

DOI: <https://doi.org/10.58871/CONSAMU25.C4>

**DETERMINANTES DE UM SOFRIMENTO SILENCIADO: A SAÚDE MENTAL
MATERNA SOB A PERSPECTIVA DA VULNERABILIDADE FEMININA**

**DETERMINANTS OF SILENCED SUFFERING: MATERNAL MENTAL HEALTH
FROM THE PERSPECTIVE OF FEMALE VULNERABILITY**

KARINE DA SILVA OLIVEIRA

Nutricionista. Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Ceará

JÚLIA MASULLO FERNANDES

Psicóloga. Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará

FRANCISCO THIAGO PAIVA MONTE

Psicólogo. Mestre em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará

JÚLIA BEATRIZ FAUSTINO MOURA

Assistente Social. Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde da Família pela Escola de Saúde Pública Visconde de Sabóia, Sobral, Ceará

ALINE DE ALMEIDA RIPARDO

Psicóloga. Especialista em Saúde Mental pela Universidade Estadual do Ceará

KÁSSIA CARVALHO ARAÚJO

Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva pela Faculdade Educamais

MARIA VALÉRIA CHAVES DE LIMA

Enfermeira. Mestre em Saúde e Sociedade pela Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

DANIELLY CUSTÓDIO CAVALCANTE DINIZ

Assistente Social. Especialista na modalidade Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Ceará

DAVID SANTOS PONTES

Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia Neurofuncional pela Unyleya Editora e Cursos S/A

NEÍRES ALVES DE FREITAS

Profissional de Educação Física. Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará

RESUMO

Objetivo: Realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da relação entre vulnerabilidade social, maternidade e saúde mental feminina. Buscou-se compreender como fatores socioeconômicos e de gênero afetam o sofrimento psíquico de mulheres, especialmente gestantes e puérperas, além de analisar como as políticas públicas incorporam - ou negligenciam

– essas demandas. **Metodologia:** O estudo é do tipo revisão narrativa da literatura. O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados SciELO, LILACS e Google Acadêmico. Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados combinados com operadores booleanos: “vulnerabilidade social” AND “saúde mental” AND “mulher” OR “maternidade” AND “sofrimento emocional” OR “saúde mental” AND “atenção primária” AND “gênero”. Foram incluídos artigos publicados entre 2019 e 2025, totalizando ao final 10 artigos. **Resultados e Discussão:** A análise revelou três eixos: (1) a evolução das políticas públicas de saúde da mulher: avanços e desafios; (2) vulnerabilidade social e desigualdade de gênero: determinantes da saúde mental feminina; e (3) maternidade e sofrimento psíquico: entre a idealização e a invisibilidade do cuidado. Embora políticas como o PAISM, a PNAISM e a Rede Cegonha representem conquistas, as práticas assistenciais centradas no corpo biológico da mulher ainda persistem, ignorando as dimensões emocionais e sociais. A pobreza das mulheres, a sobrecarga de papéis e os dispositivos culturais patriarcais intensificam os quadros de ansiedade, depressão e sentimentos de inadequação pelas mulheres. A romantização da maternidade também contribui para o não reconhecimento do sofrimento materno, frequentemente visto como falha individual. **Considerações Finais:** Conclui-se que o sofrimento psíquico feminino decorre de determinantes estruturais e sociais e não deve ser reduzido à mulher. O cuidado integral às mulheres demanda integração intersetorial e sensibilidade às singularidades delas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. Superar a lógica biologicista e enfrentar o machismo estrutural são passos essenciais para práticas de cuidado éticas, políticas e emancipadoras.

Palavras-chave: vulnerabilidade social; saúde mental; saúde da mulher.

ABSTRACT

Objective: To conduct a narrative literature review on the relationship between social vulnerability, motherhood, and women's mental health. The study sought to understand how socioeconomic and gender factors affect the psychological distress of women, especially pregnant and postpartum women, and to analyze how public policies incorporate – or neglect – these demands. **Methodology:** This is a narrative literature review. The bibliographic survey was conducted in the SciELO, LILACS and Google Scholar databases. The following Health Sciences Descriptors were used in combination with Boolean operators: “social vulnerability” AND “mental health” AND “woman” OR “motherhood” AND “emotional distress” OR “mental health” AND “primary care” AND “gender”. Articles published between 2019 and 2025 were included, totaling 10 articles. **Results and Discussion:** The analysis revealed three axes: (1) the evolution of public health policies for women: advances and challenges; (2) Social vulnerability and gender inequality: determinants of women's mental health; and (3) motherhood and psychological distress: between idealization and the invisibility of care. Although policies such as CWHCP, NPCWHC and the Stork Network represent achievements, care practices centered on the woman's biological body still persist, ignoring emotional and social dimensions. Women's poverty, the overload of roles, and patriarchal cultural devices intensify anxiety, depression, and feelings of inadequacy among women. The romanticization of motherhood also contributes to the non-recognition of maternal suffering, often seen as an individual failure. **Final Considerations:** It is concluded that women's psychological distress stems from structural and social determinants and should not be reduced to women alone. Comprehensive care for women demands intersectoral integration and sensitivity to their singularities, especially those in vulnerable situations. Overcoming the biological logic and

confronting structural sexism are essential steps towards ethical, political, and emancipatory care practices.

Keywords: social vulnerability; mental health; women's health.

1 INTRODUÇÃO

A pobreza é um evento multidimensional, caracterizado como uma situação social e econômica de privação de direitos e não atenção às necessidades. Identifica-se com a pobreza a causalidade entre a vulnerabilidade socioeconômica e eventos estressantes do cotidiano, expressando, dessa forma, o maior risco de adoecimento psíquico, associado às condições de pobreza (Fonseca *et al.*, 2021).

A condição de pobreza envolve vários aspectos: baixa escolaridade, baixo nível socioeconômico, desemprego, restrição de acesso à saúde e ao suporte social, etc. Esses atravessamentos estão intimamente relacionados à condição de vida dos sujeitos, principalmente sobre como eles sentem e vivenciam esses acontecimentos.

Compreendendo-se que a saúde mental pode ser entendida como o estado de harmonia e equilíbrio das emoções, além das formas de expressão da subjetividade, e que é influenciada por fatores socioeconômicos, biológicos e ambientais, a situação de pobreza tem trazido consequências significativas à saúde mental da população. Ainda segundo Fonseca *et al.* (2021, p. 3) “o Brasil é o segundo país com mais casos de depressão da América Latina”, provando o quanto o contexto social vulnerável está implicado nesse processo de adoecimento psíquico.

O cenário social pode desencadear repercussões negativas na saúde mental do indivíduo. Assim., considerando as implicações da desigualdade social já mencionadas, devemos refletir sobre outra condição social que incide nas formas de manifestação de sofrimento: a sociedade patriarcal e as desigualdades de gênero (Benigno; Vieira; Oliveira, 2020).

A sociedade patriarcal caracteriza-se por uma organização social centrada na figura do homem, em que este detém poder, autoridade, privilégios e controle social. Esse modelo de sociedade reforça a desigualdade de gênero, onde as mulheres são submetidas a contextos mais vulneráveis. Segundo Ceccon e Portes (2019), elas representam 70% da população pobre, recebem baixos salários e ocupam os piores postos de trabalho.

Essa situação social também é estrutural, pois a mulher é menos valorizada, socialmente e historicamente mais vulnerável, estando mais exposta a situações de sofrimento e violências.

Benigno, Vieira e Oliveira (2020) também afirmam que a mulher vivencia mais eventos estressores durante sua vida, considerando-se uma maior prevalência de transtornos mentais como ansiedade e depressão no sexo feminino. Essa prevalência aponta para uma análise da estrutura da desigualdade de gênero e suas consequências para a saúde mental feminina. As mulheres são sobrecarregadas de responsabilidades, que são impostas socialmente, definidas por valores morais e conservadores. O sofrimento psíquico, assim, é construído socialmente, já que é produzido a partir de princípios de uma sociedade histórica.

Os papéis sociais são caracterizados como um conjunto de normas e expectativas que condicionam o comportamento dos indivíduos em uma determinada organização social. Enquanto coletivo e, durante o processo de socialização, assumimos papéis que determinam a estrutura de uma sociedade (Martins, 2010).

O papel social da mulher foi historicamente construído por atravessamentos políticos e culturais. Factualmente, a subjetividade feminina está subordinada aos valores morais dominantes e expectativas sociais. Dessa forma, o papel social da mulher está intimamente associado à maternidade, assumindo-a como compulsória e tendo em seus preceitos a necessidade de zelar pela sobrevivência dos filhos e pelas atividades domésticas (Souto; Moreira, 2021).

Segundo Cesar, Loures e Andrade (2019), a maternidade se configura socialmente como uma questão central na sustentação ideológica de gênero. Apesar das atuais discussões que visam desconstruir a maternidade como papel inerente ao ser mulher, ainda tem sido radicalmente romantizada. Os autores afirmam que não há espaço para os sentimentos e percepções particulares vivenciados pela mulher nesse período, o que permite que todas as dificuldades enfrentadas durante a gestação e puerpério sejam diminuídas.

Assim, as mulheres que não maternam sofrem com o processo de culpabilização e estigmatização ocasionado pelas pressões sociais impostas pelo machismo estrutural de uma sociedade patriarcal, sendo vistas como “egoístas, estranhas, doentes” (Cesar; Loures; Andrade, 2019, pág. 71). Ademais, conforme destacam Silva e Souza (2021), quando surgem sentimentos como insegurança, medo, incompletude e culpa durante o processo de assistência à gestação, esses sentimentos são ignorados pelos profissionais de saúde e pela família, sendo muitas vezes negados pela própria paciente.

Portanto, além da singularidade da mulher ser desconsiderada nesse contexto, seus sentimentos relacionados à maternidade também são ignorados.

A maternidade é um evento que provoca diversas mudanças fisiológicas e psíquicas. Considerando isso, observa-se nesse período, dentre outros sintomas, a manifestação da ansiedade gestacional.

A ansiedade gestacional caracteriza-se, segundo Arrais, Araújo e Schiavo (2019, p. 24) “por um estado de insatisfação, inquietude, insegurança, medo, sentimento de incompetência, alterações do sono e tensão muscular” e se apresenta como um fator de risco para a Depressão Pós Parto (DPP) (Silva; Souza, 2021).

Fonseca *et al.* (2021) defendem que a perpetuação da falsa ideia da romantização da maternidade sugere que essa fase é vivenciada por todas as mulheres da mesma forma, desconsiderando as condições sociais e o contexto. Nesse sentido, a DPP pode manifestar-se a partir de uma mistura de sentimentos vivida pela mulher, associada à pressão social sofrida para que a maternidade seja um ato de amor incondicional e, assim, por não conseguirem cumprir as expectativas dessa idealização romantizada. Dessa forma, mulheres mães sentem-se ansiosas e culpadas (Silva; Souza, 2021).

Historicamente, a pauta da saúde feminina foi significativamente desconsiderada politicamente. Assim, após anos de luta é que, mais recentemente, no que concerne à atenção à saúde da mulher e à saúde da gestante, foram regulamentadas normativas para direcionar esse cuidado no campo das políticas públicas.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), por exemplo, constituída em 2004, em suas diretrizes, orienta o Sistema Único de Saúde (SUS) em uma perspectiva de promoção de saúde, para prestar a assistência integral e universal às mulheres, para que assim sejam contempladas as necessidades específicas da saúde feminina, considerando todos os seus ciclos de vida, além dos aspectos históricos e políticos que envolvem o ser mulher (Brasil, 2004).

Além da PNAISM, o Protocolo de Atenção Básica de Saúde das Mulheres, publicado em 2016, é um material técnico norteador para os processos de trabalho no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS), trazendo estratégias para o fortalecimento do cuidado nesse contexto. Nesse documento encontram-se modelos de fluxograma para a articulação da rede e atendimento às demandas das mulheres, além de conteúdos que direcionam a conduta dos profissionais de saúde (Brasil, 2016).

Nesse processo de implementação de normativas, instituiu-se ainda a Rede Cegonha no SUS, em 2011, visando consolidar as estratégias de cuidado à saúde da mulher, assegurando o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez (Brasil, 2011).

Observa-se assim a evolução acerca da atenção à saúde da mulher, tendo em vista que, anterior à criação do SUS, a saúde feminina não tinha espaço e visibilidade, pois resumia-se unicamente ao processo de gestação.

Considera-se assim que, politicamente, a mulher foi conquistando o seu espaço; hoje, o sistema de saúde estrutura-se a partir de suas demandas. Porém, mesmo com a existência de políticas e protocolos de atenção, frequentemente, apenas as demandas clínicas de saúde da mulher são consideradas. Dessa forma, o contexto social e o sofrimento psíquico emergente ainda não ocupam o devido lugar e importância nesse processo de cuidado.

Assim, considerando o que foi discutido, justifica-se a importância dessa pesquisa, tendo em vista a correlação apresentada entre a vulnerabilidade social da mulher, a produção do sofrimento psíquico e a vivência da maternidade, compreendendo que frequentemente esse sofrimento psíquico é silenciado pela prevalência de uma narrativa romantizada, inclusive quando a mulher está em situação de pobreza. Buscou-se investigar como a manifestação desse sofrimento é acolhida e conduzida diante da condição da maternidade e da vulnerabilidade, para, além disso, entender quais são as possibilidades de cuidado.

Essa pesquisa tem como objetivo realizar uma revisão narrativa da literatura acerca da relação entre vulnerabilidade social, maternidade e saúde mental da mulher, buscando compreender de que forma os atravessamentos sociais, econômicos e de gênero influenciam a produção do sofrimento psíquico feminino.

Pretende-se, ainda, identificar como a atenção à saúde mental da mulher gestante vem sendo abordada no âmbito das políticas públicas de saúde, analisando os limites e as potencialidades dessas normativas diante das condições concretas de vida e das desigualdades estruturais. Por meio da revisão, pretende-se contribuir para o debate sobre a necessidade de um cuidado integral e sensível às singularidades da mulher mãe em situação de vulnerabilidade, evidenciando a importância de reconhecer e enfrentar o sofrimento psíquico para além da romantização da maternidade.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, método que possibilita a análise ampla e crítica da produção científica existente sobre um determinado tema, integrando resultados de diferentes estudos e articulando-os com aportes teóricos e contextuais (Rother, 2007). Essa modalidade foi escolhida por permitir a discussão aprofundada e interpretativa de diferentes perspectivas que envolvem a relação entre vulnerabilidade social, maternidade e saúde mental da mulher.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Google Acadêmico, por se tratarem de repositórios amplamente utilizados nas áreas de Saúde Coletiva, Psicologia e Políticas Públicas em Saúde.

Os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) foram utilizados combinados com operadores booleanos: “vulnerabilidade social” AND “saúde mental” AND “mulher” OR “maternidade” AND “sofrimento emocional” OR “saúde mental” AND “atenção primária” AND “gênero”.

Como critérios de inclusão, foram selecionados estudos: que discutissem a condição de vulnerabilidade associada ao gênero feminino; que abordassem o cuidado em saúde mental da mulher, especialmente no ciclo gravídico-puerperal, e que dialogassem com políticas públicas de saúde. Foram incluídos artigos que abordassem as relações entre gênero, vulnerabilidade social, saúde mental feminina e maternidade, publicados entre 2019 e 2025, assegurando a contemporaneidade das análises.

Foram excluídos materiais repetidos, resumos sem acesso ao texto completo e publicações que não estabelecessem relação direta com o objeto de estudo. Dessa forma, permaneceram na revisão final um total de 10 artigos, apresentados no tópico de Resultados e Discussão.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do corpus da revisão permitiu identificar três grandes eixos temáticos que se entrelaçam na compreensão das vulnerabilidades que atravessam a saúde mental da mulher: (1) a evolução das políticas públicas de saúde da mulher: avanços e desafios; (2) vulnerabilidade social e desigualdade de gênero: determinantes da saúde mental feminina; e (3) maternidade e sofrimento psíquico: entre a idealização e a invisibilidade do cuidado.

Esses eixos não se apresentam de forma isolada, mas articulam-se em um campo de tensões que expressa as contradições entre os avanços normativos e as barreiras estruturais e simbólicas que persistem na atenção à saúde das mulheres no contexto brasileiro, conforme apresenta-se a seguir.

3.1 A evolução das políticas públicas de saúde da mulher: avanços e desafios

A trajetória das políticas de saúde da mulher no Brasil reflete o movimento de reconhecimento progressivo da mulher como sujeito de direitos, rompendo gradativamente com uma lógica reducionista que a via apenas como corpo reprodutor. Nos primeiros programas, a

ênfase recaía quase exclusivamente sobre o controle da natalidade e as ações materno-infantis, expressando a herança de um modelo biologicista e assistencialista (Souto; Moreira, 2021).

A criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, constituiu marco na reformulação dessa perspectiva. O PAISM incorporou princípios da integralidade e da equidade, reconhecendo a pluralidade das experiências femininas e situando a saúde da mulher no contexto mais amplo de sua vida social, familiar e laboral (Santana *et al.*, 2019). Contudo, conforme observado por Moura *in* Silva (2022), a implementação efetiva do PAISM foi limitada por barreiras institucionais e culturais, mantendo-se, em muitos locais, a centralidade no cuidado reprodutivo.

Em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) avançou ao reafirmar o compromisso com os direitos sexuais e reprodutivos, com o enfrentamento das desigualdades de gênero e com a promoção da autonomia feminina (Brasil, 2004). No entanto, a literatura aponta que a materialização desses princípios encontra entraves no cotidiano dos serviços, onde persistem práticas normativas, medicalizantes e fragmentadas (Franco *et al.*, 2021; Sousa *et al.*, 2021).

Os estudos analisados indicam que, embora as políticas de saúde da mulher representem conquistas históricas do movimento feminista e da Saúde Coletiva, sua efetividade depende de condições estruturais, formação profissional e mudança de paradigmas. O desafio, portanto, é consolidar uma atenção que transcenda o corpo biológico e compreenda a mulher como sujeito atravessado por determinantes sociais, culturais e afetivos, especialmente no campo da saúde mental, ainda fragilizado nas agendas públicas.

3.2 Vulnerabilidade social e desigualdade de gênero: determinantes da saúde mental feminina

A categoria vulnerabilidade, amplamente discutida na Saúde Coletiva, assume centralidade ao evidenciar que as condições de adoecimento não são apenas biológicas, mas se constituem nas interações entre fatores individuais, sociais, econômicos e culturais (Ayres *et al. in* Campos *et al.*, 2006). No caso das mulheres, essas dimensões são atravessadas por relações de poder desiguais, que estruturam práticas de dominação e exclusão.

A literatura aponta que a vulnerabilidade social feminina decorre de uma combinação entre precarização do trabalho, pobreza, desigualdade de acesso à educação e à saúde, e responsabilização desproporcional pelos cuidados domésticos e familiares (Nepomuceno ; Ximenes, 2019). Esse conjunto de fatores produz o que os autores denominam de feminização

da pobreza, fenômeno que intensifica a exposição das mulheres a situações de sofrimento psíquico, ansiedade e depressão.

Para além das condições materiais, há também a vulnerabilidade simbólica, sustentada por valores patriarcais e machistas que naturalizam a subordinação feminina. Pereira e Sartori (2025) ressaltam que a desvalorização social da mulher e a imposição de papéis rígidos de gênero geram um sentimento constante de inadequação e culpa, o que repercute diretamente na saúde mental. Moura *in* Silva (2022) complementam que essas construções culturais operam como dispositivos de controle, silenciando o sofrimento e deslegitimando as experiências emocionais das mulheres.

No campo da Psicologia e da Saúde Coletiva, a vulnerabilidade é compreendida como processo dinâmico, que combina dimensões individuais (subjetivas), programáticas (institucionais) e sociais (estruturais) (Ayres *et al. in* Campos *et al.*, 2006). Sob essa ótica, o sofrimento psíquico feminino emerge não como falha individual, mas como expressão de contextos de desigualdade e exclusão. Assim, compreender a vulnerabilidade implica deslocar o foco do “tratamento do sintoma” para a transformação das condições de vida e das relações sociais que o produzem.

3.3 Maternidade e sofrimento psíquico: entre a idealização e a invisibilidade do cuidado

Entre os temas mais recorrentes nos estudos revisados, destaca-se a maternidade como experiência ambivalente, marcada simultaneamente por realização e sofrimento. A sociedade ocidental, ancorada em valores patriarcais, construiu uma representação idealizada da maternidade como instinto natural, fonte de plenitude e prova de amor incondicional, desconsiderando as contradições e desafios reais que permeiam esse processo (Arrais; Araújo; Schiavo, 2019).

Fonseca *et al.* (2021) demonstram que a vivência da gestação e do puerpério pode desencadear sofrimentos psíquicos significativos, associados às mudanças hormonais, à sobrecarga de papéis e à falta de apoio social e institucional. No entanto, os serviços de saúde, especialmente na Atenção Primária à Saúde (APS), frequentemente reduzem o acompanhamento materno a aspectos biológicos, como pré-natal, parto e amamentação, negligenciando as dimensões subjetivas e emocionais do cuidado.

Essa invisibilidade do sofrimento materno é agravada pela expectativa social de que a mulher deve sentir-se plena e feliz com a maternidade. A presença de sentimentos ambivalentes como tristeza, irritação ou rejeição, é comumente interpretada como falha moral, o que leva muitas mulheres ao silenciamento e à culpabilização (Pereira; Sartori, 2025). Nesse sentido, a

maternidade torna-se também um lugar de vulnerabilidade simbólica, onde o sofrimento é negado em nome da idealização cultural do “ser mãe”.

Os estudos revisados reforçam o papel crucial da APS enquanto elemento instituinte da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) na detecção precoce e no acompanhamento do sofrimento psíquico materno. Para isso, é fundamental que as equipes multiprofissionais adotem práticas de acolhimento, escuta qualificada e vínculo, reconhecendo a experiência materna em sua complexidade e singularidade (Sousa *et al.*, 2021). Além disso, a articulação intersetorial com políticas de assistência social e de equidade de gênero é indispensável para enfrentar as raízes estruturais do sofrimento.

Ao compreender a maternidade não como destino natural, mas como experiência socialmente construída e marcada por desigualdades, abre-se espaço para práticas mais humanizadas e emancipatórias. O cuidado à mulher, portanto, deve ultrapassar a dimensão clínica e incluir a promoção da autonomia, o fortalecimento de redes de apoio e o reconhecimento das múltiplas maternidades possíveis.

De forma articulada, os três eixos aqui apresentados, revelam que o sofrimento psíquico feminino é produzido na interseção entre determinantes sociais, de gênero e institucionais. As políticas públicas avançaram no reconhecimento das especificidades da mulher, mas permanecem tensionadas entre o discurso da integralidade e práticas ainda fragmentadas e normativas. A vulnerabilidade, longe de ser atributo individual, expressa a precariedade das condições de vida e das estruturas simbólicas que regulam o feminino. A maternidade, por sua vez, reflete esse cenário, tornando-se ao mesmo tempo espaço de potência e de opressão.

Assim, discutir saúde mental materna em contextos de vulnerabilidade implica compreender o cuidado como ato político, que desafia modelos hegemônicos e propõe a reconstrução de vínculos, identidades e sentidos, tanto para as mulheres quanto para os profissionais que as acompanham.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente revisão narrativa permitiu compreender que a relação entre vulnerabilidade social, maternidade e saúde mental feminina é complexa, multifacetada e marcada por atravessamentos históricos e estruturais. A análise das produções científicas evidenciou que o sofrimento psíquico das mulheres, especialmente em contextos de pobreza e desigualdade de gênero, não se reduz a uma questão individual, mas reflete processos sociais e culturais que reproduzem hierarquias e exclusões.

Os resultados apontam que, embora as políticas públicas de saúde da mulher representem conquistas importantes na consolidação de direitos e na ampliação da atenção integral, a efetivação desses princípios ainda é limitada. Nos serviços de saúde, prevalecem práticas centradas no corpo biológico e nas dimensões reprodutivas, deixando em segundo plano o sofrimento emocional e as condições concretas de vida das mulheres. Essa lacuna entre o marco normativo e o cotidiano do cuidado revela a persistência de uma lógica medicalizante, hierarquizada e descontextualizada.

A revisão também evidenciou que a vulnerabilidade feminina deve ser compreendida em sua dimensão ampliada, envolvendo não apenas a escassez de recursos materiais, mas também as formas de dominação simbólica e os mecanismos sociais de desvalorização do feminino. A feminização da pobreza, associada à sobrecarga dos papéis de cuidado e à precarização do trabalho, intensifica o sofrimento e fragiliza as redes de apoio. Nesse sentido, a saúde mental da mulher pobre e mãe é produto de um conjunto de violências estruturais e simbólicas que atravessam sua existência e restringem sua autonomia.

Quanto à maternidade, os estudos analisados reforçam que sua romantização sustentada pelo ideário patriarcal de amor incondicional e abnegação contribui para o silenciamento do sofrimento psíquico. A mulher que não corresponde às expectativas sociais é frequentemente rotulada como “inadequada”, “fria” ou “doente”, o que impede a legitimação de suas vivências subjetivas. Tal processo reforça a culpabilização individual e impede que a maternidade seja reconhecida como experiência socialmente construída, atravessada por desigualdades e tensões.

Diante desse cenário, a revisão permite concluir que o enfrentamento das vulnerabilidades e do sofrimento psíquico feminino requer mais do que políticas setoriais: exige uma transformação ética e cultural, que desnaturalize as desigualdades e legitime a pluralidade das experiências femininas. A efetividade do cuidado integral depende da integração entre ações de saúde, assistência social e políticas de equidade de gênero, articulando intervenções clínicas, comunitárias e institucionais.

Por fim, reforça-se que a saúde mental das mulheres em situação de vulnerabilidade não pode ser compreendida fora de seu contexto social e político. Reconhecer essa condição é um passo essencial para a construção de práticas de cuidado que transcendam o biologicismo, enfrentem o machismo estrutural e valorizem a singularidade da experiência materna. Trata-se, portanto, de reafirmar o cuidado como ato político e ético, voltado à dignidade, à escuta e à autonomia das mulheres, pilares indispensáveis para uma sociedade mais justa e igualitária.

REFERÊNCIAS

- ARRAIS, Alessandra da Rocha; ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de; SCHIAVO, Rafaela de Almeida. Depressão e ansiedade gestacionais relacionadas à depressão pós-parto e o papel preventivo do pré-natal psicológico. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 23-34, mai.-ago. 2019. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2019000200003
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita *et al.* Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.375-417, 2006.
- BENIGNO, Gabriel Oliveira Loiola; VIEIRA, Diego Mota; OLIVEIRA, Jessica Eloísa de. Desigualdade de gênero nos estados brasileiros e análise dos stakeholders do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. **RAP: Revista Brasileira de Administração Pública**, v. 55, n. 2, p. 483-501, mar.-abr. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rap/a/xkJn9DbJmFbXnMVvmcYdyFG/?format=html&lang=pt>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**/ Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
- CECCON, Roger Flores; PORTES, Virgínia de Menezes. Mulheres em situação de pobreza extrema: gênero, raça e classe social. **Saúde em Redes**, v. 5, n. 3, p. 43-57, 2019. Disponível em: <https://revista.redeunida.org.br/index.php/rede-unida/article/view/2341>
- CÉSAR, Ruane Cristine Bernardes; LOURES, Amanda Freitas; ANDRADE, Bárbara Batista Silveira. A romantização da maternidade e a culpabilização da mulher. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 2: Supl., p. 68-75, 2019. Disponível em: <https://editora.univassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1956>
- FONSECA, Karlla Karinny Dantas da *et al.* Nível de pobreza e sintomas depressivos em mulheres mães. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 1, p. 11411-11427, jan. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/23990>
- FRANCO, Marina Haase da Costa *et al.* Desigualdade de gênero e escuta psi de mulheres atendidas na atenção básica. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, e225110, p. 1-15, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/pLgpwGw9Zsr85VTznTYFt6z/?lang=pt>
- MARTINS, Eduardo. Os papéis sociais na formação do cenário social e da

identidade. **Kínesis-Revista de Estudos dos Pós-Graduandos em Filosofia**, vol. II, n. 4, p. 40-52, dez. 2010. Disponível em:

<https://revistas.marilia.unesp.br/index.php/kinesis/article/view/4905>

MOURA, Samy Loraynn Oliveira. O. Vulnerabilidades em saúde e mulheres: Reflexões sobre o cuidado integral diante das infecções sexualmente transmissíveis. In: SILVA, Maria Adelaide Monteiro. **Vulnerabilidades em saúde, reflexões, contextos e práticas de gestão e cuidado**. Curitiba: Appris, 2022, p. 95-107.

NEPOMUCENO, Bárbara Barbosa; XIMENES, Verônica Moraes. Apoio social e saúde mental em mulheres em contextos de pobreza no Brasil. **Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology**, v. 53, n. 2, p. 208-218, 2019. Disponível em: <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/view/1059>

PEREIRA, Bruno Gomes; SARTORI, Thiago Luiz. A voz do subalterno nas relações de gênero: percepções discursivas. **Interfaces Científicas-Direito**, v. 10, n. 2, p. 105-122, 2025. Disponível em: <https://periodicos.set.edu.br/direito/article/view/11792>

SANTANA, Tâmilis Daiane Borges *et al.* Avanços e desafios da concretização da política nacional da saúde da mulher: reflexão teórica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 17, n. 61, 2019. Disponível em:

https://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/en/article/view/6012

SILVA, Flaviana Ferreira da; SOUZA, Nicolli Bellotti de. Romantização da maternidade e a saúde psíquica da mãe. **Revista Científica Online ISSN**, v. 13, n. 1, 2021. Disponível em: https://www.atenas.edu.br/uniatenas/assets/files/magazines/ROMANTIZACAO_DA_MATERNIDADE_E_A_SAUDE_PSIQUICA_DA_MAE.pdf

SOUSA, Júnior Ribeiro *et al.* Condutas em saúde mental na estratégia saúde da família: Revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, e20101018360, 2021. Disponível em:

<https://pdfs.semanticscholar.org/08a2/e15bf27f4012203a17d5719b35efc1ebed3c.pdf>

SOUTO, Kátia; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde em Debate**, v. 45, n. 130, p. 832-846, jul.-set. 2021. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/4JncpcMDZ7TQ9Hd7dkMPMpt/?format=html&lang=pt>