

RELAÇÕES DE GÊNERO E O IMPACTO NA SAÚDE MENTAL DAS MULHERES: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

GENDER RELATIONS AND THE IMPACT ON WOMEN'S MENTAL HEALTH: A SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW

Janyne Aline dos Santos das NEVES^{*1}

Karla Neves BERNARDES¹

Elisângela Sousa Pimenta de PADUA²

Paula Maria Ferreira de FARIA³

Tânia Mara de Góes FURTADO⁴

RESUMO

Introdução: As relações de gênero são construções sociais que estruturam a vida em sociedade a partir das diferenças percebidas entre os sexos, funcionando como elementos centrais na organização social. Esses processos influenciam diretamente o bem-estar psíquico, mediado por fatores sociais, culturais, econômicos e políticos, evidenciando a necessidade de compreender como os padrões de gênero impactam a saúde mental das mulheres. **Objetivo:** Analisar como a literatura científica nacional descreve o impacto das relações de gênero na saúde mental das mulheres, identificar as configurações de gênero predominantes na contemporaneidade e explicar de que forma tais relações afetam a saúde mental das mulheres. **Métodos:** Foi realizada uma revisão bibliográfica sistemática da literatura, qualitativa de caráter exploratório, com seleção de artigos publicados, entre 2020 e 2025, na base CAPES, utilizando a Análise de Conteúdo de Bardin. **Resultados e Discussão:** Foram identificados 9 artigos analisados na íntegra explicitando três eixos centrais: (1) Violência; (2) Sobrecarga de trabalho; e (3) Medicalização do sofrimento, evidenciando desigualdades de gênero historicamente construídas e naturalizadas, que deixam marcas na subjetividade feminina e se associam a ansiedade, depressão e sofrimento psíquico. **Considerações finais:** O adoecimento psíquico feminino requer análise crítica das relações de gênero e dos determinantes sociais que contribuem para o sofrimento das mulheres. Os achados reforçam a necessidade de políticas públicas e práticas de saúde mental que superem a medicalização e promovam serviços qualificados, voltados ao enfrentamento das causas estruturais desse sofrimento.

PALAVRAS-CHAVE: Gênero; Mulheres; Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Gender relations are social constructs that structure life in society based on perceived differences between the sexes, functioning as central elements in social organization. These processes directly influence psychological well-being, mediated by social, cultural, economic, and political factors, highlighting the need to understand how gender patterns impact women's mental health. **Objective:** To analyze how the national scientific literature describes the impact of gender relations on women's mental health, identify the predominant gender configurations in contemporary society, and explain how such relations affect women's mental health. **Methods:** A systematic bibliographic literature review with a qualitative and exploratory approach was conducted, selecting articles published between 2020 and 2025 in the CAPES database, using Bardin's Content Analysis. **Results and Discussion:** Nine articles were identified and analyzed in full, revealing three central themes: (1) Violence; (2) Work overload; and (3) Medicalization of suffering. These findings highlight historically constructed and naturalized gender inequalities that leave marks on female

¹Psicólogas Egressas do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

²Psicóloga clínica, Mestre e Docente do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

³Psicóloga. Pós doutora em Tecnologia e Sociedade, Doutora em Educação, Psicóloga, Pedagoga e Coordenadora do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

⁴Psicóloga, Mestra em Gestão de Instituições de Educação Superior. Docente do Curso de Graduação em Psicologia. Faculdade Herrero. Curitiba, Paraná, Brasil.

*E-mail para correspondência: janyneasantos@gmail.com

subjectivity and are associated with anxiety, depression, and psychological distress. **Final Remarks:** Women's psychological illness requires a critical analysis of gender relations and the social determinants that contribute to women's suffering. The findings reinforce the need for public policies and mental health practices that go beyond medicalization and promote qualified services aimed at addressing the structural causes of this suffering.

KEYWORDS: Gender; Women; Mental health.

1 INTRODUÇÃO

As relações de gênero constituem construções sociais que organizam a vida em sociedade a partir das diferenças percebidas entre os sexos, funcionando simultaneamente como elemento constitutivo das relações sociais e como campo primário de significação das relações de poder¹. Essas relações não se reduzem a diferenças biológicas, mas envolvem símbolos, normas, instituições e identidades que moldam e legitimam hierarquias sociais, políticas e culturais historicamente reproduzidas. A compreensão dessas dinâmicas torna-se especialmente relevante quando se analisa seu impacto na saúde mental das mulheres, população que representa 51,5% dos brasileiros, totalizando aproximadamente 104.548.325 pessoas².

A trajetória histórica das mulheres no Brasil evidencia um processo gradual de conquista de direitos e transformação social. Em 1827, a Lei Geral da Educação permitiu pela primeira vez que meninas frequentassem a escola, ainda que com restrições significativas e currículos diferenciados que priorizavam ensinamentos voltados ao âmbito doméstico³. O direito ao voto foi conquistado inicialmente de forma limitada em 1932, restrito às mulheres que exerciam função pública remunerada ou eram chefes de família, refletindo as disposições do Código Civil de 1916 que atribuía ao marido a autoridade sobre a esposa^{4,5}. Somente com a Constituição de 1934 o voto feminino tornou-se um direito pleno e obrigatório⁶. Marcos posteriores incluíram a chegada da pílula anticoncepcional na década de 1960⁷, a promulgação da Lei do Divórcio em 1977⁸ e o reconhecimento do planejamento familiar como direito do casal pela Constituição Federal de 1988⁹.

No contexto internacional, a Organização das Nações Unidas declarou 1975 como o Ano Internacional da Mulher, realizando a I Conferência Mundial sobre a Mulher com participação de 133 delegações, sendo 113 lideradas por mulheres¹⁰. Em 1977, a Assembleia Geral da ONU recomendou a adoção oficial do 8 de março como Dia Internacional da Mulher¹¹. Posteriormente, em 2006, foi estabelecido o Grupo Interinstitucional de Peritos em Estatísticas de Gênero¹², do qual o Brasil passou a integrar em 2012, comprometendo-se com a produção de indicadores para monitoramento da igualdade de gênero¹². Em 2015, a Agenda 2030 da ONU instituiu como Objetivo de Desenvolvimento Sustentável nº 5 a meta de alcançar a igualdade de gênero e empoderar todas as mulheres e meninas¹³.

A construção social do conceito de mulher reflete as transformações históricas e culturais ocorridas ao longo do tempo. Beauvoir¹⁴ argumenta que a identidade feminina não é inata, mas socialmente construída, afirmando que ninguém nasce mulher, mas torna-se mulher a partir do olhar do outro e do reconhecimento social. A análise das definições dicionarizadas ilustra essas mudanças: enquanto o Dicionário Aurélio de 1986 apresentava predominantemente expressões com conotações pejorativas associadas à moralidade e sexualidade feminina¹⁵, o Priberam Dicionário da Língua Portuguesa de 2025 evidencia ressignificações importantes, com expressões que valorizam a atuação política e profissional das mulheres¹⁶.

O conceito de gênero pode ser compreendido como o conjunto de características, papéis, normas e relações socialmente construídos e atribuídos a homens e mulheres, variando ao longo do tempo e entre culturas¹⁷. Butler¹⁸ propõe uma perspectiva performativa, argumentando que o gênero não é algo inerente ao indivíduo, mas uma série de atos repetidos orientados por normas sociais que produzem a ilusão de uma identidade fixa e naturalizada. Essas construções influenciam significativamente diversos aspectos da vida, incluindo a saúde mental, definida pela World Health Organization¹⁹ como um estado de bem-estar psicológico que permite às pessoas lidar com o estresse cotidiano, reconhecer suas competências e contribuir para sua comunidade.

Dados epidemiológicos globais indicam que aproximadamente 970 milhões de pessoas vivem com transtornos mentais, sendo 52,4% mulheres, um índice 4,8% superior ao do público masculino²⁰. No contexto brasileiro, o Panorama da Saúde Mental desenvolvido pelo Instituto Cactus revela que o Índice Contínuo de Avaliação da Saúde Mental (ICASM) aponta menores níveis de bem-estar psíquico entre mulheres em comparação aos homens²¹.

Diante desse cenário, surge a seguinte problemática: segundo a literatura científica brasileira, como as relações de gênero afetam a saúde mental das mulheres? A hipótese deste estudo é que as relações de gênero impostas às mulheres geram uma sobrecarga emocional que afetam a sua saúde mental e aumentam a probabilidade de diagnóstico de transtornos mentais. A relevância desta investigação fundamenta-se tanto na magnitude da população feminina brasileira quanto nos indicadores epidemiológicos que apontam vulnerabilidades específicas relacionadas ao gênero. Compreender essas relações torna-se essencial para o desenvolvimento de práticas clínicas mais efetivas e políticas públicas direcionadas à promoção da saúde mental feminina.

Esta revisão propõe analisar como a literatura científica nacional descreve o impacto das relações de gênero na saúde mental das mulheres, propondo-se investigar as configurações de gênero predominantes na contemporaneidade na sociedade brasileira e explicar como as relações de gênero presentes nessa sociedade afetam a saúde mental das mulheres.

2 METODOLOGIA

Estudo de revisão bibliográfica sistemática da literatura, de natureza básica pura, qualitativa de caráter exploratório. Segundo Gil, “a pesquisa bibliográfica é elaborada com base em material já publicado”^{22:44}. A revisão sistemática aborda de forma mais delimitada um tema amplo, selecionando estudos conforme critérios previamente estabelecidos²³. Pesquisas básicas puras são “destinadas unicamente à ampliação do conhecimento, sem qualquer preocupação com seus possíveis benefícios”^{22:41}.

A pesquisa qualitativa é uma modalidade que busca compreender e identificar conceitos e relações entre os dados por meio de um processo interpretativo não matemático, organizando-os em um modelo explicativo. Trata-se de uma forma de investigação de natureza interpretativa, na qual os pesquisadores analisam os fenômenos em seus contextos naturais, procurando entender os significados que as pessoas lhes atribuem²⁴. Uma pesquisa de natureza exploratória tem como objetivo aprofundar a compreensão do problema, evidenciando ou contribuindo para a formulação de hipóteses²².

O levantamento dos dados da pesquisa sistemática foi orientado por diretrizes adaptadas do protocolo PRISMA²⁵, utilizadas como apoio para nortear a organização e a transparência do processo de seleção dos estudos. Para a análise dos dados, foi adotado como referencial a Análise de Conteúdo de Bardin²⁶, que compreende três etapas: (1) pré-análise, (2) exploração do material e (3) tratamento dos resultados, inferências e interpretação.

O estudo segue os princípios das boas práticas em pesquisa científica, respeitando padrões relacionados à honestidade no uso dos dados, à prevenção de fraudes científicas e à devida documentação das informações originais, sendo estruturado de forma transparente e sistematizada, com base em critérios definidos ao longo do desenvolvimento da pesquisa²³.

A delimitação da amostra foi realizada por meio da base de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a qual constitui um acervo de dados científicos e referenciais disponibilizado pelo Portal de Periódicos da CAPES. Para a definição dos descritores, utilizou-se a plataforma Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). A estratégia de busca, seleção e organização dos materiais a serem utilizados na elaboração da revisão foi conduzida em etapas, seguindo os critérios previamente estabelecidos de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão adotados foram: (1) publicações realizadas nos últimos cinco anos (2020 a 2025); (2) produções de origem nacional; (3) produções revisadas por pares; (4) idioma português; (5) presença da terminologia "gênero"; (6) presença da terminologia “mulher” e/ou “mulheres”; (7) presença da terminologia "saúde mental" e (8) produções qualitativas. Os critérios de

exclusão adotados no presente estudo foram: (1) duplicidade de documentos; (2) publicações anteriores ao ano de 2020; (3) materiais isentos de revisão por pares; (4) outros idiomas distintos do português; (5) produções de origem internacional; (6) estudos que abordem exclusivamente populações compostas por homens e/ou pessoas transgênero e (7) produções quantitativas e mistas.

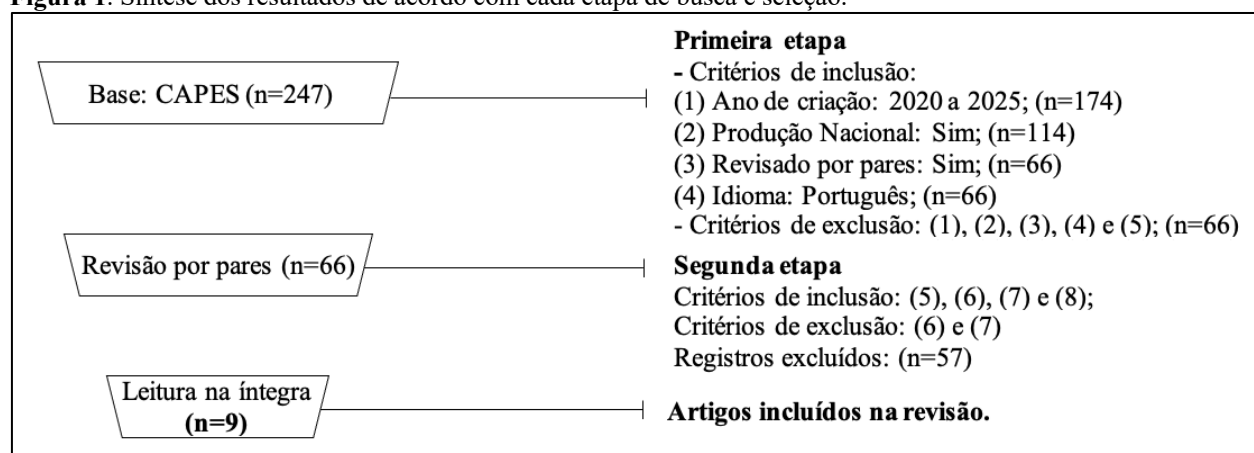
A primeira etapa consistiu no levantamento bibliográfico, realizado em 08 de abril de 2025, por meio do Portal de Periódicos da CAPES. Foram utilizados os descritores, gênero*, mulheres e “saúde mental”, aplicando-se a estratégia de busca com a seguinte *string*: gênero *AND* mulheres *AND* "saúde mental". Como resultado, foram identificadas 247 publicações.

A partir desse resultado inicial, aplicaram-se os critérios de inclusão 1, 2, 3 e 4, bem como os critérios de exclusão 1, 2, 3, 4 e 5, o que resultou em um total de 66 publicações pré-selecionadas para análise.

A segunda etapa do levantamento corresponde à revisão por pares, na qual as responsáveis realizaram, de forma independente, a análise das 66 publicações previamente selecionadas. Nessa fase, foram aplicados os critérios de inclusão 5, 6, 7 e 8, bem como o critério de exclusão 6 e 7. Nos casos de divergência na seleção, as publicações conflitantes foram reavaliadas em conjunto, com o objetivo de se estabelecer um consenso, assegurando a escolha criteriosa dos artigos que seguiram para a etapa subsequente.

Das 66 publicações previamente selecionadas e submetidas aos critérios de inclusão, exclusão e à revisão por pares, 9 atenderam aos critérios e foram selecionadas para leitura na íntegra. Os dados obtidos foram descritos e discutidos nos resultados a partir de três eixos, sendo eles: (1) Violência; (2) Sobrecarga de trabalho; e (3) Medicalização do sofrimento. A seguir, apresenta-se a síntese dos procedimentos de busca e seleção, bem como seus resultados numéricos.

Figura 1. Síntese dos resultados de acordo com cada etapa de busca e seleção.



Fonte: As autoras, 2025.

*A plataforma DeCS não dispõe do descritor específico para “gênero”, e os disponíveis não apresentaram resultados efetivos para a pesquisa; por isso, adotou-se a terminologia “gênero” nas buscas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram incluídos 9 artigos na revisão sistemática da literatura, selecionados a partir dos critérios metodológicos previamente descritos. A Figura 2 apresenta uma síntese dessas produções, contendo ano, autoria, título, local e tipo de estudo. Os estudos estabelecem correlação com a temática desta pesquisa e foram organizados conforme o ano de publicação.

Figura 2. Síntese dos artigos selecionados.

CÓD. REF.	ANO	AUTORES	TÍTULO DO ARTIGO	LOCAL	TIPO DE ESTUDO
34	2020	Muriel Closs Boeff e Tatiana Camargo de Souza	Gênero e diagnóstico em saúde mental: Que relação é essa?	Cidade no interior do Rio Grande do Sul, Brasil.	Qualitativo
33	2020	Luciane Prado Kantorski, Roberta Antunes Machado, Cátia Gentile dos Santos, Maria Laura de Oliveira Couto, Camila Irigoneh Ramos	Análise de gênero dos conteúdos das vozes que os outros não ouvem	Município de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.	Qualitativo
36	2021	Fernanda Canavêz, Camila Peixoto Farias, Giovana Fagundes Luczinski	A pandemia de Covid-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde?	Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Brasil e Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS, Brasil.	Qualitativo
30	2022	Eslia Maria Nunes Pinheiro, Ana Kalliny de Sousa Severo, Dayse Catão Ramalho, Aralinda Nogueira Pinto Sá	“Eu me sentia um nada”: história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares	Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de João Pessoa, Brasil.	Qualitativo, transversal, descritivo e exploratório
32	2022	Janara Pinheiro Lopes, Jerzui Mendes TôresTomazII, Danielle Maia Cruz, Leônia Cavalcante Teixeira, Bruna Estrela Andrade Braga Rocha, Leonardo Danziato	Atendimentos Psicanalíticos em urgência subjetiva - Mulheres em situação de violência doméstica em tempos de Covid-19	Fortaleza, Ceará, Brasil.	Pesquisa-intervenção de natureza qualitativa
35	2023	Sabrina Proença Azevedo Rangel, Adriana Miranda de Castro	Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras	Rio de Janeiro, Pernambuco e Mato Grosso do Sul, Brasil.	Qualitativo
27	2023	Vitória de Oliveira de Souza, Dipaula Minotto da Silva	Cartografias do cuidado com mulheres em contextos de violência a partir de um dispositivo clínico-político de saúde mental	Município do Sul de Santa Catarina, Brasil.	Pesquisa-intervenção cartográfica de caráter qualitativo
37	2023	Carolina Zimmer, Nicole Silva dos Santos, Milene Santiago Nascimento	Violência simbólica contra as mulheres sob os holofotes da pandemia de COVID-19: Desigualdade de gênero na divisão do trabalho doméstico.	Região Sul Fluminense do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.	Qualitativo
31	2024	Iasmin Sharmayne Gomes Bezerra, Maria Teresa Nobre, Ana Karenina de Melo Arraes Amorim	Mulheres, medicalização e grupalidade: Experiência com gestão autônoma da medicação no nordeste.	Unidade Básica de Saúde em uma cidade do sertão do Rio Grande do Norte, localizada na região do sertão do Seridó, Brasil.	Pesquisa-intervenção cartográfica de caráter qualitativo

Fonte: As autoras, 2025.

Os estudos sobre o impacto das relações de gênero na saúde mental das mulheres evidenciaram três eixos centrais, que permitiram o agrupamento facilitando a compreensão dos dados obtidos nesta revisão: (1) Violência; (2) Sobrecarga de trabalho; e (3) Medicalização do sofrimento.

3.1 VIOLÊNCIA

A violência é compreendida como qualquer ação que viole os direitos humanos²⁷. A Organização Pan-Americana da Saúde define a violência contra as mulheres como: “Qualquer ato de violência de gênero que resulte ou possa resultar em danos ou sofrimentos físicos, sexuais ou mentais para as mulheres, inclusive ameaças de tais atos, coação ou privação arbitrária de liberdade, seja na vida pública ou privada”¹⁷.

A Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340/2006)²⁸ reconhece e prevê cinco tipos de violência doméstica e familiar contra a mulher: física, psicológica, moral, sexual e patrimonial, estabelecendo medidas de proteção à vítima e punição aos agressores.

Segundo o Atlas da Violência do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada²⁹, a violência contra a mulher permanece como um dos aspectos alarmantes da desigualdade de gênero no Brasil, evidenciada pelos elevados índices de homicídios femininos e de agressões. Esses dados revelam um fenômeno estrutural em que as mulheres continuam expostas a diversas formas de violência, muitas vezes ocorrendo em seus próprios lares²⁹.

Os artigos analisados confirmam esses dados e evidenciam que as manifestações de violência podem ocorrer de diferentes formas: física, psicológica (humilhação, controle, silenciamento), sexual (abuso, estupro, coerção), e simbólica (desvalorização, estigmatização, normas de gênero que naturalizam a subordinação)^{27,30–35}. Frequentemente naturalizada, a violência atravessa relações familiares, sociais e institucionais, configurando-se como um mecanismo estruturante da vida das mulheres, sendo internalizada como parte “normal” da existência feminina, deixando marcas na subjetividade, afetando a saúde mental, intensificando o sofrimento psíquico²⁷ e contribuindo para o surgimento de sintomas como depressão e ansiedade^{30–32,34,35}.

A violência psicológica e simbólica é recorrente e, muitas vezes, velada, manifestando-se em diferentes contextos nos quais as mulheres sofrem julgamentos, preconceitos e invalidações. No estudo com trabalhadores da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e militantes da luta antimanicomial indicou que, embora alguns profissionais reconheçam o sofrimento feminino como parte da “doença mental” ou de “transtornos psíquicos”, ainda prevalecem julgamentos morais que o reduzem a “incapacidade, doente mental, delírio, frescura”^{35:10}, desconsiderando seu contexto histórico. Essa postura contribui para a revitimização, uma vez que muitas pacientes atendidas

possuem histórico de violência, especialmente sexual na infância e/ou juventude, além de violência psicológica. Nessas situações, suas experiências tendem a ser desacreditadas e suas narrativas minimizadas, e reduzidas a traços de personalidade ou a diagnósticos³⁵.

A pesquisa também aponta que, embora haja evolução no posicionamento de alguns profissionais, que evitam culpabilizar ou julgar as usuárias do serviço, ainda existem situações em que mulheres assediadas ou importunadas são colocadas na posição de culpadas, em vez de vítimas³⁵. Conforme demonstrado na fala de uma das participantes do estudo mencionado: “mas também ela deu uma risadinha; mas também ela fica se oferecendo”^{35:9}.

Segundo Pinheiro *et al.*³⁰, no ambiente de trabalho a violência pode se manifestar de forma implícita, por exemplo, por meio de “brincadeiras”. Conforme demonstrado pelas autoras, um dos casos citados na pesquisa, a participante sofreu discriminação relacionada ao ganho de peso, praticado por colegas homens: “Eles fizeram até musiquinhas de ironias com isso, porque eu estava começando a ganhar peso devido ao tratamento de hormônio [...] eu não conseguia mais chegar na empresa (Mimulus)”^{30:11}. Nesse contexto, a exposição à violência contribuiu para o desenvolvimento de sintomas ansiosos e depressivos, levando à sua saída do trabalho. O episódio evidencia como a violência psicológica impacta diretamente a saúde mental das mulheres, ao reforçar padrões estéticos e a valorização do corpo magro, colocando-as em posição de inferioridade, afetando a autoestima e intensificando o sofrimento psíquico³⁰.

No contexto da violência doméstica, observa-se que as mulheres frequentemente são vítimas de múltiplas formas de agressão cometidas por parceiros ou familiares, geralmente associada à violência de gênero³³. Um dos artigos que compõem essa revisão, exemplifica essa realidade: a participante sofreu diversas violências, incluindo agressões físicas, verbais, psicológicas e sexuais, além de abusos não consensuais e manipulação emocional por parte do parceiro. Havia, ainda, um histórico de abusos sexuais desde a infância, do conhecimento do parceiro, que perpetuava a violência, resultando em gravidezes não planejadas decorrentes de relações sexuais ocorridas sem o seu consentimento. Como forma de suportar a situação e evitar entrar em contato com o contexto de violência, a participante fazia uso de medicações, referindo-se a um “calmante para passar o dia dormindo”^{32:70}, mencionava ter medo de sair de casa ou trabalhar, temendo ser vítima de feminicídio pelo companheiro³².

Fatores econômicos e a dependência financeira, somados a ameaças e chantagens emocionais, dificultam a ruptura do ciclo de violência, afetando de forma individual e coletiva as mulheres, em razão de uma estrutura patriarcal que sustenta a desigualdade de gênero³².

Nas narrativas, evidenciam-se histórias marcadas por contextos de machismo que contribuíram para o adoecimento psíquico das mulheres ao longo do tempo. Em um dos artigos da

revisão, uma das participantes recorre ao uso de psicotrópicos para lidar com as marcas deixadas por essas experiências: “Eu fui expulsa de casa com 18 anos, porque briguei com o meu irmão e a minha mãe o preferiu em casa por ele ser homem. Depois, eu fui morar com um homem de 55 anos e engravidei. Eu fui homem e mulher da casa! (Damiana, 52 anos, participante – registro de diário cartográfico)”^{31:6}.

3.2 SOBRECARGA DE TRABALHO

As mulheres permanecem como as principais responsáveis pelo cuidado doméstico e familiar, mesmo quando inseridas no mercado de trabalho remunerado. O desafio de conciliar todas essas funções gera sobrecarga e configura as chamadas duplas ou triplas jornadas³⁶.

A pandemia do COVID-19 intensificou essa realidade, marcada por construções históricas de gênero, ao eliminar as fronteiras entre casa, trabalho e escola, transformando o cotidiano em um esforço contínuo e impactando de forma significativa a saúde mental das mulheres³⁶.

Estudo conduzido com profissionais de saúde revelou, que durante a pandemia, houve um aumento das demandas de cuidado, tanto no âmbito profissional quanto no familiar. As participantes desse estudo relataram esgotamento físico e mental decorrente do acúmulo de funções de mães, esposas, filhas, educadoras e profissionais da saúde, o que resultou em consequências como “cansaço intenso, exaustão, medo, sentimento de não conseguir dar conta e, em especial, ansiedade”^{36:118}, além da dificuldade de dedicar tempo ao próprio autocuidado³⁶.

A pesquisa realizada pelo Observatório da Violência do Centro Universitário de Barra Mansa (UBM) com pais e professores da Rede Municipal de Educação, em municípios do Estado do Rio de Janeiro, evidenciou a sobrecarga de trabalho doméstico e a desigualdade de gênero durante a pandemia da COVID-19. Esse estudo expôs um problema social crônico que afeta a saúde mental das mulheres, marcado pelo acúmulo de papéis como mãe, professora, profissional, esposa e cuidadora em tempo integral, enquanto muitos homens se isolavam para trabalhar sem se preocupar com a rotina doméstica³⁷.

De acordo com levantamento do IBGE, realizado em 2022³⁸, as mulheres continuam sendo as principais responsáveis pelo trabalho doméstico e de cuidado. Nesse contexto, mulheres pretas ou pardas dedicam, em média, 10,3 horas semanais a mais do que os homens a essas atividades, enquanto mulheres brancas dedicam 8,7 horas semanais a mais³⁸.

A presença do marido em casa intensificou as tarefas domésticas, frequentemente priorizadas em detrimento dos cuidados familiares. Esse cenário evidenciou papéis de gênero que naturalizam a responsabilidade feminina pelo bem-estar do cônjuge e acentuam a sobrecarga, gerando sentimentos

de ressentimento³⁷. Conforme relatado por uma professora participante da pesquisa realizada pelo observatório:

Meu marido é uma pessoa que faz tudo sozinho, ele lava, ele passa, ele cozinha, faz tudo com maestria. Mas quando eu estou em casa ele tem a necessidade de me perguntar como é que faz isso, como faz aquilo, onde está aquilo. Então eu falo pra ele: “filho, quando você está sozinho, você faz, finja que eu não estou, por favor”^{37:8}.

Para algumas mulheres, a função principal de cuidar e servir o marido conduz à anulação de sua própria existência, fazendo com que não se reconheçam como companheiras, mas sim como objetos utilitários destinados “apenas a servir”³⁰. Esse sentimento pode ser observado no depoimento de uma das participantes da pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde do município de João Pessoa que compõe essa revisão: “Eu me sentia um nada, me sentia nada. Era como se eu tivesse dentro de casa só pra servir. Eu não era esposa, eu não era companheira, eu não era nada. Eu me olhava no espelho, eu cheguei a me olhar no espelho e dizer ‘meu Deus, eu não sou nada... Nada’”^{30:10}.

Segundo Zanello³⁹, o modo como as mulheres são socializadas a priorizar as necessidades alheias em detrimento das próprias é denominado “heterocentrismo”, sustentando o que a autora chama de dispositivo materno. Esse dispositivo evidencia que a sobrecarga feminina não resulta de escolhas individuais, mas de construções sociais e culturais que atribuem ao cuidado a aparência de uma “essência” ou “vocação” feminina. Nesse contexto, o chamado “instinto materno” não corresponde a uma verdade biológica, mas configura uma tecnologia de gênero que legitima o papel da mulher como cuidadora e amplia suas responsabilidades para além da maternidade, estendendo-se a filhos, maridos, familiares e até colegas de trabalho³⁹.

O trabalho reprodutivo, que inclui os cuidados com a casa e com a família, é culturalmente atribuído ao gênero feminino. Ainda que as mulheres tenham conquistado espaço no mercado de trabalho, a manutenção das desigualdades de gênero resulta na sobreposição de múltiplas jornadas, que afetam diretamente o sofrimento psíquico feminino³⁷.

A responsabilidade pelo cuidado, imposta às mulheres, é predominantemente atribuída como uma característica de sua suposta natureza biológica, e como algo inerente à sua condição de gênero^{36,37}. A imposição social do “cuidar” aprisiona as mulheres em uma lógica totalitária³⁶, frequentemente resulta em conformismo e submissão, reforçando a normalização da divisão sexual do trabalho, a desigualdade de gênero e a sobrecarga que recai sobre a mulher³⁷.

De acordo com o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania⁴⁰, as mulheres ainda são majoritariamente educadas para ocupar o espaço privado e doméstico, enquanto os homens são associados ao espaço público e político, o que reflete a persistência da chamada “divisão sexual do trabalho”. Essa forma de organização social, presente na sociedade brasileira e em diversas outras, vincula os homens à esfera produtiva, do trabalho remunerado, e as mulheres à esfera reprodutiva,

relacionada ao cuidado, à afetividade e às atividades domésticas essenciais à vida social. Embora os papéis de gênero tradicionais venham passando por transformações, essas mudanças ocorrem de maneira lenta, uma vez que tais padrões são transmitidos entre gerações e reforçados por instituições como a família, a escola, a mídia e o mercado de trabalho. Essa reprodução faz com que tais papéis sejam vistos como naturais e imutáveis, quando, na realidade, tratam-se de construções sociais que variam historicamente e entre cultura⁴⁰.

Além do dever de cuidar de filhos, maridos, idosos e pessoas enfermas, algumas mulheres são cobradas a auxiliar e solucionar problemas de terceiros. Esse papel de mediação e suporte aparece no relato de uma das participantes de um dos artigos desta revisão: “Eu era muito cobrada pra ajudar as pessoas... ‘tá faltando ali na casa tal... um problema na casa da minha mãe’, aí ligavam porque achavam que eu era mais calma, que eu podia ajudar”^{30:8}.

A maternidade, construída socialmente como função central do gênero feminino, pode gerar sofrimento quando a mulher abdica de atividades profissionais para dedicar-se exclusivamente ao cuidado do filho. Essa escolha configura-se como resultado de uma construção social que associa a mulher ao cumprimento de um ideal de maternidade, contribuindo para sentimentos negativos³⁰.

A sobrecarga se agrava para mulheres negras, pobres e em contextos rurais, refletindo desigualdades de gênero, raça e classe³⁶. O trabalho doméstico e de cuidado, historicamente associado como expressão de ‘amor’ ou dever feminino, sustenta social e economicamente a sociedade, ainda que permaneça invisibilizado e desvalorizado. Ao naturalizar o cuidado como obrigação feminina e colocá-lo acima do autocuidado, perpetua-se a subordinação social das mulheres. Essa condição, marcada pela dedicação constante às demandas alheias, intensifica o sofrimento psicológico e emocional, favorecendo o aumento de quadros de ansiedade, depressão e fadiga³¹.

Segundo Zanello³⁹, a análise da sobrecarga e do sofrimento exige uma perspectiva interseccional (gênero, raça, classe), pois as opressões se cruzam, estabelecendo diferentes expectativas e limitações. Historicamente, a mulher branca foi idealizada como casta e procriadora de filhos legítimos, enquanto a mulher negra era objetificada e sexualizada, sendo vista como procriadora de novos escravizados. Essa diferenciação histórica molda a forma como a sobrecarga de trabalho doméstico e a violência se manifestam³⁹.

Pesquisa conduzida no sertão nordestino revelou que o sofrimento psíquico das participantes estava diretamente associado à condição de ‘mulher-mãe-pobre-doméstica’, marcada por uma vida limitada ao trabalho na agricultura familiar e pelas responsabilidades maternas e domésticas. As entrevistadas relataram sentir-se aprisionadas em uma rotina de cuidados familiares, na qual eram reconhecidas apenas como ‘esposas’ e ‘mães’, e não como um indivíduo com desejos próprios³¹.

A sobrecarga física e emocional intensa provocou dores corporais e a impossibilidade de usufruir do descanso, gerando um estado de exaustão que aumentava o risco de adoecimento. Esse cenário foi exemplificado no relato de uma participante da pesquisa no sertão: “Não consigo dormir, a gente fica meio cansada, no outro dia, mas eu não me entrego não, faço tudo dentro de casa!”^{31:8}.

As relações de gênero revelam uma dimensão particularmente relevante associada às múltiplas responsabilidades sociais atribuídas ao gênero feminino. Estudo realizado com usuários com alucinações auditivas no serviço do Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS), mostrou que o conteúdo das vozes presentes nesses fenômenos, demonstram que o sofrimento psíquico das mulheres está intrinsecamente relacionado aos papéis sociais historicamente impostos, vinculando a sobrecarga decorrente das responsabilidades domésticas e de cuidado³³.

Nesse sentido, as relações de gênero configuram-se como um importante determinante social da saúde mental, especialmente no contexto da sociedade brasileira. Conforme a World Health Organization¹⁹, fatores sociais, culturais, econômicos e políticos exercem influência significativa sobre a saúde mental, destacando-se, entre eles, as desigualdades de gênero como elemento central desse cenário.

Esse sofrimento psíquico também se manifesta em vozes depreciativas e controladoras, reforçando estereótipos de gênero e sentimentos de inadequação nos papéis de mãe, esposa ou dona de casa. Esse sofrimento não pode ser compreendido apenas em termos individuais, mas deve ser analisado como expressão de valores e estereótipos socialmente enraizados, que legitimam a sobrecarga feminina e perpetuam desigualdades de gênero³³.

Compreende-se que as duplas e triplas jornadas constituem não apenas um acúmulo de tarefas, mas também um dispositivo que produz sofrimento psíquico, naturalizando a sobrecarga das mulheres e limitando sua autonomia.

3.3 MEDICALIZAÇÃO DO SOFRIMENTO

A medicalização do sofrimento psíquico das mulheres é um reflexo direto das desigualdades históricas e de gênero que estruturam suas vidas^{34,35}. Em situações de vulnerabilidade social, esse sofrimento tende a se intensificar, mas frequentemente é reduzido à mera prescrição de psicotrópicos, sem considerar suas causas estruturais^{31,35}. Esse modelo de tratamento, muitas vezes iniciado por clínicos gerais com acompanhamento psiquiátrico limitado³¹, reforça uma abordagem centrada no sintoma e ignora o contexto de vida e a complexidade social da mulher^{30,31,34}.

Essa tendência se evidencia nas Redes de Atenção Psicossocial (RAPS) de estados como Rio de Janeiro, Pernambuco e Mato Grosso do Sul, onde diversos profissionais de saúde mantêm

inclinação à medicalização, desconsiderando complexidade do sofrimento psíquico feminino, determinantes sociais e de gênero. A crença de que a medicação seria capaz de resolver todas as dimensões do sofrimento sustenta essa prática. Assim, o olhar profissional ainda reproduz valores machistas e patriarcais, classificando o sofrimento psíquico das mulheres como histeria, “frescura” ou “excesso de sensibilidade”, o que reforça estigmas e invisibiliza sua dimensão estrutural³⁵.

De modo semelhante, na Unidade Básica de Saúde (UBS) de João Pessoa-PB prevalece uma abordagem ancorada no paradigma biomédico tradicional, caracterizada pela medicalização de questões que possuem raízes socioculturais vinculadas às desigualdades de gênero. Nessa realidade, o sofrimento das mulheres é frequentemente associado a papéis rigidamente impostos - como os de mãe e esposa -, às experiências de violência, à sobrecarga de cuidados e ao sentimento de culpa por não atender às expectativas sociais. Ainda assim, tais dores costumam ser diagnosticadas como transtornos mentais, especialmente ansiedade e depressão, com tratamentos centrados quase exclusivamente no uso de medicamentos³⁰.

A *World Health Organization*²⁰, aponta que os transtornos depressivos e de ansiedade são cerca de 50% mais frequentes em mulheres do que em homens, o que representa mais de 500 milhões de mulheres vivendo com algum transtorno mental ao redor do mundo. Esse quadro se torna ainda mais grave no período da gestação e do pós-parto, quando mais de 10% das mulheres apresentam sintomas depressivos. Além disso, mulheres que sofrem violência por parceiro ou violência sexual apresentam risco significativamente maior de desenvolver depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e até ideação suicida. Para aquelas que vivem com transtornos mentais graves, a probabilidade de terem sido vítimas de violência doméstica ou sexual ao longo da vida é ainda mais elevada²⁰.

No sertão nordestino, esse processo se acentua: o sofrimento psíquico feminino é reduzido a sintomas biológicos, sem que gênero, raça e classe sejam considerados como determinantes do adoecimento. A resposta médica restringe-se à prescrição de psicotrópicos, usados como solução imediata frente a situações de vulnerabilidade como pobreza, sobrecarga do trabalho doméstico, maternidade, agricultura e violências cotidianas³¹.

A experiência das mulheres nordestinas e sertanejas revela como tais práticas estão diretamente relacionadas a relações conjugais marcadas pelo machismo, pela dependência econômica e pela sobrecarga doméstica. O início do uso de medicamentos psicotrópicos está diretamente relacionado a períodos específicos da vida feminina: “casamento heteronormativo, ao período pós-parto, à maternidade, ao trabalho doméstico e após dietas de emagrecimento”^{31:7}. Em vez de questionarem as condições estruturais que geram sofrimento, os medicamentos atuam como silenciadores de mal-estares ligados à condição de “mulher-mãe-pobre-doméstica”³¹.

A persistência do viés de gênero e a medicalização do sofrimento feminino encontra reflexo na trajetória histórica da medicina moderna e na construção social da diferença sexual. A conversão de angústias sociais em categorias clínicas, observada na prática das equipes de saúde, reflete um processo histórico no qual a ciência médica tem sido utilizada para naturalizar as desigualdades de gênero e reforçar a ideia de que a biologia é destino⁴¹.

As normas de gênero contribuem para a hiperdiagnóstica de depressão e ansiedade em mulheres e para o subdiagnóstico de outros transtornos em homens. Esse fenômeno pode ser interpretado sob diferentes perspectivas: de um lado, a vertente biologizante associa a maior prevalência desses diagnósticos à ação de hormônios específicos; de outro, análises sócio-históricas compreendem o sofrimento psíquico como um produto das relações sociais e das condições de vida das mulheres³⁴.

O olhar clínico dos profissionais de saúde é, por vezes, atravessado por padrões de gênero internalizados, tende a avaliar os sintomas a partir desses referenciais, o que resulta em diferentes níveis de tolerância diante de manifestações como o choro em mulheres e a agressividade em homens³⁴.

Conforme destaca Zanello⁴², se, por um aspecto, diversos sintomas relacionados ao sofrimento e à crise psíquica são compreendidos sob a ótica do gênero, por outro, a subjetividade dos profissionais de saúde que realizam o atendimento e o diagnóstico também é atravessada por construções de gênero. Isso evidencia que o diagnóstico em saúde mental não pode ser considerado imparcial, mas constitui um trabalho de interpretação permeado por valores individuais e sociais, que muitas vezes não são questionados de forma crítica⁴².

A prática diagnóstica tende a privilegiar soluções biomédicas, configurando um processo de medicalização do sofrimento feminino, no qual dores e angústias decorrentes de desigualdades históricas e sociais são convertidas em categorias clínicas, reforçando a patologização das mulheres³⁴. Com isso, o sofrimento psíquico das mulheres é dissociado das múltiplas violências e opressões de gênero. Situações de assédio no trabalho, abuso dentro da família e imposição de papéis sociais marcam profundamente a vida das mulheres, contribuindo para o desenvolvimento ou agravamento de quadros depressivos. Esses contextos estruturais, no entanto, costumam ser apagados nos diagnósticos, que frequentemente reduzem a complexidade da experiência feminina a um transtorno individual tratado com medicamentos³⁴.

A medicalização do sofrimento psíquico feminino, portanto, configura-se como um dos aspectos mais complexos na interseção entre relações de gênero e saúde mental. O modelo biomédico tradicional, ao tratar tais experiências de forma reducionista, restringe as possibilidades de cuidado. Exemplo disso ocorre em Centros de Atenção Psicossocial II (CAPS), onde usuárias que relatam

experiências como a audição de vozes frequentemente recebem diagnósticos rápidos e encaminhamentos prioritários para tratamentos medicamentosos. Essa abordagem não apenas limita a compreensão das múltiplas dimensões do sofrimento, mas também perpetua desigualdades de gênero no campo da saúde mental³³.

Além disso, a maior frequência com que as mulheres acessam os serviços de saúde mental as expõe a um risco ampliado de medicalização em comparação aos homens. Tal disparidade evidencia que o sofrimento feminino é interpretado e manejado de maneira distinta, revelando a persistência de vieses de gênero na prática clínica³³.

A medicalização do sofrimento feminino opera como um mecanismo complexo que vai além da simples prescrição medicamentosa. Ela envolve processos de patologização de experiências socioculturalmente determinadas e reprodução de relações de poder desiguais entre os gêneros.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo principal deste estudo foi analisar como a literatura científica nacional descreve o impacto das relações de gênero na saúde mental das mulheres nos últimos 05 anos, especificamente no período de 2020 a 2025, por meio da análise integral de 09 artigos selecionados conforme critérios metodológicos previamente estabelecidos para esta revisão sistemática.

Durante o processo de busca, constatou-se uma limitação na plataforma DeCS em disponibilizar descritores específicos para “gênero”, oferecendo apenas termos como “Construção Social de Gênero”, “Equidade de Gênero” e “Papéis de Gênero”. Esses termos, inicialmente utilizados, não retornaram resultados efetivos, o que levou à escolha da terminologia “gênero” para compor a *string* de busca, permitindo a obtenção dos artigos analisados.

Nesta revisão, foram identificadas outras limitações, como o recorte de publicações anteriores ao período analisado, que pode ter excluído estudos relevantes. Além disso, à inclusão de estudos de natureza qualitativa restringiu o número de trabalhos analisados, contribuindo para uma compreensão mais limitada da temática.

Os dados analisados revelam que as produções incluídas na revisão não abordam de forma ampla e direta o impacto das relações de gênero na saúde mental das mulheres. Os artigos concentram-se em contextos específicos, como a pandemia de COVID-19 ou experiências de mulheres em serviços públicos de saúde, identificando causas e consequências que afetam seu bem-estar psíquico. Essa lacuna evidencia uma tendência à fragmentação do conhecimento, em que o sofrimento feminino é estudado a partir de eventos particulares, sem uma relação direta com as estruturas de gênero.

Os resultados da revisão sistemática possibilitaram a identificação e classificação de categorias recorrentes nas produções científicas apuradas. A partir dessa análise, foram identificados três eixos centrais: (1) Violência; (2) Sobrecarga de trabalho; e (3) Medicalização do sofrimento.

A violência destacou-se como fator predominante no adoecimento psíquico manifestando-se em formas física, psicológica, sexual e simbólica, estando presente em relatos de mulheres em 8 dos 9 artigos revisados, fato que chamou atenção por não ter sido um descritor ou palavra-chave utilizada nas buscas. A sobrecarga de trabalho decorrente das duplas e triplas jornadas, intensificada no contexto da pandemia, evidencia a naturalização social do trabalho doméstico e de cuidado como responsabilidade feminina. A medicalização do sofrimento reflete a prevalência de abordagens biomédicas centradas em sintomas, desconsiderando fatores socioculturais e históricos que estruturam o sofrimento feminino.

Esses achados confirmam parcialmente a hipótese de que as relações de gênero impostas às mulheres geram sobrecarga emocional e que afetam sua saúde mental, decorrente dos múltiplos papéis e das pressões sociais e culturais que atravessam sua vida, mas não confirma o aumento da probabilidade de diagnósticos de transtornos mentais decorrentes dessas relações. O sofrimento das mulheres não se configura apenas como um problema individual ou clínico, mas como expressão das desigualdades de gênero historicamente construídas, que se reproduzem por meio de normas sociais, institucionais e familiares.

A análise também evidencia que as configurações de gênero predominantes na contemporaneidade não são recentes, sendo a violência, a sobrecarga de funções e a medicalização, fenômenos interligados às construções sociais, culturais e históricas. Esses fatores estruturais de adoecimento, frequentemente naturalizados, deixam marcas profundas na subjetividade feminina, associando-se a quadros de ansiedade, depressão e sofrimento psíquico.

A contribuição desta pesquisa insere-se no campo das discussões sobre a importância de considerar determinantes sociais como um componente que afeta a saúde mental, demonstrando a necessidade de abordagens que ultrapassem a lógica biomédica e incluam dimensões culturais, históricas e sociais que atravessam a vida das mulheres. Observou-se ainda o predomínio de estudos na área da psicologia, em que todos os artigos analisados incluíam pelo menos um autor dessa área, o que reforça a relevância do olhar psicológico para a compreensão das interações entre gênero e saúde mental, podendo contribuir com políticas públicas e práticas interdisciplinares.

Futuros estudos poderiam investigar de forma empírica as consequências diretas das relações de gênero na saúde mental das mulheres, ampliando a compreensão do sofrimento psíquico feminino e superando abordagens reducionistas centradas em diagnósticos, medicalização e culpabilização. Pesquisas que considerem a interseccionalidade de gênero, raça, classe e outras formas de

desigualdade social podem subsidiar estratégias de promoção da saúde, incluindo a saúde mental, oferecendo serviços mais qualificados e políticas públicas voltadas para as causas estruturais do sofrimento.

REFERÊNCIAS

- 1.Scott JW. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educ. Real. [Internet]. 2017 [acesso em 3 abr. 2025];20(2):71-99. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/educacaoerealidade/article/view/71721>
- 2.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Panorama do Censo 2022 [Internet]. Brasília: IBGE; 2022 [acesso em 3 abr. 2025]. Disponível em: <https://censo2022.ibge.gov.br/panorama/>
- 3.Brasil. Lei de 15 de outubro de 1827. Manda criar escolas de primeiras letras em todas as cidades, villas e logares mais populosos do Imperio. [Internet]. Rio de Janeiro: Câmara dos Deputados; 1827 [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei_sn/1824-1899/lei-38398-15-outubro-1827-566692-publicacaooriginal-90222-pl.html
4. Brasil. Lei no 3.071, de 1o de janeiro de 1916. Código Civil dos Estados Unidos do Brasil. [Internet]. Rio de Janeiro; 1916 [acesso em 21 maio 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1910-1919/lei-3071-1-janeiro-1916-397989-publicacaooriginal-1-pl.html>
5. Brasil. Decreto nº 21.076, de 24 de fevereiro de 1932. Decreta o Código Eleitoral [Internet]. Brasília: Diário Oficial da União; 1932 [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-21076-24-fevereiro-1932-507583-publicacaooriginal-1-pe.html>
6. Brasil. Constituição (1934) [Internet]. Rio de Janeiro: Diário Oficial da União; 1934 [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1930-1939/constituicao-1934-16-julho-1934-365196-publicacaooriginal-1-pl.html>
7. Santana JR, Waisse S. Chegada e difusão da pílula anticoncepcional no Brasil, 1962-1972: qual informação foi disponibilizada às usuárias potenciais? Rev Bras Hist Cienc [Internet]. 2016 [acesso em 21 de mai. 2025];9(2):203–18. Disponível em: https://www.sbh.org.br/arquivo/download?ID_ARQUIVO=2794
8. Brasil. Lei nº 6.515, de 26 de dezembro de 1977 [Internet]. Brasília; 1977 [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-6515-26-dezembro-1977-366540-publicacaooriginal-1-pl.html>
9. Brasil. Constituição (1988) [Internet]. Brasília: Senado Federal; 1988 [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/consti/1988/constituicao-1988-5-outubro-1988-322142-publicacaooriginal-1-pl.html>
10. Organização das Nações Unidas Mulheres. Conferências Mundiais da Mulher [Internet]. [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www.onumulheres.org.br/planeta5050-2030/conferencias/>
11. United Nations. Background: International Women's Day [Internet]. [acesso em 21 de mai. 2025]. Disponível em: <https://www.un.org/en/observances/womens-day/background>
12. Inter-Agency and Expert Group on Gender Statistics (IAEG-GS). Terms of reference [Internet]. New York: United Nations Statistics Division; 2013 [acesso em 9 de abr. 2025]. Disponível em: https://unstats.un.org/unsd/demographic-social/gender/documents/ToR_Final.pdf
13. Organização das Nações Unidas (ONU). Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável [Internet]. Nova Iorque: ONU; 2015 [acesso em 9 de abr. 2025]. Disponível em: <https://brasil.un.org/sites/default/files/2020-09/agenda2030-pt-br.pdf>
14. Beauvoir S de. O segundo sexo. Tradução: Sérgio Milliet. 2o ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2009.

15. Ferreira AB de H. Mulher. Em: Novo dicionário da língua portuguesa [Internet]. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1986. p. 1168 [acesso em 17 de jul. 2025]. Disponível em: <http://archive.org/details/novodicionarioau00aure>
16. Priberam. Mulher [Internet]. In: Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. 2025 [citado em 2025 mai. 22]. Disponível em: <https://dicionario.priberam.org/mulher>
17. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Equidade de gênero em saúde [Internet]. 2025 [citado em 2025 abr. 8]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/equidade-genero-em-saude>
18. Butler J. Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade. Tradução: Renato Aguiar. 16. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2018.
19. World Health Organization (WHO). Mental health: strengthening our response [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 8 de abr. 2025]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
20. World Health Organization (WHO). World mental health report: transforming mental health for all [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [acesso em 2 de abr. 2025]. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
21. Instituto Cactus, Atlasintel. Panorama da saúde mental: 1º semestre 2024 [Internet]. 2024 [citado em 2025 mai. 22]. Disponível em: <https://static.poder360.com.br/2024/11/2024-1S-Relatorio-Panorama-Saude-Mental.pdf>
22. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa [Internet]. 7. ed. São Paulo: Atlas; 2022 [citado em 2025 mar. 11]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9786559771653>
23. Flick U. Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes [Internet]. Porto Alegre: Penso; 2012 [acesso em 25 de mai. 2025]. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788565848138>
24. Denzin N, Lincoln Y. O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
25. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. Rev Pan Salud Pública [Internet]. 2022 [acesso em 25 de fev. 2025];31(2). Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742022000201700&lng=pt&nrm=iso
26. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo, SP: Edições 70; 2016.
27. Silva DM, Souza VO. Cartografias do cuidado com mulheres em contextos de violência a partir de um dispositivo clínico-político de saúde mental. Cad Gênero Divers [Internet]. 2024 [acesso em 9 de abr. 2025];9(1):122-145. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/cadgendiv/article/view/48413>
28. Brasil. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera os Decretos-Lei nºs 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), e 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), e a Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984 (Lei de Execução Penal); e dá outras providências (Lei Maria da Penha). [Internet]. Brasília; 2006 [acesso em 10 de ago. 2025]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm
29. Lima RS, Lins GOA, Coelho DSC, Moura L, Armstrong KC, Guedes E, et al. Atlas da violência 2025 [Internet]. Brasília: IPEA; 2025 [acesso em 25 de out. 2025]. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/17165>
30. Pinheiro EMN, Severo AKS, Ramalho DC, Sá ANP. "Eu me sentia um nada": história oral de mulheres em sofrimento psíquico na Atenção Básica sob uma perspectiva de gênero e a repercussão de práticas integrativas e complementares. Phys Rev Saúd Col. 2022;32(1):1-21. Doi: 10.1590/S0103-73312022320108

31. Bezerra ISG, Pereira MTLN, Amorim AKMA. Mulheres, medicalização e grupalidade: experiência com gestão autônoma da medicação no Nordeste. *Rev Subj* [Internet]. 2024 [acesso em 9 de abr. 2025];24(1). Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rmes/article/view/13920>
32. Lopes JP, Tomaz JMT, Cruz DM, Teixeira LC, Rocha BEAB, Danziato LJB. Atendimentos psicanalíticos em urgência subjetiva: mulheres em situação de violência doméstica em tempos de COVID-19. *Cadernos ESP* [Internet]. 2022 [acesso em 9 de abr. 2025];16(1):66-74. Disponível em: <https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/578>
33. Kantorski LP, Machado RA, Santos CG, Couto MLO, Ramos CI. Análise de gênero dos conteúdos das vozes que os outros não ouvem. *Psicolestud* [Internet]. 2020 [acesso em 9 de abr. 2025];25. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/49973>
34. Boeff MC, Camargo TS. Gênero e diagnóstico em saúde mental: que relação é essa? *Rev Soc* [Internet]. 2020 [acesso em 9 de abr. 2025];3(1):50-55. Disponível em: <https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/9520>
35. Rangel APA, Castro AM. Saúde mental: onde se colocam as questões de gênero? Os papéis das mulheres cisgêneras. *Saúd em Deb* [Internet]. 2023 [acesso em 9 de abr. 2025];47(spe 1). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/brHthLHpjfsxhyk5tb8JGtN/?lang=pt>
36. Canavêz F, Farias CP, Luczinski GF. A pandemia de Covid-19 narrada por mulheres: o que dizem as profissionais de saúde? *Saúd em Deb* [Internet]. 2021 [acesso em 9 de abr. 2025];45(spe 1):112-123. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/7QwqQkJfNDPG5HnqS5cxqRK/?lang=pt>
37. Zimmer C, Santos NS, Nascimento MS. Violência simbólica contra as mulheres sob os holofotes da pandemia de COVID-19: desigualdade de gênero na divisão do trabalho doméstico. *Doxa: Rev. Bras. Psico. Educ.* [Internet]. 2023 [acesso em 9 de abr. 2025];24(esp.2). Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/doxa/article/view/18646>
38. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil). Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil [Internet]. 3. ed. Rio de Janeiro: IBGE; 2024 [acesso em 3 de abr. 2025]. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2102066>
39. Zanello V. A prateleira do amor: sobre mulheres, homens e relações. Curitiba: Appris; 2022.
40. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (Brasil). Os papéis de gênero tradicionais e a divisão sexual do trabalho [Internet]. Brasília: MDHC; 2019 [citado em 2025 set. 23]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/assuntos/poder-e-participacao-politica/programas-acoes/de-um-lado-os-papeis-de-genero-tradicionais-e-a-divisao-sexual-do-trabalho>.
41. Brandão ER, Alzuguir FCV. Gênero e saúde: uma articulação necessária. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2022.
42. Zanello V, Veiga AM, Nighnig CR, Wolff CS, Zandonã J, organizadores. *Mundos de mulheres no Brasil*. Curitiba: CRV; 2019.