


A SAÚDE PROMETIDA ÀS MULHERES EM EXAUSTÃO PSICOLÓGICA
THE HEALTH PROMISED TO WOMEN IN PSYCHOLOGICAL EXHAUSTION
LA SALUD PROMETIDA A LAS MUJERES QUE SUFREN AGOTAMIENTO PSICOLÓGICO

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-213>

Data de submissão: 19/10/2025

Data de publicação: 19/11/2025

Rafael Sandro Rodrigues Manrique

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

E-mail: rafaelsrmanrique@outlook.com

Nilva Torquato Rodrigues da Silva

Acadêmica do curso de Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

E-mail: nilvatorquatocontato@gmail.com

Luan Henrique Duarte Souza da Silva

Acadêmico do curso de Medicina

Instituição: Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO)

E-mail: luanhenriqueduarte270602@gmail.com

Cleudes Maria Tavares Rosa

Pós-Doutora em Direitos Humanos

Instituição: Universidade Federal de Goiás (UFG)

E-mail: cleudestavares@gmail.com

RESUMO

A exaustão psíquica das mulheres não pode ser vista apenas como um problema individual ou clínico: trata-se de um fenômeno social que expressa uma cultura que adocece justamente aquelas de quem exige a sustentação cotidiana da vida. A naturalização histórica das desigualdades de gênero, combinada à precarização estrutural do trabalho e à sobrecarga invisibilizada do cuidado, produz um desgaste que ultrapassa a dimensão orgânica do corpo individual e evidencia um modelo social que mais consome do que restitui. No Brasil, embora o Sistema Único de Saúde seja o maior sistema público do mundo e a Constituição assegure a saúde como direito universal, as mulheres chegam aos serviços já esgotadas, carregando marcas de violência e abandono, e frequentemente encontram respostas fragmentadas, restritas à lógica biomédica. Este artigo, a partir de revisão de literatura, amparado em referenciais da sociologia e da antropologia da saúde, analisa como essa promessa institucional de cuidado se converte em promessa frustrada. O quadro revela não apenas indivíduos em sofrimento, mas uma sociedade que transforma o gênero feminino em alvo privilegiado de estigmatização e exploração. Nesse sentido, argumenta-se que enfrentar a exaustão mental das mulheres implica deslocar o debate para além da responsabilização individual, reconhecendo o cuidado como tarefa política e responsabilidade coletiva, indispensável à construção de uma sociedade menos desigual e menos adoecedora.

Palavras-chave: Saúde Mental. Mulheres. Sofrimento Social. Gênero. Cuidado.

ABSTRACT

The psychic exhaustion of women cannot be understood merely as an individual or clinical problem: it is a social phenomenon that reflects a culture that systematically harms precisely those on whom the daily sustenance of life depends. The historical naturalization of gender inequalities, combined with the structural precarization of labor and the invisibilized overload of care, produces a form of wear that goes beyond the organic dimension of the individual body and exposes a social model that consumes more than it restores. In Brazil, although the Unified Health System (SUS) is the largest public health system in the world and the Constitution guarantees health as a universal right, women arrive at services already depleted, carrying the marks of violence and neglect, and often encounter fragmented responses restricted to biomedical rationality. This article, based on a literature review and supported by sociological and anthropological frameworks of health, analyzes how this institutional promise of care becomes a frustrated promise. The scenario reveals not only individuals in suffering, but also a society that turns the female gender into a privileged target of stigmatization and exploitation. In this sense, it is argued that confronting women's mental exhaustion requires shifting the debate beyond individual responsibility and recognizing care as a political task and a collective responsibility, indispensable to building a less unequal and less harmful society.

Keywords: Mental Health. Women. Social Suffering. Gender. Care.

RESUMEN

El agotamiento psicológico de las mujeres no puede considerarse simplemente un problema individual o clínico: es un fenómeno social que expresa una cultura que enferma precisamente a quienes les exige el sustento diario de la vida. La naturalización histórica de las desigualdades de género, aunada a la precarización estructural del trabajo y la sobrecarga invisible del cuidado, produce un desgaste que trasciende la dimensión orgánica del cuerpo individual y revela un modelo social que consume más de lo que repone. En Brasil, si bien el Sistema Único de Salud (SUS) es el sistema público más grande del mundo y la Constitución garantiza la salud como un derecho universal, las mujeres llegan a los servicios ya agotadas, con marcas de violencia y abandono, y con frecuencia encuentran respuestas fragmentadas, restringidas a la lógica biomédica. Este artículo, basado en una revisión bibliográfica y respaldado por referencias de la sociología y la antropología de la salud, analiza cómo esta promesa institucional de cuidado se convierte en una promesa frustrada. La situación revela no solo individuos que sufren, sino una sociedad que transforma al género femenino en un blanco privilegiado de estigmatización y explotación. En este sentido, se argumenta que abordar el agotamiento mental de las mujeres implica trascender la responsabilidad individual y reconocer el cuidado como una tarea política y una responsabilidad colectiva, indispensables para construir una sociedad menos desigual y más saludable.

Palabras clave: Salud Mental. Mujeres. Sufrimiento Social. Género. Cuidado.

1 INTRODUÇÃO

A exaustão mental que atravessa a vida das mulheres não pode ser reduzida a um problema individual, a uma mera falha psíquica ou a uma resposta emocional desproporcional frente às adversidades. Trata-se, antes, de um fenômeno social e histórico, enraizado em estruturas de desigualdade, em formas persistentes de violência e em modos de organização do trabalho e do cuidado que sobrecarregam de maneira desmedida o corpo e a mente femininos. Falar de saúde mental das mulheres, nesse sentido, exige deslocar o olhar do interior da mente individual para o contexto mais amplo onde se inscrevem as experiências do sofrimento: um contexto atravessado por relações de gênero, precariedade social, expectativas normativas e promessas institucionais de saúde que frequentemente não se cumprem. A promessa da saúde, inscrita constitucionalmente como horizonte de dignidade humana e bem-estar, revela-se, em grande medida, promessa frustrada, porque as condições concretas da vida – marcadas por desigualdade, invisibilidade e violência – têm inviabilizado a realização plena desse direito.

Ao situar a exaustão mental em uma moldura coletiva, desloca-se o eixo explicativo da causalidade intrapsíquica para a inteligibilidade sociológica e antropológica do adoecimento. Essa transposição não nega a dimensão clínica; pelo contrário, a recoloca em escala, mostrando que o que adoce a mulher não é apenas o somatório de sintomas, mas a repetição cotidiana de mecanismos sociais de produção de sofrimento. As trajetórias de vida são atravessadas por exigências de desempenho e de responsabilidade que se distribuem assimetricamente entre homens e mulheres; quando tal assimetria se naturaliza, a dor perde nome, e o excesso de carga converte-se em “destino”, como se fosse inevitável que as mulheres sustentassem, silenciosamente, as bases materiais e afetivas da vida comum (IBGE, 2022; FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS, 2023). O custo psíquico desse arranjo é elevado: ele corrói a autoestima, fragiliza redes de apoio e transforma o cuidado em fonte de esgotamento, não de reciprocidade.

O objetivo do presente artigo é compreender como, a partir das designações sociais atribuídas à categoria mulher, o olhar do outro interpela-a, perscruta-a e lhe responde, exigindo-lhe atributos normativos (identidade virtual social como responsável, trabalhadora, estudiosa, mãe esforçada). A questão de trabalho formulada é que pode ser, todavia, que o outro, a mulher apresente outros atributos (identidade social real como mulher explorada, corajosa até chegar ao adoecimento), e que seu atributo muitas das vezes, a partir da confrontação com o esperado se configure um estereótipo. A pesquisa é teórica e se apoia em contribuições consagradas da sociologia e da antropologia – notadamente, a noção de sofrimento social (FARMER, 1996), a teoria do estigma (GOFFMAN, 2004) e a análise do poder simbólico (BOURDIEU, 2001), articuladas à moldura jurídico-política do direito à saúde no

Brasil (BRASIL, 1988; ONU, 1948; ONU, 1966) e à literatura em saúde coletiva (ARRUDA, 2014; MIYASHIRO, 1991; BEZERRA ET AL., 2018). Pretende-se, assim, interpretar os mecanismos pelos quais a exaustão mental se fabrica socialmente e por que, apesar de um sistema de saúde de cobertura universal (BRASIL, 2021), a materialização do direito permanece capenga – sobretudo quando as vidas em questão são as das mulheres, historicamente vinculadas ao cuidado, ao trabalho informal e à sobrecarga doméstica (IBGE, 2022; PINHEIRO; MEDEIROS, 2019).

A moldura constitucional e internacional dos direitos sociais – que inclui saúde, previdência e assistência (BRASIL, 1988), bem como o reconhecimento do direito a um padrão de vida adequado (ONU, 1948; ONU, 1966) – funciona como horizonte normativo e, simultaneamente, como medida de nossa insuficiência coletiva. Dito de outro modo: ao mesmo tempo que declara a dignidade como base da vida em comum, a ordem jurídica desnuda – quando confrontada à realidade – as zonas de abandono e as fronteiras de exclusão nas quais as mulheres vivem e adoecem. Nessa fricção entre a letra da lei e a dureza do cotidiano, instala-se uma espécie de “violência doce”, isto é, a violência simbólica e institucional que se exerce sem alarde, por meio da omissão estruturada, da burocratização do cuidado, da naturalização da precariedade e da culpabilização do sujeito (BOURDIEU, 2001; ARRUDA, 2014).

2 DISCUSSÃO

2.1 A RELAÇÃO ENTRE GÊNERO, SAÚDE E DIREITOS

Em que pese o artigo 6º da Constituição da República Federativa do Brasil determine que o direito à saúde, à educação, à alimentação é inerente a todos os brasileiros e extensivo aos estrangeiros que estão em solo pátrio (BRASIL, 1988) e, conquanto tenhamos a maior cobertura de saúde pública do mundo (BRASIL, 2021), com previsão constitucional em todos os seus aspectos: saúde, previdência social e assistência social, consoante dispõem os artigos 194 a 204 da Constituição (BRASIL, 1988), tais direitos permanecem frequentemente não materializados. Todos esses são direitos humanos. Todos reconhecidos em convenções internacionais como a Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais (ONU, 1966). E, ratificados pelo Estado brasileiro, contudo incorre-se na não materialização destes e, por isso, concomitantemente em violência doce manifesta pela omissão.

A distância entre o arcabouço normativo e a experiência concreta de cidadania torna-se particularmente visível quando se observam as clivagens de gênero. A promessa de universalidade – que opera como gramática pública da igualdade – convive com uma economia moral cotidiana que hierarquiza vidas e necessidades, repondo a lógica segundo a qual as mulheres, em especial as pobres e negras, devem suportar “o peso do mundo” sem que esse fardo seja reconhecido como problema

coletivo (IBGE, 2022; FONTOURA ET AL., 2017). Esse descompasso não é mera falha de implementação: ele expressa a forma como o Estado e as instituições definem o que conta como cuidado legítimo, quem merece atenção e em que condições. O direito, portanto, não é apenas um texto; é uma prática social que pode tanto reduzir quanto ampliar a capacidade de agir de determinados grupos.

O sofrimento das mulheres brasileiras tem se inscrito nos corpos e nas trajetórias com uma intensidade que revela o caráter estrutural da exaustão mental. Etnograficamente, o sofrimento social imprime marcas de exclusão moral em mulheres brasileiras, relegando-as à condição de “não-pessoas” (ARRUDA, 2014). Nessa experiência-limite, as fronteiras entre o sofrimento físico e psíquico se diluem, e a saúde deixa de ser uma promessa de cuidado para converter-se em símbolo de abandono social. Trata-se da inscrição de um estigma que desfigura não só o corpo, mas a própria possibilidade de reconhecimento da mulher como sujeito de dignidade. Ao reiterar expectativas normativas – abnegação materna, disponibilidade permanente, capacidade de “suportar” –, a sociedade institui um padrão de mulher “resiliente” que, paradoxalmente, serve para ocultar as causas sociais do adoecimento e, com isso, para culpabilizar aquelas que não alcançam tal ideal.

O eixo central do desgaste não está apenas no acúmulo de funções, mas na sobreposição de papéis de cuidado: ser cuidadora dos filhos, do marido, da casa, da comunidade. A vida feminina é marcada pela repetição dessa função em diferentes esferas, de modo que a fronteira entre vida privada e vida pública se dissolve em um cotidiano de demandas incessantes. A pesquisa etnográfica com agentes comunitárias de saúde, por exemplo, evidencia de forma eloquente como essa interposição se radicaliza: além de assumirem o cuidado de suas próprias famílias, elas carregam, em seu campo laboral, a responsabilidade pelo cuidado das famílias atendidas no território, tornando-se depositárias de demandas incessantes e de vínculos precarizados (BIANCO; SALVARO, 2023). Nessa trama, o que se observa não é apenas cansaço físico, mas a corrosão lenta de dimensões afetivas, relacionais e identitárias, numa soma indigna de tarefas que ultrapassa qualquer limite razoável de dignidade da vida. O trabalho de cuidado – quando se torna “vocação” exigida, e não escolha – converte-se em dispositivo de exploração: ele toma tempo, energia e saúde, mas devolve pouco ou nenhum reconhecimento material e simbólico.

O estudo, ao iluminar esse segmento específico, aponta para uma dinâmica estrutural que se estende a todas as mulheres: a promessa de cuidado — que deveria ser compartilhada socialmente — é desigualmente imposta a elas, sem que lhes seja garantido o direito de usufruir da mesma saúde e do mesmo descanso que produzem para os outros. Esse quadro evidencia o caráter contraditório do sistema social: ao mesmo tempo que depende do trabalho de cuidado das mulheres, desvaloriza-o,

invisibiliza-o e transforma-o em fonte de adoecimento. A precariedade de vínculos empregatícios, a informalidade e a baixa proteção social, mais do que variáveis econômicas, são operadores morais que comunicam às mulheres que sua força de trabalho é dispensável e sua dor, indiferente (FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS, 2023; IBGE, 2022).

A centralidade das mulheres na experiência da exaustão mental não é fruto do acaso, mas expressão histórica de um modelo patriarcal que atribui a elas a função de sustentar a vida — nos lares, nos trabalhos de cuidado, nas margens da economia. Essa função, reiteradamente naturalizada, converte-se em mecanismo de exploração e precarização. No Brasil, as mulheres são maioria entre os trabalhadores informais (IBGE, 2022), concentram-se nos empregos mais precarizados — segmentos de baixas remuneração e proteção social —, (FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS, 2023) e acumulam jornadas duplas e triplas — o que as leva, em média, a trabalhar +2,3 horas/semana (2022) do que os homens, quando se somam as atividades remuneradas e não remuneradas — que, somadas à violência doméstica e às discriminações cotidianas, configuram um terreno fértil para o esgotamento psíquico (IBGE, 2022; PINHEIRO; MEDEIROS, 2019). O sofrimento que daí advém não pode ser reduzido à dimensão clínica da depressão, da ansiedade ou da síndrome de burnout. Ele deve ser reconhecido como sofrimento social, categoria que ilumina a forma como a injustiça estrutural é incorporada no corpo e na mente dos sujeitos, transformando desigualdades em adoecimento (FARMER, 1996). Ao nomear “estrutural” esse sofrimento, enfatiza-se que ele não deriva de fragilidades morais individuais, e sim de arranjos materiais e simbólicos que reiteram a desigualdade como rotina.

A literatura em antropologia e sociologia da saúde tem demonstrado que classificações clínicas e arranjos institucionais frequentemente obscurecem o contexto social do adoecimento, particularmente quando se trata de violências e trabalhos de cuidado sustentados por mulheres (MIYASHIRO, 1991; BEZERRA ET AL., 2018). Essa tradução reducionista gera uma dupla violência: de um lado, silencia as dimensões políticas e culturais da exaustão; de outro, reforça a medicalização de condições cuja origem está na desigualdade social e na violência de gênero. Ao produzir diagnósticos sem mundo, o cuidado se converte em ajuste sintomático, não em transformação das condições de vida. Não surpreende, portanto, que sejam justamente as populações socialmente vulneráveis aquelas que enfrentam maior risco de adoecer e encontram uma resposta institucional aquém de suas necessidades (LOPES; SOARES, 2023). O resultado é um ciclo vicioso: mulheres responsabilizadas por cuidar, culpabilizadas por adoecer e invisibilizadas em sua dor. E gera estigmas, pois que a violência simbólica ou física sobre ela imposta redundando nesse ciclo vicioso.

Há, ainda, um aspecto hermenêutico relevante: a forma como as mulheres narram sua dor e

como o sistema escuta – ou não – tais narrativas. Ao analisar as “narrativas da doença”, aponta-se que o adoecer é também uma construção de sentido, na qual o sujeito procura articular sofrimento, causas e expectativas de cura (MIYASHIRO, 1991). Quando essa narrativa é acolhida, o cuidado ganha espessura; quando ela é interrompida por protocolos rígidos, a clínica perde potência e as mulheres retornam para casa com a mesma carga social – acrescida, muitas vezes, de um rótulo que pouco explica e nada transforma. O descompasso entre a forma institucional de classificar e a forma social de sofrer abre uma fenda pela qual escoar a expectativa de justiça.

Em paralelo, a literatura de revisão sobre violência sexual evidencia que as respostas do sistema de saúde tendem a oscilar entre a hipernormatização e a subnotificação, com consequências práticas para a saúde mental das mulheres (BEZERRA ET AL., 2018). Não se trata de um problema de “falta de protocolos”, mas de uma engrenagem que, ao fragmentar o fenômeno, reduz a complexidade da violência a um evento clínico e ignora seus efeitos subjetivos prolongados. Na esfera do trabalho, algo semelhante ocorre: ao se ignorar a divisão sexual do trabalho e a duplicidade das jornadas, responsabiliza-se a mulher por “equilibrar” vida e profissão, em vez de se questionar a organização social que naturaliza tal equilíbrio impossível (PINHEIRO; MEDEIROS, 2019; IBGE, 2022).

A articulação entre tais dimensões – jurídica, institucional e experiencial – permite compreender por que a promessa constitucional de saúde tende a se converter, para muitas mulheres, em promessa frustrada. O SUS, reconhecido por sua abrangência (BRASIL, 2021), opera no interior de uma sociedade que, ao mesmo tempo que proclama a universalidade, reproduz desigualdades profundas. A tensão não é resolvida por mais consultas, exames ou encaminhamentos quando o que falta não é apenas acesso, mas reconhecimento. O direito enunciado, quando não encontra morada nas práticas, converte-se em um lembrete do que não se tem – ou, como diria Farmer (1996), em um índice de violência estrutural que se mede pelo que foi negado.

2.2 PODER SIMBÓLICO E ESTIGMA ORIENTAM O OLHAR SOBRE O ADOECIMENTO DA MULHER:

Pierre Bourdieu (2001) em conferência, no início dos anos de 1990, em curso que ofereceu no Collège de France referiu-se ao refletir sobre o conceito de Estado “aquele que detém o monopólio do uso legítimo da violência física”, conforme Max Weber (1999), e a violência simbólica. Para Bourdieu (2001) esta violência simbólica ao ser exercida pelo Estado é que molda o espaço e as estratégias sociais, ao estabelecer a taxa de conversão entre as diferentes modalidades do capital. Nesse sentido, a precarização do trabalho e a consequente erosão dos direitos lançam ao limbo parcelas da população em situação de miséria e vulnerabilidade causadas pela ausência do emprego e de oportunidades. Eis

nosso universo amostral se desenhando novamente: eis as contingências que levam à sucumbência, adoecimento das mulheres.

A violência simbólica, no campo da saúde, aparece como imposição de classificações legítimas sobre os corpos e as narrativas – classificações que não se percebem como dominação, pois circulam sob a aparência de neutralidade técnica (BOURDIEU, 2001). Ao definir, por exemplo, o que é “adesão”, “resiliência” ou “risco”, o sistema normatiza comportamentos esperados e produz, correlativamente, desvios a corrigir. Em ambientes onde o cuidado se converte em performance e o sucesso terapêutico em métricas, as mulheres que não se ajustam aos calendários, às prescrições e às expectativas institucionais são vistas como “difíceis”, “desorganizadas” ou “não colaborativas” – marcadores simbólicos que, mais do que descrever, produzem sujeitos. O efeito prático é o de deslocar para elas a responsabilidade por fracassos que são do arranjo social.

A responsabilidade que a mulher assume pela família e a quádrupla jornada a sobrecarrega. Ademais alimenta um estigma que é também resultado, antes, contudo, é causa para o ciclo de vulnerabilidades a que acaba se expondo. Para Erving Goffman (2004), o estigma hierarquiza, categoriza os indivíduos. Não esqueçamos, contudo, que as dificuldades econômicas vivenciadas pela classe trabalhadora advêm de uma organização sociopolítica a partir da qual o Estado brasileiro sustenta profunda desigualdade, entre esses. E, relegaram a essa classe trabalhadora, através da violência doce, conforme Bourdieu (2001) uma situação de estigmatização. Segundo Goffman (2004) a sociedade categoriza pessoas: as que possuem atributos considerados naturais e comuns. Tais categorias de pessoas circulam no mundo social e relacionam com “outras” pessoas, e se ocorre de um estranho lhes ser apresentado, automaticamente é analisado a partir das categorizações que foram inculcadas. Ou seja, perscruta-se o outro em busca dos atributos esperados (identidade virtual social). Pode ser, todavia, que o outro apresente outros atributos (identidade social real), e que seu atributo muitas das vezes, a partir da confrontação com o esperado se configure um estereótipo.

Goffman (2004) recorda que o estigma não é uma propriedade ontológica do sujeito, mas um efeito relacional: nasce do encontro entre expectativas normativas e atributos percebidos. Nesse sentido, o estigma reforça a fronteira entre “nós” e “eles” e se traduz em efeitos materiais (acesso, oportunidades, tratamento) e simbólicos (vergonha, silêncio, retraimento). As mulheres, quando adoecem mentalmente em contextos de sobrecarga e violência, correm o risco de serem percebidas como “fracas” ou “instáveis”, e não como sujeitos atingidos por uma arquitetura social que retira mais do que devolve. A marca não é apenas diagnóstica; é moral. É por isso que, frequentemente, as respostas institucionais soam insuficientes: tratam sintomas, não dissolvem marcas; corrigem comportamentos, não reordenam prioridades sociais.

O estigma é uma marca ou impressão, desde os gregos, que é empregada como indicação de degenerescência. Vem associado, desde a antiguidade clássica a algo de extraordinário, de mau: escravo, criminoso, alguém a quem se deve evitar. Na Era Cristã o estigma duplicou-se em metáforas: uma de natureza sagrada e outra como distúrbio físico. Usa-se o termo estigma como atributo depreciativo, salientando que o mesmo será usado como linguagem de relações e não de atributos físicos, conforme, sentido dado por Goffman (2004). Segundo Goffman (2004), podem-se mencionar três tipos de estigmas:

i. As abominações do corpo (deformidades físicas); ii. As culpas de caráter individual (vontade fraca, desonestidade etc.); iii. Os estigmas tribais de raça, nação e religião que são transmitidos pela linhagem familiar e contaminam a família. Aqui se compreende o estigma como culpa de caráter individual, e de grupos. Pois que, como Goffman (2004) explica, as atitudes que as pessoas consideradas ‘normais’ têm com o estigmatizado é a de uma ação social benevolente, por não o entender como humano. Fazem discriminações e sem pensar reduzem-se suas chances de vida. Entende Goffman, que se construiu uma teoria do estigma como uma ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como de classe social (2004:15). Inclui-se o gênero. E, se o estigma pode ser justificado pela diferença de classe social também pode a classe social justificar a confecção de programas, que desde o nascedouro coloca o outro em situação de subalternidade.

No caso do adoecimento psíquico da mulher face à saúde prometida, inclusive idealmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS) remete à questão de classe social também. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), embora fundado na lógica da universalidade, depara-se com mulheres que chegam aos serviços frequentemente já esgotadas, carregando não apenas sintomas clínicos, mas histórias de violência, sobrecarga e abandono (LABORATÓRIO THINK OLGA, 2023). Entretanto, o atendimento tende a fragmentar sua experiência, oferecendo respostas biomédicas a questões que são, sobretudo, sociais e políticas (BEZERRA ET AL., 2018). Essa fragmentação não se deve a desvios individuais de profissionais, mas a arranjos estruturais de gestão, financiamento e formação que privilegiam respostas episódicas em detrimento do cuidado integral e intersetorial. Em outras palavras, trata-se de um campo onde discursos técnicos mascaram hierarquias e negligências, e onde a suposta neutralidade dos protocolos pode operar como mecanismo de exclusão simbólica.

O paradoxo é evidente: a saúde, assegurada como direito constitucional, materializa-se de forma insuficiente, gerando um descompasso entre o que é prometido e o que efetivamente se entrega. A exaustão mental das mulheres, portanto, não é um acaso biográfico, mas a materialização de um modo de vida que lhes cobra mais do que restitui. É a partir dessa constatação que o presente artigo se

constrói: como exercício de reflexão crítica desde evidências sociodemográficas e etnográficas para demonstrar como a exaustão feminina é fabricada socialmente, e para discutir por que a resposta sanitária, quando recortada pela lógica biomédica, fracassa em acolhê-la.

Como corolário, cabe observar que tais dinâmicas não são episódicas, mas reprodutíveis. Ao naturalizar a relação entre “ser mulher” e “cuidar”, as instituições esvaziam de conteúdo político a reivindicação por redistribuição do cuidado e, simultaneamente, convertem a experiência de esgotamento em desvio individual a ser moderado. O efeito – cumulativo e transgeracional – incide sobre a biografia, mas também sobre a imaginação social: reduz-se o horizonte do possível, limita-se a expectativa de justiça, empobrece-se a gramática pública do cuidado. Ao fim, quando uma mulher adoece, não estamos diante de um “caso”, mas de um sistema que, ao cobrar sem devolver, mina a própria promessa que o funda (BRASIL, 1988; BRASIL, 2021; ONU, 1948; ONU, 1966).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A exaustão mental das mulheres, portanto, constitui-se como denúncia viva da forma como nossa sociedade organiza a vida coletiva. Ao converter o cuidado em recurso inesgotável a ser explorado, o modelo social vigente transforma a vitalidade feminina em combustível para o funcionamento econômico e familiar, o que corrói os próprios alicerces do bem-estar que promete sustentar. Nesse sentido, o adoecimento das mulheres é evidência da falência de um pacto social que nunca reconheceu, de fato, a centralidade do cuidado.

O enfrentamento dessa realidade não se limita a aprimorar serviços de saúde ou ampliar diagnósticos clínicos. Exige, antes, reposicionar o cuidado no centro das políticas públicas, reconhecendo-o como tarefa política e responsabilidade coletiva. Isso implica romper com a lógica da responsabilização individual e redistribuir socialmente o trabalho de sustentar a vida, seja na família, no mercado ou no Estado. Sem reordenar prioridades – trabalho decente, proteção social, tempo livre, reconhecimento simbólico – as iniciativas setoriais permanecerão enxugando gelo, enquanto as mulheres seguem pagando, em saúde psíquica, o preço de um arranjo social que considera seu tempo e sua energia como um bem elástico.

A saúde, enquanto promessa constitucional, só poderá se materializar se essa redistribuição do cuidado for assumida como princípio organizador da vida social. Reconhecer o sofrimento social não como “fraqueza”, mas como produto histórico de desigualdades persistentes, é passo indispensável para reorientar práticas de cuidado que, em vez de medicalizar a dor, a tornem audível e politicamente endereçável (FARMER, 1996; MIYASHIRO, 1991). Esse reconhecimento, por sua vez, requer que a gramática institucional abandone rótulos culpabilizadores e adote repertórios que articulem direitos,

proteção e escuta qualificada – repertórios que, aliás, já se encontram delineados na Constituição, nas convenções internacionais e nos princípios que regem o sistema público de saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 2021; ONU, 1948; ONU, 1966).

Concluir este artigo é reconhecer que a exaustão feminina não é apenas um problema a ser tratado, mas um espelho incômodo de nossa cultura. Se a Constituição brasileira garante a saúde como direito universal, a permanência dessa exaustão revela que ainda não sabemos o que significa, em termos concretos, cumprir uma promessa coletiva. Enquanto o cuidado seguir sendo imposto às mulheres como fardo privado, permaneceremos uma sociedade que adoece não só seus corpos, mas sua própria possibilidade de justiça. A tarefa que se impõe, portanto, é dupla: desnaturalizar a divisão sexual do cuidado – expondo seu caráter político e sua função de reprodução da desigualdade – e reconstruir, nas práticas institucionais e nos imaginários, a ideia de que o bem-estar é, antes de tudo, um compromisso coletivo com o tempo, o corpo e a dignidade de quem sustenta a vida comum (IBGE, 2022; PINHEIRO; MEDEIROS, 2019; FONTOURA ET AL., 2017; FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS, 2023).

Se a exaustão das mulheres vem sendo tratada como destino privado, é tempo de devolvê-la à esfera pública do debate e da responsabilidade. Não se trata de renunciar à clínica, mas de devolvê-la ao mundo: uma clínica que escute narrativas, reconheça contextos e recuse a culpabilização; um sistema que, ao se dizer universal, não naturalize hierarquias; um pacto social que leve a sério, enfim, a centralidade do cuidado. Só assim a promessa de saúde – feita em nome da dignidade humana – deixará de ser promessa para tornar-se experiência concreta: não o privilégio de algumas, mas o cotidiano possível de todas.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, Cristiani Nobre de; BRAIDE, Andrea Stopglia Guedes; NATIONS, Marilyn. “Carne crua e torrada”: a experiência do sofrimento de ser queimada em mulheres nordestinas, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2057- 2067, out. 2014. DOI: 10.1590/0102-311X00175713. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002057&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 22 ago. 2025.

BEZERRA, Juliana da Fonseca; GODINHO DE LARA, Sonia Regina; NASCIMENTO, Juliana Luporini do; BARBIERI, Márcia. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, Fortaleza, v. 31, n. 1, p. 1-12, 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.6544. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/rbps/article/view/6544>. Acesso em: 23 ago. 2025.

BIANCO, Larissa Mazzucco; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. “As minhas famílias”: gênero, trabalho de cuidados e produção de subjetividades na atuação de mulheres agentes comunitárias de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 26, p. 1-14, 2023. DOI: 10.11606/issn.1981-0490.cpst.2023.193183. Disponível em: <https://revistas.usp.br/cpst/article/view/193183/196345>. Acesso em: 22 ago. 2025.

BOURDIEU, Pierre. O poder simbólico. Tradução de Fernando Tomaz. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Gov.br, 19 set. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos>. Acesso em: 26 ago. 2025.

FARMER, Paul. On suffering and structural violence: a view from below. *Daedalus*, v. 125, n. 1, p. 261-283, 1996. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/20027362>. Acesso em: 23 ago. 2025.

FONTOURA, Natália; REZENDE, Marcela Torres; MOSTAFA, Joana; LOBATO, Ana Laura. Retrato das desigualdades de gênero e raça: 1995 a 2015. Brasília: Ipea; ONU Mulheres, 2017. Disponível em: <https://bancariosdf.com.br/portal/wp-content/uploads/2017/03/retrato-das-desigualdades-de-genero-raca.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

FUNDO BRASIL DE DIREITOS HUMANOS. Mapeamento do trabalho informal no Brasil. São Paulo: Fundo Brasil, 2023. Disponível em: <https://www.fundobrasil.org.br/wp-content/uploads/2023/01/mapeamento-trabalho-informal-corte1-1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2025.

GOFFMAN, Erving. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução de Mathias Lambert. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil: 3ª edição. Rio de Janeiro: IBGE, 2022. (Estudos e Pesquisas. Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 38). Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102066_informativo.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

LABORATÓRIO THINK OLGA. Esgotadas: o empobrecimento, a sobrecarga de cuidado e o sofrimento psíquico das mulheres. São Paulo: Think Olga, 2023. Disponível em: <https://lab.thinkolga.com/wp-content/uploads/2023/10/LAB-Esgotadas-4out-1.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2025.

LOPES, Maiara Oliveira; SOARES, Themis Cristina Mesquita. Perfil de vulnerabilidade diante das desigualdades sociais e seu impacto na saúde: uma revisão sistemática. Cadernos UniFOA, Volta Redonda, v. 18, n. 53, p. 1-10, 2023. DOI: 10.47385/cadunifoa.v18.n53.4382. Disponível em: <https://revistas.unifoa.edu.br/cadernos/article/view/4382>. Acesso em: 23 ago. 2025.

MIYASHIRO, Gladys M. The illness narratives: suffering, healing and the human condition. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 243-251, jul. 1991. DOI: 10.1590/S0102-311X1991000300013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1991000300013>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1948. Disponível em: <https://www.un.org/pt/about-us/universal-declaration-of-human-rights>. Acesso em: 26 ago. 2025.

ONU. Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais. Assembleia Geral das Nações Unidas, 1966. Disponível em: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>. Acesso em: 26 ago. 2025.

PINHEIRO, Luana; MEDEIROS, Marcelo. Desigualdades de gênero em trabalho pago e não pago no Brasil: uma análise das distribuições de tempo de homens e mulheres entre 2001 e 2015. Mercado de Trabalho: conjuntura e análise, Brasília: Ipea, n. 66, abr. 2019. Disponível em: https://portalantigo.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/mercadodetrabalho/190520_bmt_66_NT_desigualdade_de_genero.pdf. Acesso em: 22 ago. 2025.

WEBER, Max. Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva. Tradução de Regis Barbosa e Karen Elsabe Barbosa. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1999. 2 v.