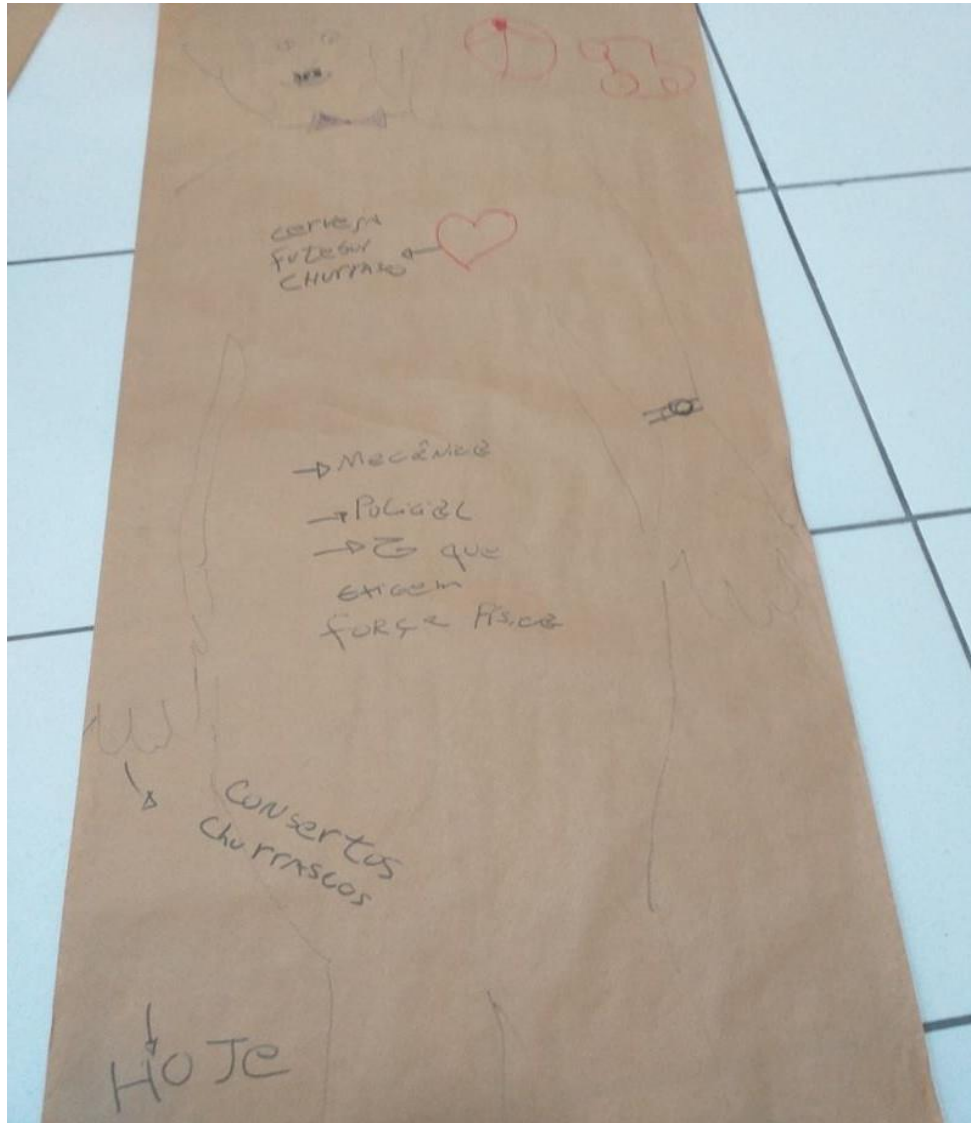
ANEXO I. Desenho final: figura da mulher 2



## ANEXO J. Desenho final: figura do homem 1



## ANEXO K. Desenho final: figura do homem 2



## ANEXO L. Aspectos negativos e positivos no cotidiano das participantes

