



e-book

SAÚDE MENTAL DA MULHER:

Psicologia e Relações de Gênero

índice

Introdução	3
A relação entre gênero e saúde mental	3
Impacto das relações de gênero na saúde mental feminina	7
Violência de gênero e suas consequências psicológicas	15
Inclusão e diversidade na psicologia	19
Como a psicologia pode incluir	23
Conclusão	28
Sobre este e-book	30
A Artmed	31
Referências	32



INTRODUÇÃO

O presente e-book propõe uma leitura reflexiva e crítica, explorando como as construções sociais de gênero influenciam a saúde mental das mulheres. Adotar uma perspectiva de gênero não apenas amplia a compreensão das particularidades que permeiam o bem-estar psicológico feminino, mas também possibilita a identificação e a elaboração de intervenções eficazes diante dos fatores que contribuem para o adoecimento psíquico. Com esse intuito, reunimos os principais temas que perpassam as realidades das mulheres. Inicialmente, abordamos o impacto das relações de gênero na saúde mental, bem como a associação entre a carga mental e a saúde emocional. Em seguida, discutimos as consequências psicológicas das violências de gênero, além de refletirmos sobre a importância da inclusão e da diversidade na psicologia. Na conclusão, apresentamos reflexões sobre o papel da psicologia no empoderamento feminino, bem como estratégias para um atendimento psicológico mais sensível e alinhado às questões de gênero.

A RELAÇÃO ENTRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Os construtos da sexualidade e do gênero englobam as diferenças entre sexo biológico, gênero e orientação afetivo-sexual. O conceito de sexo biológico refere-se às características físicas da espécie humana, que se manifestam nos conjuntos de cromossomos, na expressão genética, na genitália, na composição hormonal e nos caracteres sexuais secundários. Esses parâmetros são utilizados para classificar as pessoas como pertencentes ao sexo masculino (XY; testosterona; pênis e testículos; distribuição de pelos e gorduras corporais) ou ao sexo feminino (XX; vagina; útero e ovários; estrógeno e progesterona; presença de mamas, distribuição de pelos e gordura corporais), ou ao intersexo (conjunto de variações biológicas naturais atípicas no desenvolvimento sexual). As pessoas intersexuais nascem com uma anatomia sexual e/ou reprodutiva que não se encaixa nas definições binárias de sexo masculino ou feminino, sendo que as diferenças podem envolver variações cromossômicas sexuais e, conseqüentemente, variações genéticas, hormonais, da genitália e da aparência física (Ciasca; Hercowitz & Lopes Junior, 2021).

O gênero, por outro lado, é a dimensão socialmente construída, pautada na cultura e no contexto histórico de uma determinada sociedade. Ele institui os sentidos, significados e vivências ao masculino/masculinidade e ao feminino/feminilidade. Assim, o termo se refere aos papéis, comportamentos, atributos, expressões, identidades, responsabilidades, atividades e oportunidades que a sociedade e sua cultura atribuem aos homens, às mulheres e às pessoas intersexo. É importante ressaltar que o gênero se relaciona com as categorias do sexo biológico, mas se desloca da binariedade. Dito isso, entende-se que a sociedade se organiza por meio das relações de gênero, que permeiam desde as divisões do trabalho até o estilo de corte de cabelo (Ciasca; Hercowitz & Lopes Junior, 2021).

A linguagem também é influenciada pelas distinções de gênero, e os significados e sentidos associados a essas distinções moldam a forma como as pessoas se comunicam, se percebem, pensam e agem no mundo, afetando a percepção de si e do outro. Existem outros construtos ligados ao conceito de gênero, como o gênero designado ao nascimento, os papéis sociais de gênero, a expressão de gênero e a identidade de gênero (Ciasca; Hercowitz & Lopes Junior, 2021).

Confira no quadro abaixo os construtos e suas respectivas explicações segundo (Ciasca; Hercowitz & Lopes Junior, 2021).

Construto relacionado a gênero	Definição
Gênero designado ao nascimento	A partir do reconhecimento das genitálias após o nascimento, designa-se que a pessoa é menino ou menina. Dentro de uma cultura binária (homem e mulher), o gênero designado será binário (menino e menina).
Papéis sociais de gênero	Expectativas sociais e comportamentos aprendidos por uma pessoa como apropriados ao seu gênero, conforme determinado pelas construções sociais e culturais.
Expressão de gênero	Forma como a pessoa deseja se expressar e se apresentar, manifestando-se pela aparência física, seja pela roupa, estilo de cabelo e acessórios, até padrões de comportamento e escolha do nome para indicar seu grau de masculinidade, feminilidade, neutralidade ou não binariedade. Se assim desejar, a pessoa pode alterar sua expressão de gênero a qualquer momento.
Identidade de gênero	A identidade de gênero refere-se à experiência pessoal e interna de como uma pessoa se identifica em relação ao gênero, podendo ou não coincidir com o sexo atribuído ao nascimento. Inclui a percepção do próprio corpo e outras formas de expressão de gênero.

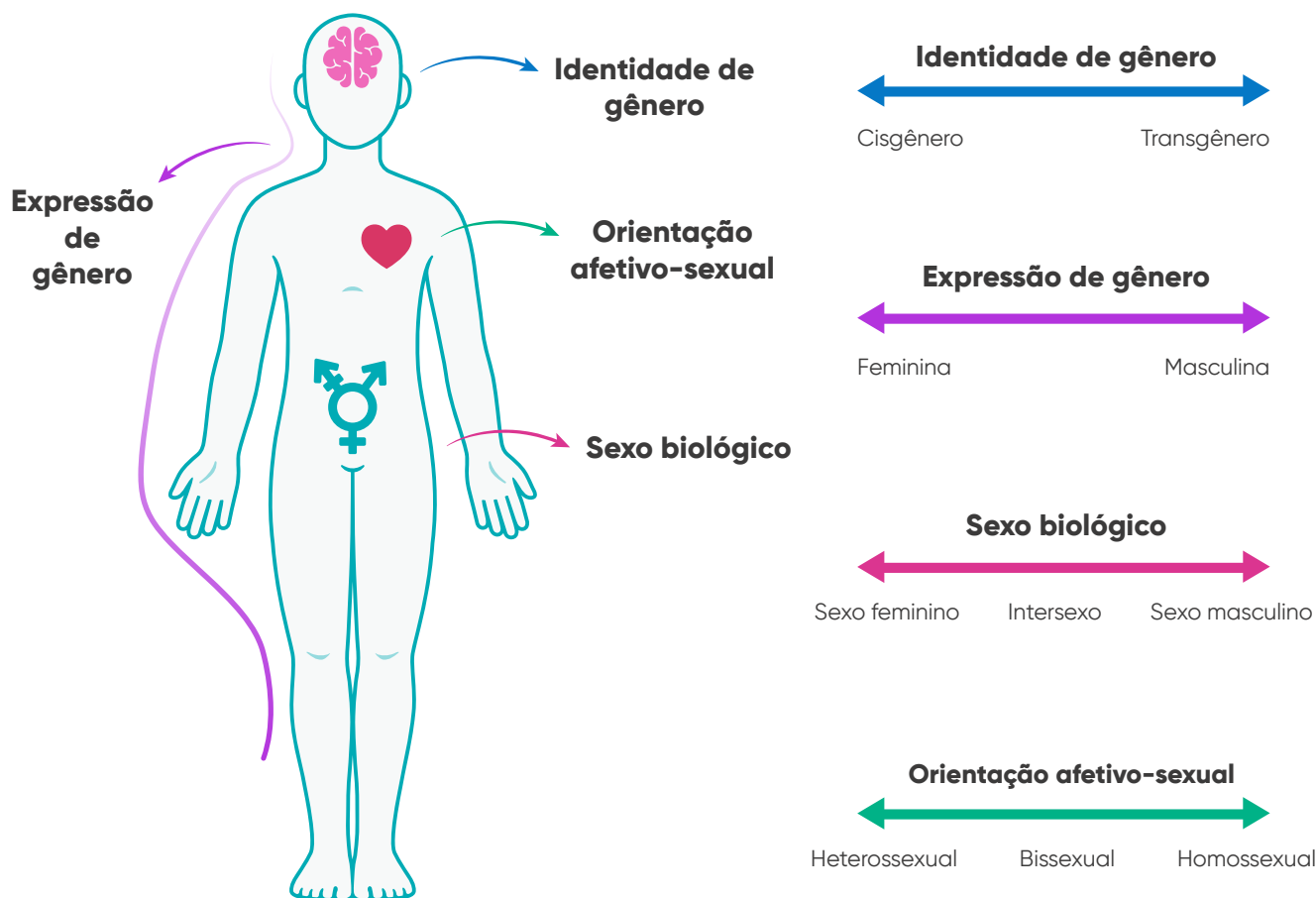
Considerando o gênero como uma dimensão sócio-histórica, convidamos os leitores a refletirem para além de suas experiências individuais. Como destaca Conceição Nogueira (2001, p. 149):

Como é que o gênero é produzido e sustentado pelos agentes humanos em interação uns com os outros? Por meio de que estruturas institucionais, práticas sociais e representações culturais, códigos linguísticos e padrões de inter-relação social o gênero torna-se um fato social? Quando é que determinada definição de gênero exerce um mecanismo de controle social? Por que é que só algumas definições de gênero são incorporadas à nossa identidade? O que leva os indivíduos a resistirem a determinadas definições de gênero em circunstâncias particulares?

Por fim, a orientação afetivo-sexual refere-se à atração ou ao desejo (ou à ausência dele) físico, romântico ou emocional por outras pessoas, podendo ser dividida em três categorias: atração sexual, afetiva e romântica. A atração sexual envolve o desejo, a excitação e o interesse por práticas sexuais com outra pessoa. A atração afetiva, por sua vez, diz respeito ao desejo de estabelecer vínculos e compartilhar afeto. Embora frequentemente consideradas semelhantes, existem distinções entre a atração afetiva e a romântica; esta última está associada a construções sociais de amor e paixão. É importante ressaltar que o termo “identidade sexual” se refere à identificação com uma determinada tipologia sexual, construída sócio-historicamente, reconhecendo-se ou não como parte de um determinado grupo, como o LGBTQIA+. Este grupo engloba as identidades lésbica, gay, bissexual, transexual/travesti/transgênero, queer/questionando, intersexo, assexual e o “+” que representa outras identidades sexuais e de gênero (Ciasca; Hercowitz & Lopes Junior, 2021).



Figura 1. Desenho do boneco da diversidade. Elaborado por Nadyne Saab Messias com base em Killermann S.



As normas de gênero, especialmente aquelas impostas pela heterocisnormatividade, têm impactos significativos na saúde mental das mulheres. Heterocisnormatividade é uma construção social que estabelece um padrão que favorece homens de identidade cisgênera (pessoas que se identificam com o gênero atribuído ao nascimento) e a atração heterossexual (pessoas que são atraídas pelo gênero “oposto”), delimitando o que é considerado aceitável e permitido na experiência humana. Essa estrutura social estabelece padrões rígidos que moldam a identidade feminina e seus comportamentos esperados, levando muitas mulheres a enfrentarem pressões extremas para se conformar a essas normas. Essa pressão para se adequar a tais normas pode gerar altos níveis de estresse, ansiedade e depressão, especialmente quando as mulheres sentem que não estão atendendo a essas expectativas (Cordeiro; Bichara & Fraiha, 2024).

Para muitas mulheres, a luta por reconhecimento e aceitação em uma sociedade que frequentemente desconsidera suas vivências pode ser marcada pelo sofrimento, mas, acima de tudo, pela resistência – como exemplifica a criação do movimento feminista. Entre as inúmeras propostas do pensamento feminista, destaca-se a desconstrução das normas de gênero. Como aponta Colling (2015, p. 182), desconstruir uma norma significa “abrir o discurso e mostrar nele, não verdades, mas contradições e conflitos”. Nesse sentido, profissionais da psicologia desempenham um papel fundamental ao auxiliar no reconhecimento e no questionamento das imposições so-

ciais relacionadas ao gênero, oferecendo suporte e estratégias para essa desconstrução. Além disso, ao estimular a reflexão crítica e a aceitação de múltiplas identidades, a psicologia contribui para a construção de um ambiente mais inclusivo e seguro (Colling, 2015).



IMPACTO DAS RELAÇÕES DE GÊNERO NA SAÚDE MENTAL FEMININA

Pressões sociais e a formação da identidade feminina

Nogueira (2017) apresenta uma contribuição significativa ao discutir a dimensão relacional do gênero. Considerando que o gênero é um processo de construção social, sua produção e reprodução se tornam constantes nos relacionamentos entre as pessoas, nas práticas discursivas e na organização de instituições como políticas, educacionais, de saúde, entre outras. Assim, o gênero se incorpora à identidade das pessoas, manifestando-se como um fenômeno contínuo e cotidiano. Como destaca Nogueira (2017, p. 106), isso ocorre “justamente porque o gênero inunda completamente as nossas experiências”. Nessa perspectiva, as relações de gênero atuam como poderosos circunscritores da realidade, proporcionando ou não oportunidades, moldando escolhas, permitindo ou restringindo espaços, e configurando vivências e trajetórias pessoais.

A identidade feminina, assim como a masculina, é profundamente influenciada pelas normativas sociais que definem o que é considerado “feminino” e “apropriado” para uma mulher, visíveis nos discursos dominantes da sociedade. Quando uma identidade é afirmada, ela frequentemente é categorizada socialmente. Para ilustrar essa reflexão, a autora compartilha duas frases que escutou em uma conversa informal entre profissionais da saúde: “essa mulher sabe cozinhar, então foi feita para casar” e “as mulheres choram demais”. No primeiro exemplo, a mulher é categorizada como “feita para casar”, refletindo a ideia coletiva de que todas as mulheres “devem” seguir um padrão de relacionamento monogâmico, formalizado por convenções legais e/ou religiosas. No segundo caso, perpetua-se a noção de que as mulheres são “naturalmente” sensíveis,

utilizando categorias como “boazinha”, “dócil” e “maternal” para comparar comportamentos e emoções. Esses exemplos demonstram como os processos de identidade individual e coletiva são interdependentes (Vieira, 2005).

Além disso, a identificação como mulher não ocorre de forma isolada, mas dentro de um amplo espectro de identidades coletivas que incluem raça, etnia e outros marcadores sociais. Como salienta De Oliveira Filho (2023, p. 327), o ato de se identificar – como “eu sou mulher” – implica em um processo de assemelhar-se a outras mulheres, enquanto ao mesmo tempo se diferencia das suas experiências e identidades. Assim, a narrativa de cada mulher é influenciada por suas intersecções biológica, psicológica, social e religiosa, refletindo um mundo onde identidades são constantemente negociadas e redefinidas. No Brasil, as identidades das mulheres não são homogêneas, sendo moldadas por fatores raciais, socioeconômicos e de identidade de gênero.

Levando em consideração os fatores raciais, por exemplo, mulheres brancas, negras, amarelas e indígenas vivenciam diferentes realidades e desafios, que afetam suas identidades de maneiras distintas. Mulheres brancas podem estar mais associadas a um padrão de beleza hegemônico e, frequentemente, têm acesso a mais oportunidades sociais e econômicas. Em contraste, mulheres negras enfrentam não apenas a luta contra o racismo, mas também a necessidade de afirmar sua identidade em um contexto de luta racial. Um dado que explicita a intensidade com que são atingidas pelas relações de gênero e raciais é o fato de sofrerem mais violências e feminicídios, segundo a Pesquisa Nacional de Violência Contra Mulher (Instituto DataSenado, 2023). As mulheres indígenas, por sua vez, enfrentam a invisibilidade e a marginalização histórica. Num panorama geral, há um esforço da maioria das mulheridades em serem reconhecidas como sujeitos e pelo acesso aos seus direitos dentro de uma sociedade que frequentemente tenta silenciar suas vozes. Sendo assim, as experiências de cada grupo não são apenas distintas, mas também informam como cada identidade feminina é vivida e reconhecida. Salienta-se, assim, a importância de considerar esses diversos contextos dentro da discussão sobre as identidades femininas (Nogueira, 2017).

Uma dimensão que é uma potencial ferramenta de reflexão e compreensão da história de resistência das mulheres é a linguagem. Colling (2015, p. 181) aponta que “a linguagem não é só vocabulário, mas discurso que, numa relação de saber e poder, determina verdades e nos subjetiva”. O impacto desses discursos na saúde mental das mulheres está intimamente ligado à forma como essas verdades são construídas e utilizadas como instrumentos de coerção, controle e poder. Esses discursos não apenas moldam as expectativas sociais relacionadas ao comportamento e à identidade feminina, mas também perpetuam normas que podem resultar em estigmas e pressões psicológicas, afetando o bem-estar emocional e psicológico das mulheres.



Carga mental e saúde emocional

Ao pensar em questões de saúde mental das mulheres, é importante que sejam apontados pontos que passam com naturalidade pelos nossos olhos. Um deles é o papel central da mulher como gestora e técnica do cuidado com os integrantes da família. Essa “tendência” em assumir esse lugar de cuidado com o outro vem de um aspecto da nossa socialização que tem sido chamado de “ética do cuidado”. Esse termo engloba várias ações que, de geração em geração, acabamos por assumir como mulheres. Somos ensinadas a organizar, limpar, investir afeto, medicar e garantir o bem-estar de forma geral. Essa é uma das razões pelas quais há tantas mulheres em profissões de cuidado como enfermagem e psicologia: fomos criadas para querer “naturalmente” cuidar (Mota-Santos e colaboradores, 2021; Renk, Buziquia e Bordini, 2022).

O volume de ações que envolvem o cuidado de um núcleo familiar é tamanho que foi cunhada a expressão “tripla jornada de trabalho”, fazendo alusão ao esforço e cansaço que são equiparáveis aos de um trabalho formal. Apesar dessa expressão, é um trabalho que não é remunerado. Ao contrário, assume-se que esse lugar de cuidar é natural e intrínseco às mulheres. Muitas seriam impulsionadas pelo “eterno desejo, mesmo que reprimido, de que toda mulher quer ser mãe” – o que não é verdade.

Há algumas políticas públicas pontuais pelo Brasil que tentam validar esse papel executado por mulheres que cuidam. Uma iniciativa é o programa “Cuidar de Quem Cuida”, que tem suas ações destinadas a cuidadores de pessoas com “incapacidade permanente”. Este programa prevê um benefício mensal de 900 reais para cuidadores não remunerados de pessoas com deficiência. Neste exemplo, o dinheiro não é para ser gasto com o sujeito adoecido, que costuma ser o foco do benefício, mas é para usufruto do cuidador em si (Renk, Buziquia e Bordini, 2022).

A possibilidade de autonomia que o dinheiro permite com que os indivíduos tenham é um dos elementos essenciais para que mulheres não entrem em relações de potencial abusivo. Em relacionamentos permeados por violência de gênero, ter condições de ser independente financeiramente é um dos pilares que possibilitam que mulheres saiam dessas relações.



Diagnósticos psiquiátricos e a medicalização da mulher

A discussão sobre a medicalização da mulher será abordada à luz das teorias de Michel Foucault, um filósofo que nos ajuda a compreender as dinâmicas de poder e controle que permeiam a sociedade. O termo “medicalização” refere-se ao processo pelo qual problemas que transitam por esferas sociais são recontextualizados e lidos apenas sob uma perspectiva médica ou biológica. Essa mudança de abordagem é especialmente pertinente no caso das mulheres, cujas experiências muitas vezes são tratadas de forma reducionista. Um exemplo é a transformação de questões emocionais em algo exclusivamente atribuído às “flutuações hormonais”. Quando questões sociais e coletivas são medicalizadas, elas se transformam em “doenças” que requerem tratamento individualizado. Franco Basaglia, psiquiatra italiano e figura central na reforma psiquiátrica italiana (a qual foi modelo para a brasileira), criticava o método de olhar para a doença antes de olhar para o sujeito. Para ele, devia-se, então, colocar a doença entre parênteses, ou seja, deixá-la suspensa para que se pudesse acessar a pessoa para além do diagnóstico. Nesse processo naturalizado e visto como mais válido de olhar para o adoecimento primeiro, para o diagnóstico, a responsabilidade pelo adoecimento é deslocada para a esfera pessoal da mulher, levando à ideia de que apenas ela pode e deve encontrar a solução para seu sofrimento, solução normalmente oferecida pelos profissionais da saúde. Essa perspectiva não só esconde as raízes sociais subjacentes a esses transtornos, mas também cria um estigma adicional, já que a mulher pode se sentir culpada ou envergonhada por não conseguir se “recuperar” e cumprir as normas sociais. Essa reflexão crítica também pode ser utilizada para discutir o papel da indústria farmacêutica e seus efeitos nos diagnósticos psiquiátricos e no uso dos medicamentos (Basaglia, 1993; Carvalho et al., 2015).

É fundamental destacar que a crítica não se direciona à profissão médica ou à medicina em si, mas sim à maneira como as interpretações e significados gerados por essas práticas exercem efeitos de poder que podem ser prejudiciais, como a “censura”, a “exclusão”, a “repressão” e o “mascaramento” de determinadas realidades (Carvalho et al., 2015). Os benefícios ligados à saúde se mantêm e são legitimados, pois geram formas de conhecimento que são extraordinariamente relevantes para a sobrevivência e o funcionamento da sociedade. É exatamente essa dualidade – a medicina como fonte de saber e, ao mesmo tempo, como potencial agente de controle – que merece uma análise crítica e atenta.

Diante disso, é essencial refletir sobre como o corpo feminino foi, ao longo da história, alvo de patologização. Após um longo período de subordinação à autoridade religiosa, essa dinâmica foi gradualmente deslocada para a autoridade médica. Assim, a mulher ficou sujeita a uma medicina predominantemente construída por homens, que determinou suas vivências a doenças



atribuídas à sexualidade, como a conhecida histeria. Dessa forma, a história da mulher é caracterizada por um processo em que seu corpo foi reduzido a patologias intrínsecas à sua existência. Adicionalmente, a maternidade era concebida como a salvação da mulher; aquelas que não desejassem ou não pudessem engravidar eram frequentemente “condenadas” à insanidade mental. Essa visão, por sua vez, também foi utilizada para silenciar e anular o prazer sexual feminino, uma vez que o instinto materno era considerado capaz de anular o instinto sexual (Colling, 2015). Sigmund Freud, que atuou como psiquiatra nos séculos XIX e XX, debruçou-se em estudos sobre mulheres adoecidas, as histéricas. Em termos simplistas, sua teoria delineou que a base do adoecimento era, em grande parte, as repressões vivenciadas pelas mulheres em uma sociedade castradora, ou seja, que interrompe ativamente processos considerados fora da norma social (Freud & Breuer, 1895/1996). Essa construção histórica nos oferece uma base importante para refletirmos sobre os impactos duradouros que essas narrativas têm sobre a saúde mental das mulheres na contemporaneidade.

Para ilustrar como essa dinâmica se manifestou concretamente, podemos observar a história da saúde mental das mulheres no Brasil. Um estudo que caracterizou as internas do Engenho de Dentro, hospital psiquiátrico de modelo manicomial, retrata como eram percebidas as mulheres da instituição entre os anos de 1921 e 1927. Algumas das justificativas encontradas para as mulheres serem segregadas da sociedade, ou seja, internadas, eram a viuvez, desvios de conduta e o consumo de álcool (Souza e colaboradores, 2019). Outro estudo que também mostra dados para compreendermos como a saúde mental das mulheres era tratada no período manicomial relatou outras justificativas para internação compulsória, como ter sofrido violências sexuais, ter o “resguardo” quebrado e quando eram mães que perderam a guarda dos filhos (Cardoso, Silva e Antunes, 2022).

Para além dessa trajetória de exclusão na saúde mental, as mulheres vêm sendo esquecidas e apagadas da história em si. O ensino, no caso específico do Brasil, é majoritariamente machista e funciona como mecanismo de silenciamento feminino (Tedeschi, 2006; Ferreira e Grisolio, 2016). Segundo Rocha (2009), “as mulheres, que tanto fizeram, praticamente não foram mencionadas na história. São seres anônimos, que serviram à sociedade, ao marido e aos filhos (...). Essas mulheres foram vítimas de uma interpretação histórica tendenciosa e preconceituosa”. Ainda que tentem mascarar as mulheres da história, sua resistência, força e luta coletiva seguem vivas, reafirmando diariamente que, apesar das tentativas de silenciamento, elas persistem e continuam a construir a história da humanidade.



Uma análise aprofundada dos aspectos históricos e das relações de gênero, aliada a um olhar epistemológico, enriquece nossa compreensão dos desafios contemporâneos que envolvem a saúde mental das mulheres. Neste contexto, abordaremos um estudo epidemiológico, que fornecerá uma visão clara das prevalências dos transtornos psiquiátricos mais comuns entre as mulheres. Também discutiremos os principais fatores de risco, além de variáveis individuais e ambientais que influenciam o acesso e a utilização dos serviços de saúde mental. Por fim, examinaremos a epidemiologia do uso de psicofármacos prescritos, oferecendo uma visão abrangente das dinâmicas que afetam a saúde mental das mulheres na atualidade.

Segundo Silveira et al. (2024), a década de 1990 foi marcada por importantes estudos realizados em São Paulo, que se destacaram por serem os primeiros a utilizar o Composite International Diagnostic Interview (CIDI) 1.0, fundamentado nos critérios da décima revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). O objetivo desses estudos era identificar e compreender a prevalência de transtornos psiquiátricos na população adulta residente na região, além de analisar possíveis fatores de risco associados a esses transtornos.

A pesquisa realizada por Andrade et al. (2002) envolveu a participação de 1.464 pessoas e revelou uma prevalência de 33,1% de pelo menos um transtorno psiquiátrico ao longo da vida. Um dado significativo que emergiu desses resultados foi que as mulheres apresentaram uma probabilidade 1,5 vez maior do que os homens de desenvolver um transtorno mental em suas vidas (Intervalo de confiança de 95%: 1,2 a 1,9). Em termos específicos, foi observado que as mulheres eram mais afetadas por transtornos de humor, transtornos de ansiedade e bulimia nervosa (RC: 9,4; IC 95%: 2,7 a 32,4). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas entre os sexos para transtornos como transtorno afetivo bipolar, distímia, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia social e transtorno de ansiedade generalizada (Silveira et al., 2024).

A seguir, são apresentados os transtornos psiquiátricos mais prevalentes entre as mulheres. É importante ressaltar que informações mais detalhadas sobre essa discussão podem ser encontradas no Capítulo 1 – “Epidemiologia dos Transtornos Mentais na Mulher”, do “Tratado de Saúde Mental da Mulher: uma abordagem interdisciplinar” (Silveira et al., 2024):



• **Depressão:** o estudo realizado por Bromet et al. (2011) revelou uma prevalência de 18,3% de episódios depressivos ao longo da vida, com 10,4% dos participantes relatando sintomas no ano anterior à coleta dos dados. Isso indica que entre 1,1 e 1,4 milhão de pessoas experienciaram pelo menos um episódio de depressão antes da coleta. Além disso, a probabilidade de as mulheres apresentarem um episódio depressivo ao longo da vida foi duas vezes maior em comparação aos homens (Silveira et al., 2024).

• **Ansiedade:** a pesquisa desenvolvida em São Paulo, conhecida pela sigla SPMHS, destacou a alta prevalência dos transtornos de ansiedade, com taxas de 28,1% ao longo da vida e 19,9% no ano anterior à coleta de dados. Nesse estudo, as mulheres mostraram uma probabilidade duas vezes maior do que os homens para desenvolver transtornos de ansiedade (RC: 2,2) (Andrade et al., 2012; Silveira et al., 2024).

• **Transtorno por uso de substância:** observa-se uma crescente convergência no uso de álcool entre homens e mulheres, especialmente na última década. Silveira et al. (2024) apontam para estudos que indicam a renda e a privação social como fatores de risco determinantes nessa questão. Mulheres com menor renda e que residem em áreas de alta privação social têm três vezes mais chances de se engajar no que se denomina “beber pesado de alta frequência”. Além disso, embora as mulheres ainda sejam minoria entre os usuários de drogas, elas representam cerca de 45% a 49% dos usuários de substâncias como anfetaminas, estimulantes farmacêuticos, sedativos e opioides (Silveira et al., 2024). Essa crescente participação as torna mais suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos relacionados ao uso de drogas. Ao contrário do consumo por homens, que têm como causa a socialização com os pares, as mulheres fazem uso de álcool e outras drogas como estratégia de manejo de emoções diante de eventos significativos, como separação e morte. Além disso, fazem uso em esferas privadas por vergonha e medo do julgamento, o que destoa do uso masculino (Rasch e colaboradores, 2015).

• Em um estudo realizado com mulheres que buscavam tratamento em serviço específico para álcool e drogas, identificou-se que elas chegavam em estado de total esgotamento e privadas de alimentação, higiene e direitos básicos (Lopes et al., 2018).

• **Transtorno de personalidade:** um estudo conduzido por Gunderson et al. (2018) concluiu que 75% dos indivíduos diagnosticados com transtorno de personalidade borderline são do sexo feminino. Outro estudo revelou diferenças nos sintomas relatados entre sexos, onde os homens tendem a apresentar mais agressividade e impulsividade, enquanto as mulheres demonstram sintomas internalizantes, como instabilidade afetiva (Qian et al., 2022).

O Brasil participou de um estudo epidemiológico significativo intitulado São Paulo Megacity Mental Health Survey (SPMHS), que abrangeu uma amostra representativa de 5.037 adultos residentes na região metropolitana de São Paulo. Entre os objetivos do estudo, foram apresentados dados relevantes para a discussão em questão, incluindo os principais fatores de risco e a ocorrência do uso de medicamentos psicotrópicos para o tratamento dos transtornos psiquiátricos (Campanha et al., 2015; Silveira et al., 2024).

Em relação aos fatores de risco, o estudo observou que as adversidades vivenciadas na infância foram um ponto em comum, com cerca de 53% da amostra relatando ter passado por uma dessas situações: agressão física (16%); morte de um dos pais (16,1%); violência doméstica (12,1%); diagnóstico de transtorno mental em um dos pais (11,8%); e negligência (11,3%). Dentre esses fatores, os mais recorrentes foram abuso sexual, dificuldades financeiras e crimes cometidos pelos pais. Assim, concluiu-se que essas experiências se manifestam de forma conjunta, sugerindo a existência de um contexto familiar e social potencialmente prejudicial para a predisposição a transtornos mentais (Andrade et al., 2012; Silveira et al., 2024).

Paralelamente, a ocorrência de uso de medicamentos psicotrópicos prescritos na população estudada no SPMHS foi de 6,2%, porcentagem referente ao ano anterior à pesquisa. Destacou-se que as mulheres utilizam mais medicamentos psiquiátricos do que os homens, com uma proporção percentual de 52,8% para elas e 47,2% para eles. Coincidentemente, as mulheres apresentaram maior probabilidade de receber prescrições médicas, especialmente de antidepressivos e hipnóticos/benzodiazepínicos. É importante ressaltar que a probabilidade de receber a receita médica aumentou com o avançar da idade, especialmente a partir dos 64 anos (Gunderson et al., 2018; Silveira et al., 2024).

Através da análise dos dados epidemiológicos e dos fatores de risco associados, fica evidente que as mulheres não apenas enfrentam uma maior prevalência de transtornos psiquiátricos, mas também estão imersas em contextos sociais que potencializam essas vulnerabilidades. Como também, a medicalização muitas vezes reduz experiências diversas a diagnósticos limitados, enquanto oculta suas raízes sociais e coletivas.

Em um artigo publicado em 2024 sobre como a produção latino-americana de estudos da terapia comportamental e cognitivo-comportamental aborda questões de gênero, as autoras concluíram que há poucas referências às dificuldades enfrentadas por mulheres imersas em uma cultura machista. Dos 471 artigos que tinham como descritores palavras como sexismo, mulheres, feminismo, identidade de gênero, opressão social, apenas 13 foram incluídos na amostra final por cumprirem o requisito de fazer referência a questões sociais enfrentadas por mulheres como um fator de adoecimento psicológico (Zakhur e colaboradoras, 2024).



Ainda que não existam tantos estudos que deem destaque a esses aspectos, para um profissional de saúde mental é fácil encontrar evidências de como questões de gênero são naturalizadas, mesmo que afetem a saúde das mulheres. Um exemplo são as divergências nas notas de corte em testes que avaliam sintomas ansiosos e de estresse em meninos e meninas. Para obterem escores clinicamente significativos, as meninas devem pontuar mais do que os meninos. Em outras palavras, para que as dificuldades emocionais delas sejam consideradas graves, por exemplo, elas deverão expressar mais sofrimento clinicamente significativo comparativamente aos homens. Alguns exemplos de questionários em que as notas de corte divergem são o Children's Depression Inventory (CDI) e o Inventário de Habilidades (IHS-Del-Prette).

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SUAS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS

A socialização de mulheres e homens, como exposto no decorrer deste e-book, é construída através de processos históricos e culturais. Dentre várias características que são vistas como naturais das relações de gênero, a violência psicológica e emocional é transmitida pelas gerações. São inúmeras as violências contra as mulheres na história da humanidade.

Mary Del Priore (1999), em seu livro *Viagem pelo Interior Feminino*, adentra a questão corporal com ênfase no mistério que é estabelecido ao corpo feminino. Na Idade Média, este indicava uma condição de inferioridade, sendo essa biológica e socialmente pautada. A maioria dos médicos considerava essa estrutura corporal uma forma adequada de aprisionamento da alma, uma vez que as mulheres eram consideradas infiéis, impacientes, falastronas, entre outras. A mulher, portanto, ficava aprisionada nesse corpo que apresentava características tais como ser menor, mais fraca, com “carnes mais moles” (Del Priore, 1999; Barus-Michel, 2013; Vicenzi, 1985).



Considerando-se essa perspectiva biológica do corpo feminino, Marcilene de Farias (2009) analisa o livro *História das Mulheres e Representação do Feminino* de Tedeschi. Segundo ela, o autor embasa que a ideia de inferioridade feminina é estabelecida a partir de um discurso histórico, o qual impôs à sociedade a naturalização dessa condição. A continuidade e frequência dessa temática discursiva influenciou a elaboração tanto das normas de conduta quanto das leis e códigos que regem os diferentes estados.

A filosofia grega, segundo a análise de Farias, estabelece a mulher como uma criatura sem pensamento próprio e, em razão disso, que deveria viver sob o controle dos homens. Hipócrates, filósofo grego, não foi o único a falar sobre isso. Juntamente com Aristóteles e outros autores, construíram discursos que fundamentam essa perspectiva de fragilidade feminina. Tedeschi (2006) descreve que a perspectiva que Aristóteles tem da mulher se estabelece como a mulher sendo pouco desenvolvida, digna de pouca confiança, pouco inteligente, entre outros. Considerando isso, é necessário que a mulher seja governada por seu marido, pois ela não tem autoridade.

Violência psicológica e emocional: como identificar?

No Brasil, a violência contra a mulher tem origens escravocratas, além das já citadas relações desiguais de gênero. A partir do modelo colonizador, há separação entre os dominantes e os dominados. A mulher, neste sentido, era objeto dominado e estava suscetível às escolhas do marido. Deveria ser passiva e tolerante, enquanto o homem, ativo e dominante. Um exemplo que indica essa lógica em tempos mais recentes é o Código Civil de 1916, que incluía que a mulher, para trabalhar, deveria ter autorização do marido. A agressão contra a mulher, neste contexto, fazia parte das práticas de socialização, uma vez que ela devia estar sob controle do parceiro.

São inúmeros os exemplos que carregam a naturalização da violência contra a mulher. Na literatura, temos exemplos como: *Gabriela, Cravo e Canela*, de 1958, escrito por Jorge Amado; *Canaã*, de 1902, por Graça Aranha; *O Cortiço*, de 1890, de Aluísio Azevedo; *Quarto de Despejo*, de 1906, por Carolina Maria de Jesus. Nestas narrativas, as mulheres são colocadas no lugar de objeto e sofrem violências físicas e psicológicas que são descritas como naturais à lógica da época.

Considerando-se que o processo de socialização de homens e mulheres traz em seu íntimo a opressão e diminuição da mulher, a identificação da violência de gênero nos dias de hoje se torna um processo de nuances delicadas. Um dos marcos importantes para delinear a violência como problemática é a famosa “Lei Maria da Penha”, de 2006. A lei surge após duas tentativas de feminicídio realizadas contra Maria da Penha Maia Fernandes pelo seu então marido. A consequência de uma destas foi deixá-la paraplégica. Maria da Penha sobreviveu aos ataques e iniciou a luta na justiça para que seu agressor fosse responsabilizado. O processo, que levou 19 anos, foi levado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos, que responsabilizou o Estado Brasileiro por negligência ao enfrentamento da violência de gênero. A partir disso, foi instaurada a Lei nº 11.340/2006, que protege as mulheres contra a violência doméstica. Esta lei define o que é a vio-

lência doméstica, amplia as medidas protetivas de urgência – como o afastamento do agressor do lar, cria mecanismos de proteção às mulheres – como a delegacia da mulher, casas-abrigo e serviços de assistência às vítimas – e proíbe a pena alternativa para os casos (Fernandes e Natividade, 2020; Santiago e Coelho, 2010).

Importante ressaltar que, no primeiro semestre de 2022, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) determinou que a Lei Maria da Penha também deve ser aplicada em casos de violência doméstica contra mulheres transgênero. Essa decisão representa uma conquista significativa para o combate à transfobia, especialmente no Brasil, que infelizmente lidera o ranking mundial de violência contra travestis e transgêneros.

Dados os expostos, surge a pergunta: como se identificar a violência contra a mulher atualmente, dada sua naturalização? Segundo o documento elaborado pela Organização Pan-Americana de Saúde da Organização Mundial da Saúde (2015), a violência contra a mulher é “qualquer ato de violência de gênero que cause, ou pode causar, dano físico, sexual ou mental ou sofrimento à mulher, incluindo a ameaça de tais atos, coerção ou privação arbitrária da liberdade, quer ocorra na vida pública ou privada” e é considerado um problema de saúde no âmbito global. Atualmente, as violências têm sido tipificadas em física, sexual, psicológica e patrimonial, descritas a seguir:

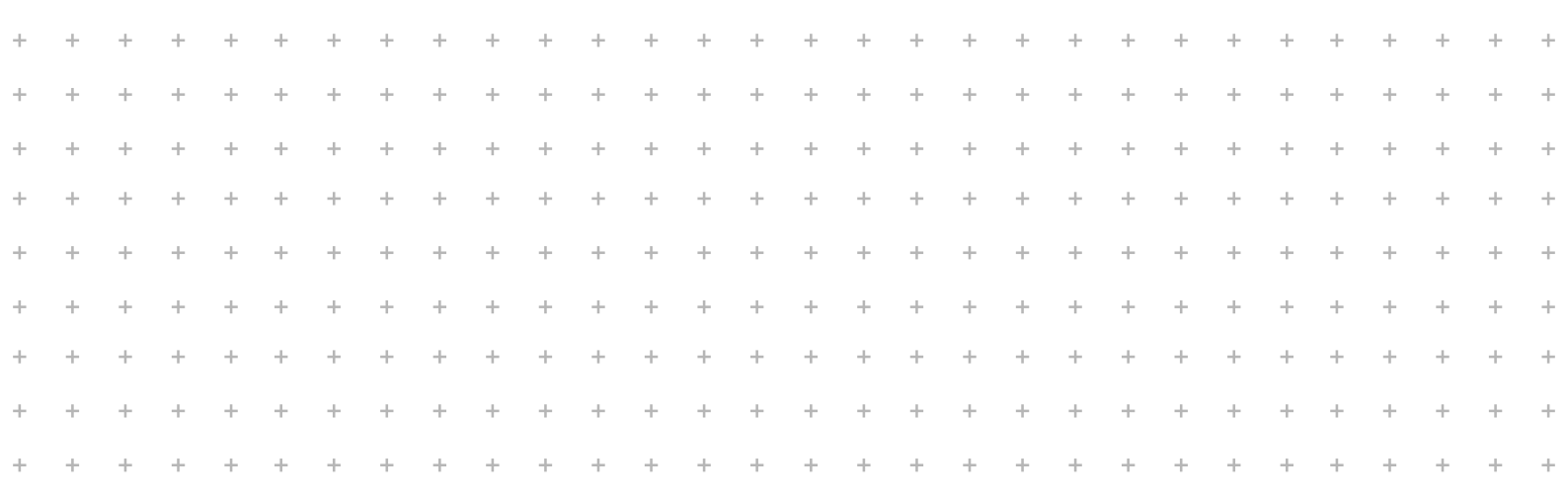
- **Violência física:** qualquer ato que atente contra a integridade ou saúde corporal da mulher. Inclui atos como chutes, tapas, socos, empurrões, espancamentos.
- **Violência sexual:** ação de obrigar uma pessoa a manter contato sexual ou participar de relações sexuais por meio do uso de mecanismos que limitem a vontade pessoal, como força, intimidação ou chantagem.
- **Violência psicológica:** conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima da mulher ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento, ou ainda que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação (Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2019).
- **Violência patrimonial:** qualquer conduta que subtraia ou destrua bens, documentos pessoais ou recursos econômicos da vítima. Como exemplo, temos a retenção de documentos ou quebra de celular.

No documento, chamado “Violência Contra a Mulher: Estratégia e Plano de Ação para o Reforço de Sistema de Saúde para Abordar a Violência contra a Mulher”, são levantadas estratégias para o enfrentamento de tais práticas. Um dos pontos citados é consolidar o compromisso político e

financeiro para abordar a violência contra a mulher nos sistemas de saúde; reforçar a capacidade dos sistemas de saúde de proporcionar atendimento e apoio efetivos às mulheres que sofrem violência praticada pelo parceiro íntimo ou violência sexual por outra pessoa que não seja o parceiro.

Como forma de poder se preparar para o atendimento a essa população, faz-se necessário que os profissionais tenham treinamento e ferramentas para identificar, prestar atendimento clínico adequado e encaminhar casos de mulheres vítimas de violência. Considerando a complexidade dessa conjuntura, o trabalho com outras instâncias é essencial para o cuidado adequado a essa população. Os sistemas de saúde deveriam interagir proativamente com diversos outros setores como a polícia e a justiça, os serviços sociais, a educação, a proteção à infância e mecanismos de igualdade de gênero e de empoderamento das mulheres. Um dos serviços de referência em São Paulo, por exemplo, é a Casa da Mulher Brasileira, serviço que é um centro de atendimento humanizado e especializado, que conta com delegacia, apoio psicossocial e até espaço destinado às crianças.

A questão da violência contra a mulher é hiperendêmica e, dada sua prevalência, um caminho possível para começar a identificar as violências cometidas é saber quais são os tipos mais comuns na população brasileira. Segundo o documento “Visível e Invisível: a Vitimização de Mulheres no Brasil”, de 2023, elaborado pelo Fórum de Segurança Pública, 43% das mulheres brasileiras com 16 anos ou mais sofreram violência psicológica, como humilhações, xingamentos e insultos pelo parceiro íntimo; 33,4% das mulheres experimentaram violência física ou sexual provocada por parceiro íntimo ao longo da vida. 24,5% afirmaram ter sofrido agressões físicas, como tapa, batida e chute, e 21,1% foram forçadas a manter relações sexuais contra sua vontade. Como dados gerais, a pesquisa indicou que 43% da população feminina afirma ter vivenciado, ao longo da vida, ao menos uma das formas de violência (física, psicológica, patrimonial ou sexual) em todas as situações, tendo como autor um parceiro íntimo.



INCLUSÃO E DIVERSIDADE NA PSICOLOGIA

Desafios na saúde mental de mulheres LGBTQIA+

Ao longo da história, a saúde mental de mulheres LGBTQIA+ tem sido atravessada por discursos médicos e psiquiátricos que, por séculos, classificaram a diversidade de gênero e sexualidade como “desvios da norma”. No século XIX, a construção do conceito de “perversão sexual” e sua inclusão nos diagnósticos médicos reforçaram um paradigma patologizante, associando qualquer comportamento fora da heterocisnormatividade a “doenças mentais”. Como consequência, a internação forçada em manicômios tornou-se uma prática comum, submetendo essas pessoas a diversas violações sob o pretexto de “tratamentos”. No século XX, essas violências evoluíram para práticas de “cura”, como terapias de reversão e medicalização compulsória (Ciasca & Pouget, 2021).

Fruto da resistência e da luta de movimentos ativistas, avanços significativos ocorreram. Em 1973, a Associação Psiquiátrica Americana retirou a homossexualidade do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III), deixando de classificá-la como transtorno mental. No Brasil, um marco semelhante ocorreu em 1985, quando o Conselho Federal de Medicina a excluiu da lista de patologias, antecedendo o posicionamento da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Classificação Internacional de Doenças (CID), que somente nos anos seguintes deixaram de considerar a homossexualidade uma condição patológica (Ciasca & Pouget, 2021).

Apesar dos avanços no reconhecimento da diversidade de gênero e orientação afetivo-sexual, discursos e práticas que reforçam o sofrimento psíquico dessa população ainda persistem. No Brasil, as “comunidades terapêuticas” ligadas a grupos religiosos representam uma ameaça, especialmente para pessoas trans, reafirmando a necessidade de políticas públicas que garantam atendimento psicológico ético, humanizado e livre de discriminação. As chamadas terapias conversivas, curativas ou reparativas são graves violações dos direitos humanos e um fator de risco significativo para a saúde mental das mulheres LGBTQIA+. Adolescentes, particularmente vulneráveis pela dependência legal e social de seus familiares, são frequentemente forçados a se submeter a essas intervenções, agravando seu sofrimento psíquico. Embora amplamente condenadas por entidades de saúde mental e proibidas pelo Conselho Federal de Psicologia no Brasil desde 1999, essas práticas ainda encontram espaço em setores conservadores, reforçando a necessidade de políticas mais eficazes (Da Silva et al., 2021).

Uma pesquisa conduzida por Carrara & Lacerda (2011) revelou dados importantes sobre a diversidade sexual e a homofobia no Brasil. Entre os entrevistados, 6% expressaram rejeição espontânea a pessoas não cis-heterossexuais. O perfil dos respondentes que manifestaram essa rejeição era, em sua maioria, de homens cisgêneros heterossexuais, jovens (entre 16 e 24 anos) ou idosos (60 anos ou mais) e com menor escolaridade. Entre os participantes que se identificavam como gays, lésbicas ou bissexuais, 53% relataram sentir discriminação, associada a sentimentos



como “tristeza”, “inferioridade”, “anormalidade”, “depressão” e “humilhação”. Alarmantemente, 19% das vítimas de discriminação optaram por não compartilhar suas experiências com ninguém (Ciasca, Hercowitz & Lopes Junior, 2021).

Entre 2015 e 2017, foram registradas 24.564 notificações de violência contra pessoas LGBTQIA+ no Brasil, conforme dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação. A maioria das vítimas tinha entre 20 e 59 anos (69,1%), sendo 50% negras. Entre os grupos mais afetados, 46,6% se identificavam como transexuais ou travestis, e 57,6% como homossexuais, sendo 32,6% lésbicas e 25% gays. A violência física foi a mais frequente (75%) em todas as faixas etárias e, na maioria dos casos (66,2%), o agressor era do sexo masculino, destacando-se parceiros íntimos (27,2%) e desconhecidos (16,5%) (Pinto et al., 2020).

Mulheres transgênero enfrentam desafios significativos para a validação de suas identidades, reflexo de uma história de patologização e marginalização. No Brasil e em diversas culturas, a transexualidade foi historicamente vista como uma anomalia, enquanto corpos trans eram simultaneamente fetichizados e explorados no meio artístico. Apesar de avanços como a retirada do termo “transexualismo” do DSM-IV em 2013 e a reclassificação da “incongruência de gênero” na CID-11, ainda persiste um olhar patologizante sobre essas vivências. O reconhecimento formal da identidade de gênero continua gerando controvérsias: enquanto alguns argumentam que facilita o acesso a cuidados de saúde, outros alertam para o risco de perpetuação do estigma (Ciasca & Pouget, 2021).

Diante desse cenário, é evidente que mulheres LGBTQIA+ vivenciam processos coletivos de estigmatização social. Estudos sobre as necessidades de saúde dessa população identificaram uma maior incidência de fatores de risco, incluindo o dobro de chance de tabagismo, maiores taxas de uso de álcool e outras drogas, bem como maiores índices de depressão, ansiedade e ide-

ação suicida. Além disso, essas mulheres têm maior probabilidade de relatar limitações em suas atividades diárias devido a questões físicas, mentais e emocionais. Esses indicadores de saúde mental são consequência do “estresse de minoria”, isto é, da vivência contínua de violências e constrangimentos relacionados à identidade de gênero e à orientação sexual (Conron, Mimiaga & Landers, 2010; Ciasca, Hercowitz & Lopes Junior, 2021; Teixeira-Filho & Rondini, 2012).

Saúde mental no envelhecimento da mulher

O etarismo, conceito que descreve a discriminação com base na idade, surge como uma das formas de opressão mais sutis e abrangentes nas sociedades contemporâneas. Quando associado ao racismo e ao sexismo, torna-se ainda mais complexo, afetando especialmente as mulheres na fase do envelhecimento. Em um mundo que valoriza a juventude e a vitalidade, os indivíduos mais velhos frequentemente se veem marginalizados e estigmatizados por sua idade. A sociedade, cada vez mais marcada por um padrão rígido de expectativas para cada fase da vida, impõe uma hierarquia onde a juventude é idealizada e a velhice, especialmente a feminina, é desvalorizada. Esse processo de hierarquização contribui para a construção de estereótipos negativos sobre a autonomia, competência e sexualidade dos idosos. O etarismo, assim, torna-se uma ferramenta de exclusão, que limita o acesso a recursos, oportunidades e uma qualidade de vida digna para aqueles que, pela simples passagem do tempo, são considerados “ultrapassados” (Corrêa, 2023).

Com o aumento da expectativa de vida, a população idosa no Brasil tem crescido de maneira acelerada e progressiva. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios do IBGE, as mulheres representam 51,1% da população total, e, entre os mais de 60 anos, a proporção é ainda mais acentuada, com 100 mulheres para cada 78,8 homens. Além disso, as mulheres apresentam uma expectativa de vida superior, com uma média de 80,3 anos, em comparação com os 73,3 anos dos homens (Corrêa, 2023). Esses dados revelam que, embora a velhice não seja exclusivamente um fenômeno feminino, ela carrega uma dimensão de gênero importante (De Lima & Bueno, 2009).



Paralelamente, observa-se uma incongruência marcante na contemporaneidade: enquanto a sociedade experimenta um acelerado processo de envelhecimento populacional, a mídia e a indústria estética perpetuam padrões que promovem a esquiva desse ciclo natural. Não por acaso, temas como a morte permanecem estigmatizados no discurso social, alimentando construções imaginárias que associam o envelhecimento a aspectos exclusivamente negativos. Nesse contexto, compreender a saúde mental das mulheres idosas e os impactos dos transtornos psiquiátricos sobre esse grupo torna-se essencial para a prática em saúde. Com frequência, a saúde mental dessas mulheres é negligenciada, resultando no subdiagnóstico e no subtratamento de condições psiquiátricas, comprometendo sua qualidade de vida e bem-estar (De Souza; Merlin & Alves, 2024).

O estudo de Scheyer et al. (2018) demonstrou que a prevalência de transtornos mentais, excluindo a demência, tende a ser menor em pessoas acima de 65 anos. No entanto, entre os idosos, as mulheres apresentam uma frequência maior de transtornos mentais (13,6%) em relação aos homens (10,6%). Especialmente, as idosas demonstram maior vulnerabilidade à depressão, à ansiedade e a quadros demenciais associados à doença de Alzheimer quando comparadas aos homens idosos (De Souza; Merlin & Alves, 2024).

Em seu estudo, Goldstein (2002) destacou que, na maioria dos casos, os transtornos psiquiátricos em idosos representam a recorrência ou o agravamento de condições preexistentes, além de poderem surgir como resposta a doenças físicas ou experiências traumáticas, como quedas, assaltos e violência. A ansiedade, por exemplo, pode estar relacionada à perda de funcionalidade e ao medo do declínio cognitivo natural do envelhecimento. Além disso, muitas mulheres idosas manifestam sintomas depressivos e ansiosos associados a queixas somáticas, como insônia, cefaleia, falta de ar e dor no peito, frequentemente acompanhados de uma redução no interesse por atividades antes prazerosas. Fatores hormonais, como a menopausa, doenças crônicas, comorbidades e aspectos psicossociais, como aposentadoria, isolamento e luto, contribuem para o aumento do risco de transtornos nessa fase da vida (De Souza; Merlin & Alves, 2024).

Considerando que muitas das mulheres idosas de hoje envelheceram em um contexto sociocultural no qual abusos, violências, baixos níveis educacionais e desvantagens socioeconômicas eram amplamente normalizados e pouco debatidos, torna-se indispensável que a sociedade e os profissionais da saúde ampliem o olhar sobre o envelhecimento feminino (De Souza; Merlin & Alves, 2024). Abordagens da saúde que reconhecem e trabalham a interseccionalidade entre gênero, idade e demais fatores sociais são ferramentas potenciais para desmistificar concepções negativas sobre a velhice, promovendo uma compreensão mais realista e inclusiva desse processo.

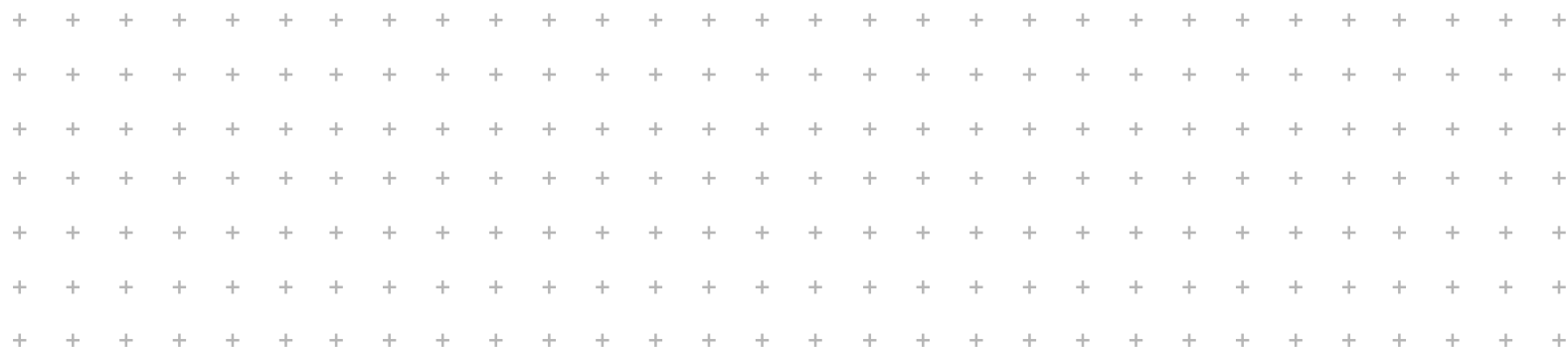


COMO A PSICOLOGIA PODE CONTRIBUIR

Faz-se necessário partir do ponto de que a psicologia não é neutra, e que isso não impossibilita a realização da prática clínica. Cada abordagem tem uma origem e uma perspectiva ontológica, ou seja, pensam nos indivíduos de formas específicas. Normalmente, essas teorias foram desenvolvidas, em sua maioria, por homens brancos de classe social privilegiada, com foco em atuações voltadas para outros homens, baseados numa ciência permeada pelo viés de gênero. Assim, é importante que as práticas clínicas reconheçam as limitações das próprias abordagens e que desenvolvam, caso necessário, olhares mais sensíveis ao gênero. Acessar literatura de abordagens da psicologia feminista ou social crítica pode contribuir com um trabalho mais direcionado a essas questões.

Toda profissão é regulamentada e orientada por normas éticas, estabelecidas para assegurar uma relação responsável e adequada entre os profissionais e a sociedade. O Código de Ética profissional desempenha um papel essencial nesse contexto, promovendo a autorreflexão sobre a práxis de cada profissional e responsabilizando-o, tanto individual quanto coletivamente, pelas consequências de suas ações no exercício da profissão. Diante disso, destacamos alguns dos sete princípios fundamentais que todo psicólogo deve seguir:

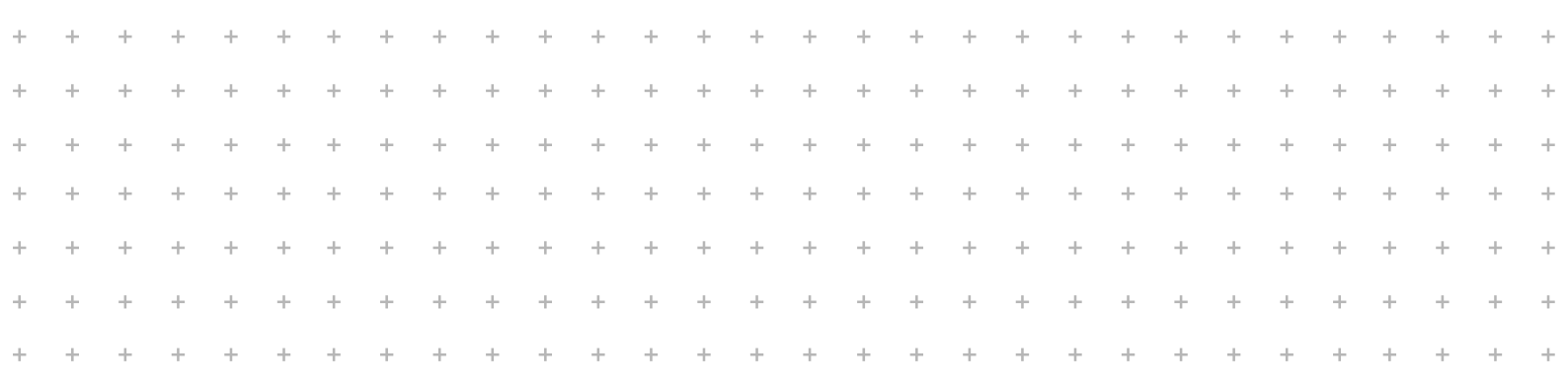
- I. O psicólogo baseará o seu trabalho no respeito e na promoção da liberdade, da dignidade, da igualdade e da integridade do ser humano, apoiado nos valores que embasam a Declaração Universal dos Direitos Humanos.
- II. O psicólogo trabalhará visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.
- III. O psicólogo atuará com responsabilidade social, analisando crítica e historicamente a realidade política, econômica, social e cultural.
- IV. O psicólogo considerará as relações de poder nos contextos em que atua e os impactos dessas relações sobre as suas atividades profissionais, posicionando-se de forma crítica e em consonância com os demais princípios deste Código (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p.7).



Os princípios fundamentais da Psicologia refletem diretamente nas competências que se esperam dos psicólogos. O termo competência refere-se a um conjunto de habilidades e conhecimentos mobilizados para a realização de uma tarefa, bem como à capacidade de aplicá-los de forma eficaz em situações específicas. Essas competências resultam da integração entre teoria e prática, desenvolvidas tanto na formação acadêmica quanto na experiência pessoal e profissional (Camelo; Angerami, 2013). Portanto, para exercer uma Psicologia sensível às questões de gênero, é essencial considerar o primeiro pilar: a formação do psicólogo. Essa formação tem início nas instituições de ensino, que seguem as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), regulamentadas pelo Ministério da Educação (MEC) por meio do Conselho Nacional de Educação (CNE). Dessa maneira, as instituições de ensino têm um papel fundamental ao criar um ambiente educacional que favoreça e estimule discussões sobre gênero, contribuindo para a construção de uma prática psicológica mais inclusiva e crítica.

Considerando a Psicologia como uma prática fundamentada em evidências científicas, outro pilar essencial nessa reflexão é a Ciência. Historicamente, a pesquisa científica tem sido marcada pela exclusão de animais fêmeas em estudos pré-clínicos e, na pesquisa clínica, pela ausência de análises específicas de sexo e pela falta de dados desagregados por sexo e gênero. Essa lacuna implica que ainda há muito a ser descoberto sobre as influências desses fatores nos mais diversos fenômenos (Osborne & Karen, 2022). Diante disso, um passo fundamental é a promoção de equipes e linhas de pesquisa interdisciplinares que ampliem o conhecimento sobre a interseção entre sexo, gênero e ciência. Dessa forma, torna-se possível avançar para uma realidade em que pesquisadores e clínicos pratiquem uma psicologia baseada em evidências que sejam, de fato, sensíveis às questões de gênero.

Em relação à prática clínica, pensando em abordagens com ênfase maior em ações práticas, como as terapias comportamentais e cognitivo-comportamentais, a psicoeducação sobre relações de gênero pode ser ferramenta de transformação social. Em abordagens não tão diretas, a atuação pode envolver problematizar relações desiguais, compartilhar dados a respeito de mulheres, conscientizar sobre o que é assédio e abuso, orientar quanto a serviços voltados a mulheres. Uma teoria muito utilizada para refletir sobre as questões de gênero é o Construcionismo Social. A epistemologia compreende a psicologia como uma construção social, na qual sentidos são elaborados por meio das relações sociais, moldando a visão de mundo da pessoa e, conseqüentemente, as ações que são expressas na realidade. Esse movimento em ciência, que





investiga a construção das nossas “verdades”, utiliza a terapia como um espaço para questionar discursos sociais naturalizados em cada cultura, bem como os sentidos aprendidos e reproduzidos por instituições como família, religião e outras. Além disso, busca entender e explorar, por meio do diálogo, como cada pessoa vivencia esses sentidos e discursos sociais. A partir de uma postura colaborativa e curiosa, o psicólogo deve proporcionar um ambiente terapêutico que favoreça tanto a construção de novos sentidos quanto a resignificação de outros (McNamee & Gergen, 1992).

Um recurso importante para atendimentos sensíveis a gênero, considerando que aqui no Brasil temos acesso a uma rede pública de cuidados e assistência, é conhecer a rede de serviços de sua região. Saber onde podem ser realizados, de forma gratuita, exames de IST (Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA), acompanhamento de casos de violência doméstica (Delegacia da Mulher, por exemplo), quais são os serviços de referência (Unidade Básica de Saúde – UBS, Centro de Referência de Assistência Social – CRAS, Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) e para que serve cada um pode ser um aliado para o cuidado em situações de maior risco e vulnerabilidade. Apresentamos a seguir breves descrições do que são cada um desses serviços:

I. Unidade Básica de Saúde (UBS): é a porta de entrada para atendimentos em saúde, por isso leva o nome de “básica”. Conta com equipe de médicos e enfermeiros. É um serviço que disponibiliza medicamentos, vacinas, tratamentos de saúde, exames, acompanhamento de condições crônicas e, também, se necessário, realiza encaminhamentos para serviços de maior complexidade para casos mais agravados. Normalmente, a UBS de referência se dá a partir do endereço de moradia cadastrado no sistema de saúde.

II. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS): é uma unidade de atendimento que oferece serviços de assistência social para indivíduos e famílias. Tem como atividades o acompanhamento e a orientação de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica; orientação sobre benefícios sociais, como o antigo Bolsa Família, hoje Auxílio Brasil; auxílio e

orientação a casos de violência doméstica. Assim como a UBS, depende do endereço em que a pessoa mora.

III. Centro de Atenção Psicossocial (CAPS): é um serviço de saúde que oferece atendimentos de teor psicossocial. Assim, normalmente conta com psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e oficinairos. As principais atividades dos CAPS são os grupos terapêuticos, mas também é possível conseguir acompanhamento psiquiátrico e psicoterapia individual. Além dos CAPS “gerais”, que atendem toda a população, há duas modalidades mais específicas: o CAPS-AD, que atende pessoas com problemas relacionados ao consumo de álcool e outras drogas, e o CAPSij, que realiza acompanhamento de crianças e adolescentes.

IV. Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): são serviços que oferecem cuidados específicos para questões envolvendo prevenção e tratamento de infecções sexualmente transmissíveis (IST). Nestes serviços, é possível realizar testes rápidos para patógenos como HIV, sífilis e hepatite. Também são oferecidos tratamentos de profilaxia pós-exposição à saúde (PEP), que pode ser realizado logo após uma relação sexual sem proteção e com risco de contaminação. Neste serviço, não é necessário fazer agendamento para atendimento.

Para além destes pontos, boas práticas para atendimentos sensíveis às questões de gênero implicam, como explicitamos no decorrer deste e-book, em compreender as múltiplas opressões que envolvem a vida de mulheres nos dias de hoje. Considerando os processos contínuos de mudanças sociais e de reivindicações, faz-se necessário que o psicólogo se engaje em uma formação continuada por meio de cursos formativos, grupos de estudos e até palestras que tratem desse tema. Numa perspectiva interseccional, ampliar seus olhares e debates para outras mulheridades é fator essencial para mudanças significativas. A partir dos processos formativos, aumentam-se as chances de uma atuação mais crítica e reflexiva.

Ainda sobre a atuação profissional, é importante estar atento à sua própria vivência e à sua intuição, especialmente em comportamentos questionáveis voltados à mulher, seja em atendimento com homens ou mulheres. Poder questionar o que aconteceu, como aconteceu, como o atendido se sentiu durante e depois, como acredita que o outro se sentiu durante e depois, permite que a perspectiva sobre os casos se amplie e que casos de violência sejam identificados. Para além destes, há algumas atitudes importantes para o profissional de saúde que acompanha de forma tão íntima os atendidos: prestar atenção em aspectos físicos como roxos e machucados frequentes; problematizar situações que podem ser violências veladas; dar maior atenção a dificuldades nos relacionamentos e as consequentes soluções, em especial quando há histórico de relacionamento abusivo; problematizar o isolamento social e a dependência emocional; tentar auxiliar as mulheres a identificarem quais seus desejos em processos que envolvem tomada de decisão e interações sexuais; caso identifique situações de abuso, nomear as vivências e violências de modo acolhedor e sabendo os limites de cada atendido; informar sobre os direitos

e os serviços de proteção às mulheres; reafirmar a terapia como espaço de acolhimento, não de julgamento; certificar-se de que estão em locais que terão sua integridade assegurada; se for de comum acordo em ambas as partes da relação terapêutica, comunicar órgãos que podem e devem proporcionar proteção; em último caso, ponderar e, se necessário, discutir com conselhos de ética a respeito da quebra de sigilo para proteção de vítimas em situação de risco. Ao ponderar sobre esse último ponto, deve-se levar em consideração que é comum que as mulheres apresentem sentimentos de vergonha e culpa, podendo a denúncia prejudicar a relação terapêutica e afastar a vítima de espaços de cuidado. Sair de uma relação de abuso é um processo delicado e que demanda muito cuidado por parte dos profissionais.

Pensando no aspecto clínico e no papel da psicologia na promoção da equidade de gênero, o psicólogo deverá proporcionar um espaço terapêutico seguro, inclusivo e acolhedor. A construção de uma relação baseada na honestidade de ambas as partes pode transmitir maior sensação de segurança na relação terapêutica e, por meio disso, criar uma aliança em que o atendido possa falar sobre situações dolorosas sem medo de ser julgado. Em nossa prática clínica de atendimento a mulheres, nomear situações em que elas sofrem machismo, racismo, LGBTfobia ou capacitismo costuma auxiliar no desenvolvimento de uma visão mais cuidadosa do atendido para consigo mesmo. Dar nome a situações que normalmente são naturalizadas, como a terceira jornada de trabalho, ética do cuidado, violência de gênero, gaslighting (que é a manipulação feita por homens para que as mulheres duvidem da própria sanidade), entre outros mecanismos de opressão, costuma ajudar as mulheres a desenvolverem visão crítica e autonomia.

Para além dos cuidados com as mulheres, uma prática sensível ao gênero também dá atenção aos aspectos de socialização dos homens, uma vez que não existem vítimas sem os agressores. Em um estudo de revisão de literatura de intervenções cognitivo-comportamentais com homens autores de violência doméstica, um dos estudos obteve como resultado que os agressores muitas vezes têm como crença que a violência é a melhor forma de resolver as situações e de que as mulheres são inferiores aos homens. Outro estudo analisado pela revisão apontou que os homens responsabilizavam as vítimas pelo ocorrido. As intervenções feitas com esses homens consistiam em: psicoeducar sobre comunicação passiva, assertiva e agressiva; estratégias de regulação emocional; auto-observação para ficar atento a estímulos indicativos de comportamentos agressivos; responsabilizar, de forma empática, os autores por suas condutas violentas (Moura, Fermann & Côrrea, 2019).

Por fim, para reforçar o compromisso ético da atuação profissional, finalizamos o tópico destacando alguns itens que são considerados responsabilidades do psicólogo e dever fundamental, presentes no Artigo 1º do Código de Ética da Psicologia:

- c) Prestar serviços psicológicos de qualidade, em condições de trabalho dignas e apropriadas à natureza desses serviços, utilizando princípios, conhecimentos e técnicas reconhecidamente fundamentados na ciência psicológica, na ética e na legislação profissional (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 8).

Ao mesmo tempo, ao psicólogo é vedado:

- a) Praticar ou ser conivente com quaisquer atos que caracterizem negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão;
- b) Induzir a convicções políticas, filosóficas, morais, ideológicas, religiosas, de orientação sexual ou a qualquer tipo de preconceito, quando do exercício de suas funções profissionais;
- c) Utilizar ou favorecer o uso de conhecimento e a utilização de práticas psicológicas como instrumentos de castigo, tortura ou qualquer forma de violência (Conselho Federal de Psicologia, 2005, p. 9).

CONCLUSÃO

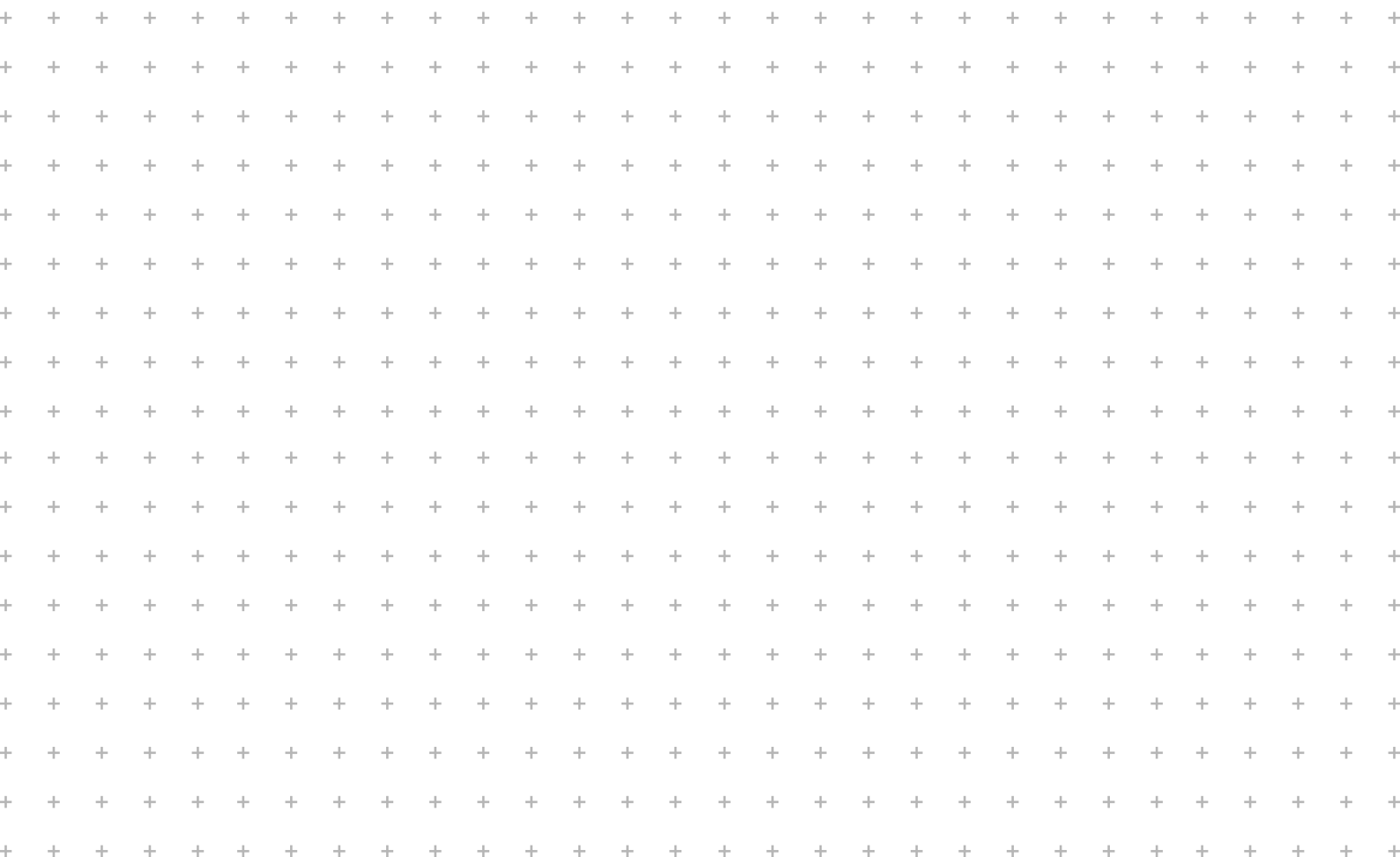
Em conclusão, este e-book ofereceu uma abordagem ampla e crítica sobre a saúde mental das mulheres, explorando as interseções entre psicologia e relações de gênero. Discutimos como as construções sociais moldam as vivências femininas, impactando diretamente o bem-estar psicológico e a forma como as mulheres experienciam o cuidado em saúde mental. Foram abordados temas fundamentais, como a diferenciação dos construtos sexualidade e gênero, a formação da identidade feminina, a relação entre carga mental e a saúde emocional, a medicalização do sofrimento feminino, as consequências psicológicas da violência de gênero, os desafios enfrentados por mulheres LGBTQIA+ e, por fim, a saúde mental no envelhecimento da mulher. Além disso, exploramos as consequências psicológicas da violência de gênero e o papel da psicologia na promoção da equidade e no fortalecimento das mulheres.

A psicologia tem o privilégio de acessar partes dos sujeitos e suas relações de forma íntima. Considerando que a atuação do psicólogo deve incentivar o pensamento crítico, poder ter acesso a vivências de mulheres e de possíveis violências nos coloca em um lugar em que é importante se posicionar como produtor de cuidado. O nosso compromisso ético é lutar ativamente contra as violências, mesmo as dadas como estruturais. Devemos pensar no nosso lugar como cida-



dãos e pessoas que também podem estar reproduzindo atitudes e falas opressoras. Poder ouvir, perguntar, discutir práticas, estudar e se aprimorar são pontos-chave para uma prática cuidadosa. A psicologia pode, pelo papel que ocupa, ser uma grande aliada no fortalecimento feminino e no desenvolvimento de uma sociedade mais respeitosa e igualitária.

Ao longo deste material, procuramos não apenas analisar criticamente as “verdades” impostas pela sociedade, mas também apresentar estratégias para um atendimento psicológico mais sensível às questões de gênero. Espera-se que este e-book sirva como um guia reflexivo e prático para profissionais da saúde mental, estudantes e pesquisadores, contribuindo para a construção de espaços terapêuticos mais politizados e inclusivos. Que os conceitos e estratégias aqui apresentados auxiliem na promoção de um cuidado psicológico ético, humanizado e alinhado às necessidades das mulheres em suas diversas realidades.



SOBRE ESTE E-BOOK

Como citar este e-book: Messias, N. S., Guilger-Primos, C. P., Lobo, B. O. M., & Neufeld, C. B. (Mar., 2025). Saúde mental da mulher: psicologia e relações de gênero. [E-book]. Artmed.

AUTORES:

Beatriz de Oliveira Meneguelo Lobo

Psicóloga e mestra em Psicologia (área de concentração Cognição Humana) pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Doutoranda em Psicologia em Saúde e Desenvolvimento pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da Universidade de São Paulo (USP), com bolsa pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais e com Formação em Terapia do Esquema. Pesquisadora e supervisora no Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LaPICC) da Universidade de São Paulo (USP). Associada à Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC).

Cláudia P. Guilger-Primos

Psicóloga formada pela Universidade de São Paulo. Mestranda em Psicologia pela mesma instituição. Integrante do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (LePsis – USP). Pesquisadora na área de mulheridades e maternagem, uso de substâncias e políticas públicas em saúde.

Nadyne Saab Messias

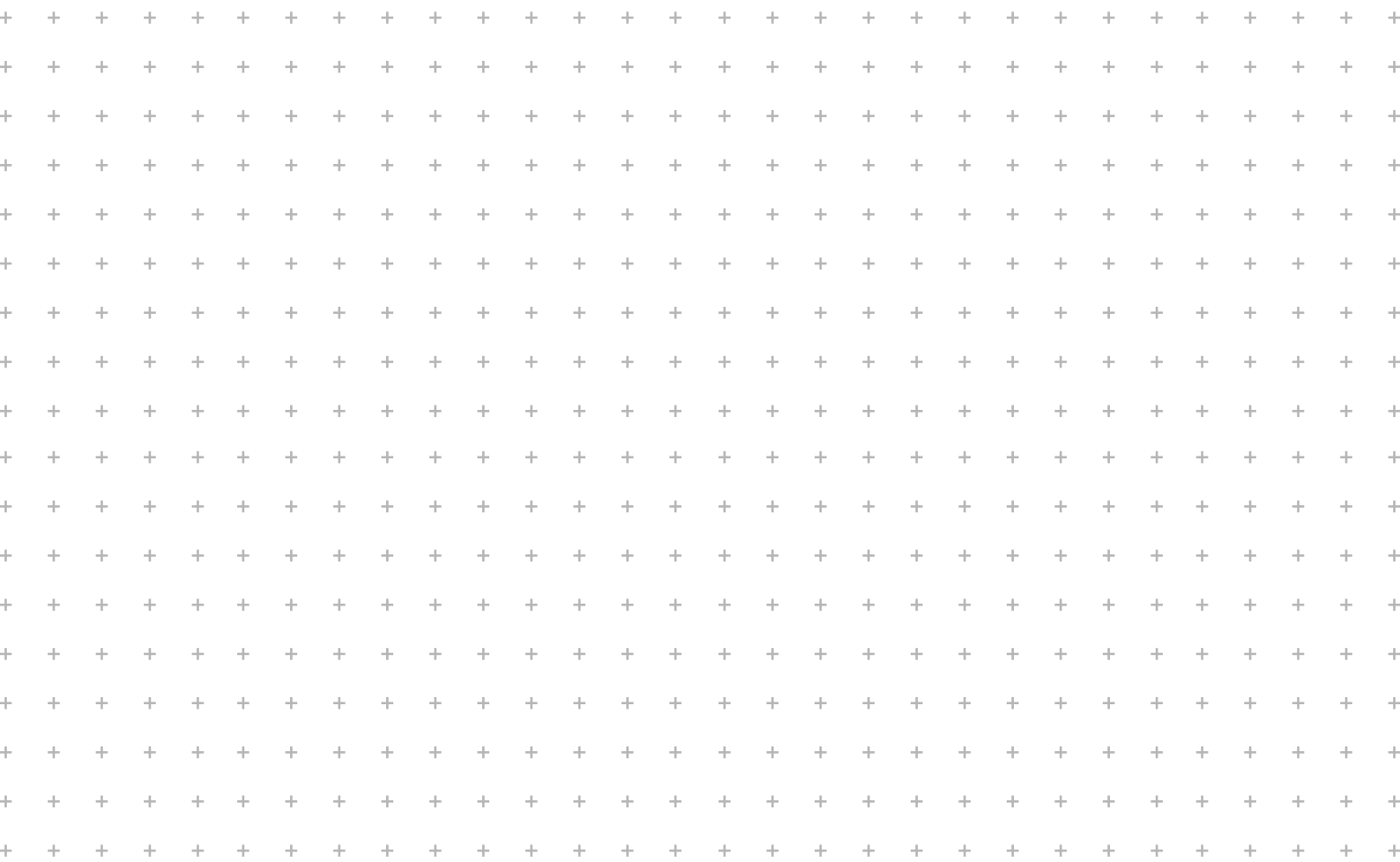
Cirurgiã-Dentista (CRO/SP 131.716) pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Mestre em Odontologia pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), com colaboração do Laboratório de Cultura de Células da FORP-USP e bolsa pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Doutoranda em Psicobiologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto (FFCLRP) da Universidade de São Paulo (USP), com bolsa CAPES. Graduanda em Psicologia pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP). Durante a graduação em Odontologia, foi bolsista da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e desenvolveu trabalhos de pesquisa junto ao Laboratório de Cultura de Células da FORP-USP. Mesmo apresentando expertise em trabalho com cultura de células, atualmente sua linha de pesquisa concentra-se na interface Odontologia e Psicologia; Sexualidade e Gênero, com ênfase em psicoeducação, educação em dor, dor e disparidades de gênero.

Este conteúdo foi útil para você?
No nosso site, você encontra soluções
para continuar se atualizando quando
e onde quiser.



Acesse o site e confira as opções de
livros, cursos e programas de atualização
para se aprimorar profissionalmente:

www.artmed.com.br



REFERÊNCIAS

- Andrade, L. H., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Andrade, L. H., Wang, Y. P., Andreoni, S., Silveira, C. M., Alexandrino-Silva, C., Siu, E. R., et al. (2012). Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One*, 7(2), e31879.
- Basaglia, F. (1993). *Escritos selecionados em psiquiatria e reforma psiquiátrica*. Editora Fiocruz.
- Baurus-Michel, J. (2013). A interpretação da diferença dos sexos: inferioridade, estranheza, variedade, igualdade. *Psicologia em revista*, 19 (1): 1-16.
- Brasil. Conselho Federal de Psicologia. (2005). Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/codigo-de-etica/>.
- Brasil. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. (2019). Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/arquivos-diversos/sev/pacto/documentos/politica-nacional-enfrentamento-a-violencia-versao-final.pdf>
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90.
- Cardoso, A. J. C., Silva, G. A., & Antunes, R. L. M. (2020). Violência institucional e enfermidade mental: narrativas de egressos de um manicômio da Bahia. *Saúde em Debate*, 44(127), 1064–1076.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). Competência profissional: a construção de conceitos, estratégias desenvolvidas pelos serviços de saúde e implicações para a enfermagem. *Texto & Contexto – Enfermagem*, 22, 552-560.
- Campanha, A. M., Siu, E. R., Milhorança, I. A., Viana, M. C., Wang, Y. P., & Andrade, L. H. (2015). Use of psychotropic medications in São Paulo metropolitan area, Brazil: Pattern of healthcare provision to the general population. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 24(11), 1207-1214.
- Carrara, S., & Lacerda, P. (2011). Viver sob ameaça: Preconceito, discriminação e violência homofóbica no Brasil. *Diversidade Sexual e Homofobia no Brasil*, 73-87.
- Carvalho, S. R., Rodrigues, C. D. O., Costa, F. D. D., & Andrade, H. S. (2015). Medicalização: Uma crítica (im) pertinente? Introdução. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25(4), 1251-1269.
- Ciasca, S. V., & Pouget, F. (2021). Aspectos históricos da sexualidade humana e desafios para a despatologização. In S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. L. Junior (Eds.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (pp. 105-118). Manole.

- Ciasca, S. V., Hercowitz, A., & Lopes Junior, A. (2021). Definições da sexualidade humana. In S. V. Ciasca, A. Hercowitz, & A. L. Junior (Eds.), *Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar* (pp. 105-118). Manole.
- Colling, A. M. (2015). A construção histórica do corpo feminino. *Caderno Espaço Feminino*, 28(2).
- Conron, K. J., Mimiaga, M. J., & Landers, S. J. (2010). A population-based study of sexual orientation identity and gender differences in adult health. *American Journal of Public Health*, 100(10), 1953-1960.
- Cordeiro, H. P., Bichara, C. N. C., & Fraiha, A. L. R. (2024). A formação do médico baseada na heterocisnormatividade: análise crítica e perspectivas futuras. *Brazilian Journal of Health Review*, 7(9), e76017-e76017.
- Corrêa, L. S. (2023). Envelhecimento feminino e etarismo nas organizações: O desafio da mulher madura no mundo do trabalho. *Organicom*, 20(41), 120-134.
- Del Priore, M. (1999). Viagem pelo interior do imaginário feminino. *Revista Brasileira de História*, 19 (37).
- De Lima, L. C. V., & Bueno, C. M. L. B. (2009). Envelhecimento e gênero: a vulnerabilidade de idosas no Brasil. *Saúde e Pesquisa*, 2(2), 273-280.
- De Oliveira Filho, P. (2023). Psicologia social discursiva. In *Psicologia social: Temas e teorias* (pp. 307-334). Blucher Open Access.
- De Souza, A. S., Merlin, S. S., & Alves, T. C. T. F. (2024). Particularidades da saúde mental da mulher na terceira idade. In J. J. Rennó (Ed.), *Tratado de saúde mental da mulher: Uma abordagem multidisciplinar* (pp. 3-19). Manole.
- Fernandes, N. C. & Natividade, C. S. J. (2020). A naturalização da violência contra a mulher. *Brazilian Journal of Development*, 6 (10).
- Ferreira, J. K. P., & Grisolio, L. M. (2016). Os feminismos e a ausência das mulheres nos livros didáticos de História. In *Estudos Interdisciplinares em Humanidades e Letras* (pp. 73-88). São Paulo: Blucher.
- Freud, S., & Breuer, J. (1895/1996). Estudos sobre a histeria (J. Salomão, Trad.). *Imago*. (Trabalho original publicado em 1895).
- Gian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: a scoping review. *PLoS One*, 17(12), e0279015.
- Goldstein, M. Z. (2002). Depression and anxiety in older women. *Primary Care*, 29(1), 69-80.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Tongersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline

personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4, 18029.

Instituto DataSenado. (2023, novembro). Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher: Levantamento sobre violência doméstica e familiar no Brasil. Instituto DataSenado. <https://www.senado.leg.br/institucional/datasenado/>

Lopes, M. A., Sprícigo, J. S., Mitjavila, M. R., Schneider, D. R. & Abreu, D. (2018). As diferenças de idade e gênero entre usuários de CAPS Ad e as implicações na rede de atenção. *SMAD, Revista Eletrônica de Saúde Mental Alcool e Drogas*, 14 (3): 159-167.

McNamee, S., & Gergen, K. J. (1992). *Therapy as social construction (Inquiries in social construction series)*. Sage.

Mota-Santos, C. M., Azevêdo, A. P. & Lima-Souza, E. (2021). A Mulher em Tripla Jornada: Discussão Sobre a Divisão das Tarefas em Relação ao Companheiro. *Revista Gestão & Conexões*, 10 (2).

Moura, J. Q., Fermann, I. L. & Corrêa, A. S. (2019). Intervenções cognitivo-comportamentais com homens autores de violência contra a mulher: revisão integrativa da literatura. *Contextos Clínicos*, 12 (3): 728-750.

Nogueira, C. (2001). Contribuições do construcionismo social a uma nova psicologia do gênero. *Cadernos de Pesquisa*, 137-153.

Nogueira, C. (2017). Interseccionalidade e psicologia feminista. *Devires*.

Osborne, N. R., & Davis, K. D. (2022). Sex and gender differences in pain. In *International Review of Neurobiology* (pp. 277-307). Academic Press.

Pinto, I. V., Andrade, S. S. D. A., Rodrigues, L. L., Santos, M. A. S., Marinho, M. M. A., Benício, L. A., et al. (2020). Perfil das notificações de violências em lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais registradas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Brasil, 2015 a 2017. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23(Suppl 1), e200006.

Rasch, S. S., Andrade, A. N., Avellar, L. Z. & Ribeiro Neto, P. M. (2015). Projeto terapêutico singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. *Psicologia e Pesquisa*, 9 (2): 205-215.

Renk, V. E., Buziquia, S. P., & Bordini, A. S. J. (2022). Mulheres cuidadoras em ambiente familiar: a internalização da ética do cuidado. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(3), e3022828.

Rocha, P. (2009). *Mulheres: Sob todas as óticas*. Leitura.

Santiago, R. A. & Coelho, M. T. A. D. (2010). O Crime Passional na perspectiva de infratores presos: um estudo qualitativo. *Psicologia em Estudo*, 15 (1): 87-95.

Scheyer, O., Rahman, A., Hristov, H., Berkowitz, C., Isaacson, R. S., Diaz Brinton, R., & Misconi, L. (2018). Female sex and Alzheimer's risk: The menopause connection. *Journal of Prevention of Alzheimer's*

Disease, 15(3), 269-279.

Silveira, C. M., Siu, E. R., Giacomino, J. C., Novaes, L. S., & Guerra de Andrade, L. H. S. (2024). Epidemiologia dos transtornos mentais na mulher. In J. J. Rennó (Ed.), *Tratado de saúde mental da mulher: Uma abordagem multidisciplinar* (pp. 3-19). Manole.

Sousa, R.P.D.; Porto, F.; Trigueiro, K.F. (2019). Colônia de alienadas do Engenho de Dentro: Caracterização das internas (1921-1927). *Revista Nursing*, 22 (251).

Tedeschi, L. A. (2006). *O Ensino da História e a Invisibilidade da mulher*. Ártemis.

Teixeira-Filho, F. S., & Rondini, C. A. (2012). Ideações e tentativas de suicídio em adolescentes com práticas sexuais hetero e homoeróticas. *Saúde e Sociedade*, 21(3), 651-667.

Vicenzi, C. (1985). *O machismo se perpetua em nome de Deus* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Comunicação e Expressão.

Vieira, J. A. (2005). A identidade da mulher na modernidade. *DELTA: Documentação de Estudos em Lingüística Teórica e Aplicada*, 21, 207-238.

Zakhour, S., Sardinha, A., Guilger-Primos, C. P. & Neufeld, C. B. (2024). Women's Gender Sensitivity in Latin American Cognitive Behavioral Studies: a Review of the Literature. *International Journal of Cognitive Therapy*, 17:663–684.

artmed⁺