

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA - UNESP
Faculdade de Ciências e Letras - Campus de Assis

PATRICIA BELLOTTI

PERSPECTIVAS INTERSECCIONAIS NA MEDICALIZAÇÃO:
o uso de antidepressivos por mulheres de meia-idade

Assis
2026

PATRICIA BELLOTTI

PERSPECTIVAS INTERSECCIONAIS NA MEDICALIZAÇÃO
o uso de antidepressivos por mulheres de meia-idade

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis, para obtenção do título de Mestre em Psicologia (Área de conhecimento: Psicologia e Sociedade)

Orientador: Prof. Dr. Fernando Silva Teixeira Filho

Bolsista: CAPES - Código de Financiamento 001

Assis
2026

B447p	Bellotti, Patricia Perspectivas interseccionais na medicalização : o uso de antidepressivos por mulheres de meia-idade / Patricia Bellotti. -- Assis, 2026 144 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP), Faculdade de Ciências e Letras, Assis Orientador: Fernando Silva Teixeira Filho 1. Mulheres de meia-idade. 2. Medicalização. 3. Interseccionalidade. 4. Antidepressivo. I. Título.
-------	---



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA

Câmpus de Assis



CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: Perspectivas interseccionais na medicalização: o uso de antidepressivos por mulheres de meia-idade

AUTORA: PATRICIA BELLOTTI

ORIENTADOR: FERNANDO SILVA TEIXEIRA FILHO

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em Psicologia, área: Psicologia e Sociedade pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. FERNANDO SILVA TEIXEIRA FILHO (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP / Câmpus de Assis - FCLAs

Profa. Dra. MARCELA PASTANA (Participação Virtual)
Departamento de Psicologia Clínica / UNESP / Câmpus de Assis - FCLAs

Profa. Dra. GABRIELA JUNQUEIRA CALAZANS (Participação Virtual)
Universidade de São Paulo (USP)

Assis, 02 de dezembro de 2025.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos pensadores das interseccionalidades, teóricos de raça, classe e gênero, por revolucionarem as bases epistemológicas da Psicologia, despatologizando as mulheres ao nomearem as reais causas do seu sofrimento psíquico.

Aos meus familiares e amigos, que acreditaram na importância do meu trabalho, me incentivando a atravessar um oceano de luta, transformação pessoal e profissional.

Obrigada a minha irmã, Priscila, pelas conversas, pelas trocas e por ter me ajudado com o poster e com os slides.

Ao meu orientador e amigo, Prof. Fernando Silva Teixeira Filho, por acreditar em mim e confiar nas minhas ideias e pontos de vista, validando meus pensamentos, me orientando e me ensinando com carinho. Obrigada pela acolhida!

Agradeço às professoras Valeska Zanello e Marcela Pastana pela atenta e generosa leitura da dissertação para a qualificação. E, novamente, à professora Marcela, e à professora Gabriela Calazans por estarem comigo na defesa deste trabalho.

Ao meu professor da graduação, Osmar Araújo, por sua visão revolucionária da Psicologia, preciosa nos primeiros passos da minha formação, já desenhando caminhos que me levariam a este mestrado, inclusive me apresentando Michel Foucault de forma contundente.

As minhas pacientes, por confiarem a mim seus tesouros mais preciosos, permitindo que eu pudesse me lançar ao desejo de contribuir com todas as mulheres.

Finalmente, agradeço a mim, por ter tido a coragem de enfrentar forte carga de estudo e dedicação. Em todos os momentos desta trajetória, mesmo diante de dificuldades, segui com enorme prazer, encantada com a capacidade transformadora do processo e a possibilidade de ajudar a transformar a realidade difícil de tantas pessoas.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“Não se deve escrever somente para si mesma, mas para outros, escrever para aquelas mulheres distantes e desconhecidas que habitarão o futuro. Deixemos elas verem que não fomos heroínas ou heróis, mas que só cremos ardentemente e apaixonadamente, cremos em nossas metas, e as perseguimos. Algumas vezes fomos fortes, e outras vezes débeis, muito débeis.”

Alexandra Kollontai (s/ referência bibliográfica localizada)

A mulher não incomoda calada
A mulher calada acomoda o outro e se incomoda
A mulher que fala incomoda
Ela devolve o incômodo como quem devolve uma compra danificada
A mulher que fala entende que, para sobreviver, é preciso colocar o ar dos pulmões pra fora
Inspirar sim, mas expirar também
A mulher que fala é um perigo para o outro
A mulher calada é um perigo para si
Já nascemos sendo um perigo
Mas é preciso escolher para quem

Marcela Scheid (Fonte: Instagram da autora, marcelasheid)

RESUMO

Partindo da perspectiva biopolítica de Michel Foucault, sobre a aplicação de dispositivos e discursos de poder que produzem verdades sobre os corpos, Gênero como categoria analítica (Zanello, 2018; Lauretis, 1987/1994; Butler, 1998/1990; Wittig, 1980/2022; Scott, 1986/1990; hooks, 1984/2019; Davis, 1981/2016), que compreende o processo de inferiorização e subalternização da mulher nas relações heteronormativas, e a abordagem teórica de críticos da medicalização (Foucault, 1976/1988; Szasz, 1970/1980; Illich, 1975; Amarante, 1995/2013, Canguilhem, 1966/2009, Hacking, 2002/2009), esta pesquisa propõe investigar, a partir dos relatos de mulheres cisgêneras de meia-idade (45-59 anos), vivências e processos de subjetivação que contribuíram durante as suas vidas para que um sofrimento psíquico, marcado por questões de gênero, raça e classe, as conduzissem a receber prescrição médica para uso de antidepressivos na Unidade Básica de Saúde do Jd. Herculano, Zona Sul de São Paulo. Foi utilizado o método da Análise Temática (Braun e Clarke, 2006) e, como instrumento de coleta de dados, 1(uma) entrevista semidirigida com perguntas sobre a relação das mulheres e o uso do antidepressivo, tendo como foco seus relacionamentos sociais nos vários contextos de suas vidas, tais como a família, o trabalho, e os serviços de saúde. Destacaram-se 5 (cinco) categorias de análise: 1) Medicalização e os antidepressivos; 2) A rede de cuidados; 3) Os dispositivos amoroso e materno; 4) A violência contra as mulheres; e 5) O trabalho doméstico. Tratam-se de temas intercambiantes, porém com aspectos distintos a serem analisados. Desta forma, procurou-se denunciar o aspecto patologizante da subjetividade das mulheres, destacando gênero, raça e classe como epistemes revolucionárias e subversivas, para a compreensão do sofrimento humano.

Palavras-chaves: Mulheres de meia-idade; Medicalização; Interseccionalidade; Antidepressivo.

ABSTRACT

Starting from Michel Foucault's biopolitical perspective on the application of devices and discourses of power that produce truths about bodies, Gender as an analytical category (Zanello, 2018; Lauretis, 1987/1994, Butler, 1998/1990; Wittig, 1980/2022; Scott, 1986/1990; hooks, 1984/2019; Davis, 1981/2016), which includes the process of the degradation and subordination of women in heteronormative relations, and the theoretical approach of critics of medicalization (Foucault, 1976/1988; Szasz, 1970/1980; Illich, 1975; Amarante, 1995/2013; Canguilhem, 1966/2009; Hacking, 2002/2009), this research aims to investigate, based on the experiences of middle-aged cisgender women (45-59 years), the experiences and subjectivation processes that contributed during their lives to psychological suffering, marked by issues of gender, race, and class, leading them to receive medical prescriptions for antidepressant use at the Basic Health Unit of Jd. Herculano, South Zone of São Paulo. The Thematic Analysis method (Braun and Clarke, 2006) was used, and as a data collection instrument, one semi-structured interview was conducted with questions about women's relationship with antidepressant use, focusing on their social relationships in various contexts of their lives, such as family, work, and health services. Five categories of analysis stood out: 1) Medicalization and antidepressants; 2) The care network; 3) The loving and maternal devices; 4) Violence against women; and 5) Domestic work. These are interconnected themes, yet with distinct aspects to be analyzed. Thus, the study sought to denounce the pathologizing aspect of women's subjectivity, highlighting gender, race, and class as revolutionary and subversive epistemes for understanding human suffering.

Keywords: Middle-aged women; Medicalization; Intersectionality; Antidepressant.

LISTA DE ABREVIATURAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centro de Assistência Psicossocial

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher

INF - Intervenções não farmacológicas

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PE - Psicoeducação

PNAISM - Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPIC - Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares

PNSIPN - Política Nacional de Saúde Integral da População Negra

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAPS - Rede de Atenção Psicossocial

SUS - Sistema Único de Saúde

TB - Transtorno Bipolar

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I	16
1. Uma breve história sobre a medicalização de mulheres.....	16
2. Políticas e medicalização no Brasil.....	22
3. Gênero como “categoria útil de análise”.....	27
4. As interseccionalidades na análise.....	31
CAPÍTULO II.....	36
1. METODOLOGIA DE PESQUISA.....	36
2. OBJETIVOS DA PESQUISA.....	40
2.1 Objetivo Geral:.....	40
2.2 Objetivos específicos:.....	40
3. PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS.....	40
4. PARTICIPANTES.....	42
5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS.....	43
5.1 Transcrição de Dados.....	43
5.2 Estratégias de análise.....	44
5.3 Interpretação de dados.....	44
5.4 Validação e confiabilidade.....	45
5.5 Reflexividade do pesquisador.....	45
5.6 Ética.....	45
CAPÍTULO III.....	46
6. RESULTADOS.....	46
6.1 Apresentação das participantes.....	46
6.2 Categorias de análise.....	54
6.2.1 Medicalização e os antidepressivos.....	54
6.2.2 A rede de cuidados.....	79
6.2.3 Os dispositivos amoroso e materno.....	83
6.2.4 Violências contra as mulheres.....	104
6.2.5 O trabalho doméstico	114
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	128
APÊNDICES.....	143
ANEXOS.....	182

INTRODUÇÃO

A inquietação que motiva esta pesquisa antecede o início formal do meu percurso acadêmico no mestrado. Ao longo de mais de três décadas de atuação como psicóloga clínica, tenho observado como os relatos de pacientes são atravessados por marcadores sociais de opressão (orientação sexual, gênero, classe social, deficiência, raça/etnia), que mobilizam epistemologias, frequentemente dissociadas das abordagens teóricas convencionais. Na prática clínica, identifico, sobretudo entre mulheres, conflitos cuja centralidade recai sobre experiências de opressão de gênero, revelando a necessidade de ampliar os marcos interpretativos adotados na compreensão desses fenômenos.

Minha experiência pessoal também contribuiu para a realização desta pesquisa, ao observar minha trajetória, assim como de mulheres mais próximas, não teria como permanecer imune a tais atravessamentos estruturais. Destaco a oportunidade de hoje avaliar minhas inclinações em me posicionar em algum lugar nas “prateleiras do amor” durante grande parte da minha vida, conceito este que Valeska Zanello (2018) define como posição assumida pelas mulheres que esperam ser escolhidas pelos homens, se submetendo à avaliação dos mesmos, o que promove hierarquia e rivalidade entre elas. Ao utilizar este conceito como chave de análise de minha própria história, foi-me possível ressignificar algumas representações e percepções sobre mim mesma e sobre as mulheres na sociedade, permitindo que também possamos viver por nós mesmas e contribuir com outras mulheres.

O letramento de gênero e a compreensão interseccional ressignificam a relação da mulher consigo, com seu corpo, com seus sentimentos, com sua imagem de si, a partir da desconstrução de saberes patriarcais responsáveis pelo aprisionamento das mulheres às ideias de obrigatoriedade em se submeter a lugares pré-estabelecidos de opressão. Ao compreender esses mecanismos, abordados nesta pesquisa, a mulher se desloca para a urgência da sua singularidade, ocupando espaços de potência, autonomia e autocuidado.

Segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde* (2019), mulheres são as principais usuárias de medicamentos psicotrópicos no Brasil, e embora o recorte por classe e território não seja sempre explícito, estudos apontam que mulheres negras e periféricas têm maior probabilidade de receber prescrições de antidepressivos e ansiolíticos em contextos de sofrimento social.

A delimitação da amostra desta pesquisa ocorreu em função dos elevados índices de diagnósticos psiquiátricos, e processos de medicalização entre mulheres, especialmente

aquelas pobres, periféricas e racializadas, que apresentam maior vulnerabilidade social. Tais mulheres enfrentam ambientes marcados pela violência, sobrecarga de responsabilidades e experiências de solidão. Ao convocamos também mulheres casadas, ou morando com seus companheiros, procuramos verificar nas relações conjugais, um campo específico dos conflitos, porque concentram, de forma íntima e cotidiana, os efeitos das construções sociais sobre papéis de gênero, poder e afetividade, com a distribuição desigual dos papéis sociais.

A realidade vivida por mulheres das periferias de São Paulo é atravessada por múltiplas camadas de desigualdade, que se entrelaçam e intensificam mutuamente. Conforme observado nos relatos das entrevistadas, destacam-se marcadores interseccionais como a exaustão psicológica decorrente de condições socioeconômicas precárias, insegurança alimentar, vínculos laborais instáveis, remunerações insuficientes, dificuldade de locomoção até o trabalho, e ausência de autonomia financeira nas relações conjugais. Esses aspectos estão diretamente relacionados à opressão de gênero analisada ao longo da pesquisa, sobretudo à luz da aplicação de dispositivos de poder sobre os corpos femininos (Foucault, 1976/1988), como os dispositivos amoroso e materno (Zanello, 2018). Tais dispositivos não apenas contribuem para a produção de conflitos, mas também para sua manutenção sistêmica.

As vivências de gênero, foram recorrentes nos depoimentos das participantes, mais do que de raça e classe, evidenciando um padrão de violência intrínseco às relações conjugais, temática essa que será aprofundada no decorrer dos capítulos desta dissertação. Inseridas em uma realidade patriarcal, essas experiências revelam como as estruturas conjugais funcionam como arenas específicas para a reprodução de desigualdades sociais, atravessadas por marcadores sociais de opressão.

Nesse contexto, destaca-se a medicalização da vida como um agravante significativo: processos emocionais, comportamentais e dificuldades materiais são frequentemente interpretados sob o prisma da patologia individual, deslocando sua dimensão social, política e estrutural. Ao transformar sofrimento cotidiano em diagnóstico clínico, oculta-se o caráter sistêmico da opressão vivida por essas mulheres. Torna-se, portanto, imprescindível uma abordagem interdisciplinar, articulando psicologia, sociologia e filosofia, para aprofundar a compreensão dos fenômenos que atravessam os corpos femininos, os laços afetivos e os dispositivos normativos que sustentam tais desigualdades.

A classificação psiquiátrica proposta pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o DSM-V (2013/2014), amplamente utilizada na prática clínica, tem desempenhado papel central nesse fenômeno. A multiplicação de categorias diagnósticas ao longo das edições do manual contribui para a patologização de aspectos cotidianos da existência humana, promovendo uma expansão do campo psiquiátrico sobre experiências que, muitas vezes, são expressão legítima de condições sociais adversas.

A medicalização da vida entre mulheres periféricas tem consequências profundas e multifacetadas, que vão muito além do campo da saúde. Ela atua como um mecanismo de silenciamento, controle e invisibilização de sofrimentos que são, na verdade, sociais e estruturais, contribuindo para a dependência de medicamentos. No que se refere ao uso de antidepressivos, observa-se, nas narrativas das participantes desta pesquisa, uma perspectiva particular sobre os medicamentos psiquiátricos. Tais substâncias não são valorizadas como ferramentas de sobrevivência cotidiana por essas mulheres, e sua manutenção tende a ocorrer majoritariamente por pressão externa, oriunda da instituição, profissionais de saúde ou familiares, e não como expressão de um desejo próprio ou de autonomia terapêutica.

Este cenário revela como o campo da psiquiatria, aliado à lógica biomédica, pode operar como dispositivo de poder, legitimando intervenções que desconsideram os determinantes sociais do sofrimento. A crítica ao uso indiscriminado da medicação, particularmente em contextos de vulnerabilidade, aponta para a deslegitimação de saberes femininos sobre seus próprios corpos, carregados de julgamentos morais, e a falta de acolhimento nos serviços públicos, normalmente com pouca oferta de terapias eficazes, como é o caso da psicoterapia, como os principais efeitos iatrogênicos da medicalização das mulheres entrevistadas. Tais efeitos tendem a contribuir para a desqualificação da autoimagem das mulheres, despotencializando suas reais condições de enfrentamento, além disso, o efeito dos antidepressivos impõe uma mordaza química, como uma barreira para a elaboração do sofrimento psíquico.

As questões reprodutivas também se inserem no campo biopolítico da medicalização dos corpos femininos, especialmente no que tange ao uso de contraceptivos e à gestão da sexualidade das mulheres. Na região sudeste, 9,4% dos nascidos em 2002 foram de adolescentes entre 10 e 19 anos. Observa-se que a gravidez na adolescência, em muitos casos, não decorre de decisões conscientes e informadas, mas sim da ausência de acompanhamento adequado e da escassez de informações prévias sobre o início da vida sexual. Tal processo

revela-se frequentemente dissociado do desejo da mulher, que se vê isolada e desamparada diante das consequências, sendo, por vezes, até expulsa do espaço doméstico. Entre mulheres pretas e pardas a prevalência do uso de contraceptivos foi menor do que entre mulheres brancas, indicando desigualdade no acesso e possível medicalização sem autonomia (IBGE, 2024).

Além disso, verifica-se a atuação dos dispositivos amoroso e materno (Zanella, 2018), na construção dessas vivências, reforçando estereótipos sociais que obstruem a visibilidade e a agência das mulheres sobre suas trajetórias afetivas, corporais e reprodutivas. Esses mecanismos, articulados ao discurso médico, operam como estratégias de controle que dificultam o exercício da autonomia feminina, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social. Nesta perspectiva, optou-se em entrevistar mulheres casadas, ou morando com seus companheiros, para que pudessem ser investigados os sentimentos dessas mulheres a partir da vida conjugal, como espaços de poder e disputa, normalmente reprodutores de estruturas patriarcais retrógradas e hierárquicas, constituídas na lógica amor-paixão, em detrimento do amor-amizade, sendo o casamento considerado fator de desempoderamento para as mulheres e de empoderamento e proteção psíquica para os homens (Zanella, 2018).

A relevância desta pesquisa se constitui em contribuir para a ampliação de um letramento interseccional, que envolva a medicalização como um marcador importante para a saúde mental das mulheres mais vulnerabilizadas. Se torna evidente a necessidade de considerarmos as implicações que a medicalização pode ter no funcionamento corporal e emocional, e no bem estar de mulheres, perpetuando ciclos de desigualdade. Embora haja uma crescente discussão sobre a medicalização na literatura, pouco se tem explorado sobre a intersecção entre raça, classe social e gênero, neste contexto específico. A partir de uma análise crítica, buscamos, não só dar luz a maneira como o sujeito se submete a mecanismos identitários de poder na contemporaneidade, mas também compreender como agem as dinâmicas de agenciamento dessas mulheres, promovendo reflexões sobre alternativas que possam humanizar a abordagem à saúde dessa população.

Este estudo está estruturado em 3 (três) capítulos. No primeiro, temos uma revisão bibliográfica sobre a história da medicalização de mulheres, utilizando como base a teoria foucaultiana e aspectos teóricos transversais, da psicologia, da filosofia e da sociologia, analisando as implicações do conceito de medicalização no Ocidente. Em seguida, abordamos as Políticas e medicalização no Brasil, depois Gênero como “categoria útil para a análise”,

abarcando importantes autoras teóricas de gênero e feminismo, e em seguida as Interseccionalidades como base epistemológica para a análise da medicalização em mulheres. No segundo capítulo, discorremos sobre a metodologia empregada, e sobre a forma como a análise qualitativa e a análise temática são aplicadas a partir dos relatos das entrevistadas, utilizando-se de uma entrevista semi-estruturada, com perguntas sobre a relação das entrevistadas com o uso do antidepressivo. Em seguida propomos os objetivos geral e específicos, e posteriormente, em 3 (três) tópicos: Procedimentos de Produção de Dados, Participantes, e Procedimento da Análise de Dados. No capítulo 3 (três), apresentamos os Resultados, com uma apresentação das participantes da pesquisa, e, em seguida as categorias de análise obtidas no escopo deste trabalho: A Medicalização e os antidepressivos, A rede de cuidados, Os dispositivos amoroso e materno, A violência contra as mulheres, e O trabalho doméstico. Seguem-se então as Considerações finais, as Referências Bibliográficas, o Apêndice A, com o capítulo de livro publicado no decorrer deste mestrado: “Relações conjugais e dispositivos de poder em mulheres”, o Apêndice B com outro capítulo de livro, a ser publicado em 2026: “Aspectos Interseccionais na Medicalização: o antidepressivo em mulheres de meia-idade”, o Apêndice C, com o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e o Apêndice D com o modelo do questionário sociodemográfico, utilizado nas entrevistas. Por último, como anexos, temos o Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde, e o Parecer Consubstanciado emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp/Assis.

CAPÍTULO I

1. Uma breve história sobre a medicalização de mulheres

Considerarei oportuno iniciar esta dissertação, oferecendo ao leitor uma imagem icônica e representativa do tema deste trabalho, um símbolo emblemático da interface entre medicalização e gênero, representado pelo tratamento dado às mulheres internadas no Hospital da Salpêtrière, em Paris.

Construído no século XVII, para abrigar loucos, prostitutas e rejeitados pela sociedade, no século XIX, o referido hospital passa a receber mulheres encaminhadas por seus maridos, irmãos ou pais, sendo capaz de refletir mais do que a qualidade dos cuidados dedicados às

mulheres pela ciência, mas o reflexo da tragédia que pode representar ser mulher na modernidade sob os dispositivos de gênero e da medicalização.

O filme, "O baile das loucas", dirigido por Arnaud de Pallières (2023), retrata o Hospital de Salpêtrière como o centro de controle e poder da classificação patológica no final do século XIX. A obra expõe a atenção perversa dedicada ao sofrimento psíquico de mulheres de uma época, moldada pelas condições políticas e sociais do início do capitalismo industrial. Consideradas "alienadas de si", essas mulheres são internadas em condições sub-humanas por homens de suas famílias, sob qualquer alegação de comportamento desviante da norma e da moral, legitimadas pela medicina moderna.

Foucault (1961/1972) contextualiza-nos a respeito do que no séc. XIX foi chamado de loucura moral, a noção da patologia ligada a um comportamento desviante da norma, como uma má vontade ou um erro ético. No conflito com sua família, o indivíduo assumiria um problema psicológico, já que ferir a estrutura familiar seria considerado um desatino. O autor aponta que num ponto extremo, o racionalismo poderia conceber a loucura independentemente da razão do indivíduo, pela distorção da vontade ou conduta ética. Nesta perspectiva Foucault nos define:

A psicopatologia inutilmente tentará reencontrar essa culpabilidade misturada na doença mental, dado que ela foi posta aí exatamente por esse obscuro trabalho preparatório que se realizou no decorrer do Classicismo. Tanto isso é verdade, que nosso conhecimento científico e médico da loucura repousa implicitamente sobre a constituição anterior de uma experiência ética do desatino (Foucault, 1972, p.105).

Schmidt (2017) aponta o total fracasso de Charcot ao obter uma histeria neurológica, pautada na neuroanatomia e na fisiologia, a partir de seus estudos do cérebro e do comportamento, em oposição a Freud, estudioso de uma etiologia sexual das neuroses nesta época. A criação do diagnóstico da histeria, por Jean-Martin Charcot, se apresenta como potencial elemento disciplinar fundamental para o controle político dos corpos das mulheres.

Segundo Foucault (1976/1988), um dispositivo de saber e poder atua a partir do século XVIII, sobre o corpo da mulher, que o qualifica como reprodutora, mas o desqualifica como mulher nervosa, saturado de sexualidade com uma patologia que lhe seria intrínseca ao campo das práticas médicas: a Histerização.

Na tentativa de criar evidências científicas para classificação da histeria como patologia, Salpêtrière possuía um departamento de fotografia com publicações de 1875 a 1880, que contribuiu com a invenção da histeria como espetáculo. Ao dar-se atenção a estas mulheres,

antes silenciadas, e ao se estabelecer com elas uma forma de vínculo amoroso, as manifestações obtidas e registradas tentaram apenas simular sintomas como o “grande ataque histérico” e outros de dor e gozo (Didi-Huberman, 2015).

A histérica é aquela que deflagra a apropriação do capitalismo na sua dimensão corporal, mecanismo pelo qual o corpo se apresenta como vivo, histórico, presente na figura frágil e dócil frente ao médico, representante maior do pensamento racional. Sforzini reflete sobre a importância da histérica:

Ora, existe uma “enfermidade” particular cuja essência parece consistir em uma capacidade infinita de inventar ou de exagerar seus sintomas, de encenar sofrimentos verdadeiros: é a histeria, que certamente é mais uma doença da simulação do que uma simulação de doença (...) Como a medicina pode continuar a ser exercida com honestidade se os próprios corpos se põem a mentir? (Sforzini, 2023, p. 92).

A lógica social e teológica teria impregnado o saber científico (Coelho, 2019), amparada na ideia misógina da mulher como figura nefasta, transgressora, transformando a ciência também numa forma de castigo e manipulação. Na apresentação da Histeria das mulheres como espetáculo na Salpêtrière, Greggio e Jorge (2021) apontam os mesmos elementos etiológicos valorizados na atualidade, o biológico, o hereditário, o moral e o religioso. Neste sentido se faz necessário pensar novas bases epistemológicas que procurem interpretar e compreender o sofrimento psíquico das mulheres, para além do que propõe nos últimos dois séculos a medicina hegemônica.

Ceccarelli (2017) lamenta o fato de observarmos, até os dias de hoje, os “efeitos nocivos da sexualidade” considerados no século XIX, serem discutidos numa perspectiva higienista e repressiva, em nome dos bons costumes, da moral e da saúde. Ainda que Freud tenha contrariado a lógica psiquiátrica de Charcot, na sua patologização da Histeria, não partindo da “procriação” como função normal da sexualidade, parte de seus “desvios” e seus caminhos pulsionais, sendo que anatomia do sexo um destino para Freud (Ceccarelli, 2017). Neste sentido, a condição da mulher, como uma segunda sexualidade, parte da Psicanálise para ser analisada pelas teorias de gênero na contemporaneidade, como apontaremos neste trabalho.

O tema desta pesquisa convoca uma reconstituição histórica da modernidade, como cenário propício ao individualismo, e ao auto-empresendedorismo, em função de mudanças políticas e econômicas no mundo Ocidental. No século XVIII, com o fim do feudalismo, assim como do controle parcial da Igreja e da monarquia, ocorre um tensionamento gerado por novas instituições capitalistas, como a nova medicina e a psiquiatria, que passam a impor controle e

disciplina na forma da microfísica do poder. Michel Foucault (1976/1988), no seu giro epistemológico, propõe que o poder não é uma prerrogativa apenas de um governo, mas também relacional, sendo instaurado a serviço das instituições, porém, utilizando pessoas comuns para, por meio da produção do seu desejo, se ocuparem da construção das normas que vão reger suas próprias vidas. Nesse sentido, as palavras de Foucault são reveladas por Weizenmann (2013):

Não sou de forma alguma um teórico do poder. Eu diria que o poder, em última instância, não me interessa como questão autônoma e se, em várias ocasiões fui levado a falar da questão do poder, é na medida em que a análise política que era feita dos fenômenos do poder não me parecia ser capaz de dar conta desses fenômenos mais sutis e mais detalhados que quero evocar ao colocar a questão do dizer verdadeiro sobre si mesmo. Se digo a verdade sobre mim mesmo como eu faço, é porque, em parte, me constituo como sujeito através de um certo número de relações de poder que são exercidas sobre mim, e que exerço sobre os outros (Weizenmann, 2013, p.7).

Durante os séculos XVII e XVIII, com o advento iluminista, a visão do corpo é separada da alma ou da mente, e a Medicina moderna passa a exercer a função do controle da sociedade a partir dos corpos, conveniente às práticas capitalistas que vão se desenvolvendo. O método científico criado na perspectiva da racionalidade e independência da orientação religiosa, opera a serviço da mercantilização e da hegemonia dos saberes, terreno este onde nasce a Medicina moderna e seus preceitos. Gimenes (2011) destaca a importância dos estudos a partir do corpo dissecado, com a aplicação da anatomia científica como instrumento de uma racionalidade objetiva, de forma que a visão da ciência passa a ser adotada pelos indivíduos, na sua relação com seus próprios corpos. Retomando a visão de Ortega, Gimenes (2011) nos aponta:

Ortega argumenta que esse corpo visualizado é um corpo objetivado, já que se refere ao corpo de outro e, ainda por cima, de um outro morto, estático: “surge, como consequência, o modelo de um único corpo reproduzível ad infinitum, apresentado como norma de todos os corpos” (p. 100). Esse corpo objetivo passou a ser o modelo pelo qual as pessoas começaram a identificar seus corpos próprios, o que proporcionou o desenvolvimento de uma visão medicalizada destes (Gimenes, 2011, p. 463).

A noção de corpo na medicina moderna relaciona-se ao paradigma matemático-mecanicista, e a uma concepção de coisa-extensa de René Descartes, que circunscrevem o corpo a uma extensão material, e a alma como algo pensante (Murta; Sanson Junior, 2017). Desta forma, um olhar para a totalidade do ser, que envolve questões como a percepção subjetiva ou emocional do sujeito, é descartada. Este caráter dissociativo do eu possibilita a compreensão de uma dinâmica na qual corpo e alma estão submetidos a processos múltiplos de constituição histórica. Corpo e alma, portanto, são interpenetrados de

história e articulados através de diferentes contextos discursivos, os elementos co-construtores de múltiplos focos de subjetivação, de forma que se torna imprescindível associá-los ao processo de edificação da própria identidade histórica do indivíduo (Silveira; Furlan, 2003).

A história dos corpos e da ciência, assim como a história da mulher na modernidade, passa por transformações epistemológicas importantes a partir do século XVIII com o paradigma iluminista, já que a “iluminação das ideias” estava a serviço de forte projeto capitalista como empreendimento burguês, a pretexto de proporcionar direito a individualidade e a liberdade ao cidadão europeu. A história da medicalização é descrita por Foucault (1963/1987) na passagem de uma medicina urbana para científica, quando a figura do médico torna-se central. Com a organização das cidades, principalmente em função da erradicação de doenças e epidemias surgidas já na idade média, no final do século XVIII se dá o surgimento dos hospitais, antes organizados por religiosos, se prestam a observação dentro de uma cientificidade e suas práticas estabelecidas.

A perspectiva da cura, antes voltada diretamente para as doenças, se estabelece com outra episteme, a da Botânica, o novo modelo de inteligibilidade, segundo a classificação de Lineu, para um olhar da doença como fenômeno natural, vista como uma natureza que foi submetida a ações do meio. A água, o ar, a alimentação, o regime geral constituem o solo sobre o qual se desenvolvem em um indivíduo as diferentes espécies de doenças (Foucault, 1976/1988).

Foucault (1976/1988) aponta que a partir da época clássica, se configura uma transformação profunda nos mecanismos de poder sobre a vida e a morte. O que anteriormente era direito do soberano, como entre os romanos, de dispor sobre a vida dos súditos, como tê-los à disposição para lutar ou morrer em sua defesa, o poder de subtração da vida, se desloca para uma organização de forças, e uma ordenação de um poder sobre a vida e sua manutenção. O autor salienta que o ritual da morte, como nas guerras, dá lugar ao poder para gerir a vida, a partir da vigilância de hábitos, centrada na apropriação do corpo como máquina, e como instrumento de utilidade e docilidade, através da anátomo-política. Nos séculos XVII e XVIII, com a mercantilização, no corpo-espécie, transpassado pela mecânica do ser vivo, e como suporte dos processos biológicos com intervenções e controles reguladores, operaria a biopolítica da população.

Conforme explicam-nos Zorzanelli e Cruz (2018), Foucault analisa a medicalização como um fenômeno em várias épocas. Entre o final do séc. XVII e final do séc. XIX se daria o processo de sanitização em várias cidades da Europa, atuando sobre a erradicação de

doenças e epidemias. Já num segundo momento refere-se à medicalização indefinida, com início no final do séc. XIX, que se caracteriza por uma extrapolação da ciência médica à vida como um todo. Ou seja, não haveria mais exterioridade ao saber médico, nem fenômeno que não pudesse ser descrito por meio da relação do corpo com a medicina. Foucault (1976/1988), então define a relação do corpo com a medicina no campo semântico do biopoder, que atuaria como dispositivo dedicado ao controle de riscos e às novas biotecnologias.

A necessidade de controlar as populações promoveu técnicas disciplinares e procedimentos reguladores sobre a mulher, por ser ela a detentora da reprodução e, portanto, questões obstétricas e ginecológicas são abordadas pela medicina, com a apropriação do corpo feminino como objeto de saber, e suas verdades ginecológicas (Costa *et al.*, 2006). Os autores apresentam uma pesquisa bibliográfica, onde destacam três temáticas que envolvem o processo de medicalização do corpo feminino: “a saúde da mulher”, “a medicalização da reprodução” e “da contracepção e do parto”. No que diz respeito à saúde da mulher, na atualidade, podemos verificar a medicalização em novos âmbitos da saúde do corpo feminino, que vão se atualizando no tempo, como o uso abusivo de drogas farmacológicas, para aliviar sofrimentos (Pelegrini, 2003), e como cirurgias plásticas corretivas para as mulheres se adequarem a padrões de beleza (Polli *et al.*, 2021).

Nicholas Rose aponta a medicalização como algo suspeito, derivado da criação e incorporação de um problema “não médico” ao aparato da medicina como instituição, cujo controle social, dimensiona-a com ordem de grandeza semelhante a da religião e da lei (Carvalho *et al.*, 2015). Ivan Illich foi um crítico radical da sociedade industrial, cujas ideias influenciaram a propagação de um movimento contra os cuidados da saúde, pela medicina na década de 1970. “Em sua obra, a medicina é vista como empresa médica, cuja função é ameaçar a saúde através da colonização médica da vida, que aliena os meios de tratamento; e do monopólio profissional, que impede a partilha do conhecimento científico” (Tabet, 2017).

Na perspectiva de Illich (1975), em vários momentos ao longo da sua vida, o indivíduo submete-se a cuidados e técnicas variadas, com a expectativa de uma cura e um alívio, que nem sempre são alcançados. Illich é um personagem que instiga a reflexão e incentiva a busca pela autonomia e a descolonialidade do poder e do saber, em um cenário repleto de protagonistas dominadores, que se intitulam detentores do tão desejável elixir ou bálsamo, que as pessoas tanto buscam (Tebet, 2017). Nessa perspectiva, nos contextualiza Illich (1975), sobre o efeito da medicalização:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. (Illich, 1975, p.6).

2. Políticas e medicalização no Brasil

O número de diagnósticos em Saúde Mental tem aumentado vertiginosamente no Brasil, o que determina consequentemente um número maior de prescrições medicamentosas. Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia, a venda de antidepressivos e estabilizadores de humor no Brasil cresceu cerca de 58% entre os anos de 2017 e 2021 (Jornal da USP, 2023).

Desde sua introdução no suporte à saúde mental, o uso de psicotrópicos tem representado uma parcela significativa do total de fármacos prescritos na Atenção Básica à Saúde. Geralmente, a maioria dos usuários de tais drogas não é avaliada por um psiquiatra, indicando que muitos usam sem real necessidade (Alves *et al.*, 2022), sendo as mulheres a população que mais utiliza o serviço da Atenção Primária à Saúde (Brasil, 2020).

Moreno e Almeida (2024) apontam que os antidepressivos são a terceira classe medicamentosa mais prescrita, e, entre os psicotrópicos, são os medicamentos mais utilizados, sendo a maior parte dessas prescrições advindas da atenção primária à saúde (APS), sendo que em sua maioria, não é realizada por especialistas. Os autores destacam a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, estreitando relações entre a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que redefiniu direitos e estabeleceu novas formas de manejo e alocação de pacientes com transtornos mentais, no entanto um subfinanciamento e limitações no Sistema Único de Saúde (SUS), tornam insuficientes as ofertas dos pontos de atenção do RAPS, especializados e não especializados, para atender a dinâmica populacional de cuidado em saúde mental. Ademais, esse cenário torna-se ainda mais preocupante quando se vê a escassez de trabalhos publicados relativos à prescrição de antidepressivos na atenção primária, sobretudo quando esse fenômeno é estudado sob a ótica do médico prescritor (Moreno e Almeida, 2024).

Segundo Medeiros Filho *et al.* (2018), a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) orienta o cuidado da pessoa com transtorno mental de forma integral, centrada no sujeito, e apesar disso, o número de pessoas em uso de psicofármacos nas comunidades, e também sua prescrição na Atenção Primária à Saúde (APS), vêm crescendo nos últimos anos. A forte influência do modelo biomédico, a busca incessante por cuidados, o número alto de pessoas que procuram drogas que possam aliviar esses sofrimentos e a falta de escuta/acolhimento, contribuem para a crescente medicalização social na saúde mental. Desta forma, levanta-se a hipótese de que, embora o SUS tenha originariamente um programa desmedicalizante e antimanicomial, no sentido de pensar a queixa das/os usuárias/os em uma perspectiva multifatorial, a biologização do sofrimento tem predominado como tentativa de tratar as dores das mulheres.

Segundo o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos do Ministério da Saúde (2019), a banalização do uso de medicamentos requer atenção, já que leva a sociedade à medicalização. Para entender a relação entre medicamento, medicalização e medicamentação é imprescindível compreender que o termo “medicalização” é complexo e polissêmico, já que envolve um tipo de racionalidade determinista que desconsidera a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais.

De acordo com o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade: práticas, política e Psicologia (2010, s/ n.):

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios”. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades.

Chaves, Nóbrega e Silva (2019) ressaltam a necessidade da utilização de Intervenções não farmacológicas (INF) para promover saúde e conforto à vida de indivíduos, partindo do princípio que há fragilidade no reconhecimento de Transtornos Mentais Comuns (TMC) e pouco investimento em medidas de suporte para as pessoas com essa condição no campo da Atenção Primária à Saúde (APS). A partir de uma revisão bibliográfica, os autores verificaram uma lacuna na produção científica que trata dessa perspectiva, considerando-se a alta prevalência da população que é acometida por TMC, apresentando situações de extremo sofrimento psíquico e com dificuldade de diagnóstico por profissionais não especializados em

saúde mental. Categorias de INF foram identificadas no estudo e se mostraram efetivas: terapia cognitivo comportamental, terapia de resolução de problemas, socioterapia e cuidados colaborativos, intervenções que visam amenizar sofrimentos físicos e mentais, evitando-se a cronificação dos sintomas, podendo ser implementadas pelos profissionais de saúde generalistas e especialistas em saúde mental, com foco na resolutividade da assistência prestada.

Pande e Amarante (2017) propõe que poucos campos do conhecimento e atuação na saúde, são tão vigorosamente complexos, plurais, intersetoriais e com tanta transversalidade de saberes como o termo Saúde Mental, e que não se baseia apenas na psiquiatria e na atuação do psiquiatra. O autor aponta uma dificuldade em delimitar as fronteiras da saúde mental, devido ao espectro ampliado dos conhecimentos envolvidos, de saber onde começam e terminam seus limites.

Nesta perspectiva, foi implantada a estratégia da clínica ampliada no SUS, a efetiva contribuição nas várias linhas de cuidado em saúde, incluindo a saúde mental, visando um trabalho humanizado com enfoque biomédico, social e psicológico. Os esforços dos profissionais são voltados para uma ética do cuidado, para o bom funcionamento em equipe, que prevê a atuação de equipe multidisciplinar para o cuidado integral e centrado na pessoa, levando em consideração o diagnóstico e seu teor universalizante, mas também, a singularidade do sujeito. A clínica ampliada é um projeto humanizado de saúde, de cunho multiprofissional e saberes interdisciplinares, que consideram as dimensões subjetivas e sociais dos usuários, assim como dos trabalhadores e gestores dos serviços (Ministério da Saúde, 2007).

O Ministério da Saúde (2019) aponta que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1998), o uso racional de medicamentos consiste na utilização do medicamento apropriado às necessidades do paciente, na dose correta, por período de tempo adequado e a custo acessível. Assim, há prescrição inadequada quando a situação em que o risco de agentes prescritos supera o benefício, especialmente quando existem alternativas mais seguras. Para a OMS (1998; 2001; 2010), uma boa prescrição ou um tratamento bem escolhido deve conter o menor número de medicamentos, com efeitos colaterais mínimos, inexistência de contraindicações, ação rápida, posologia simples e em curto espaço de tempo. Nesse sentido, a norma internacional propõe seis etapas básicas no ato da prescrição de qualquer medicamento: definição do problema, especificação dos objetivos terapêuticos, seleção do tratamento mais

eficaz e seguro para o paciente, prescrição adequada, incluindo medidas medicamentosas e não-medicamentosas, informação sobre a terapêutica ao paciente e monitoramento do tratamento proposto.

Em uma revisão de literatura sobre estratégias para a redução de prescrições inadequadas de antidepressivos no município de Franco da Rocha, o Ministério da Saúde (2019) aponta-nos os problemas e inadequações encontrados nas prescrições de psicofármacos em estudos nacionais e internacionais: 1) prescrições sem diagnósticos específicos de natureza psiquiátrica; 2) ausência de outras abordagens terapêuticas para além de psicofármacos; 3) quadros psiquiátricos com sintomas expressivos submedicalizados; 4) medicalização de pacientes que vivem sofrimentos mentais leves e comuns, que não preenchem critérios diagnósticos para transtornos mentais graves e persistentes, para os quais tais medicações têm pouca evidência de eficácia e que poderiam se beneficiar de outras alternativas terapêuticas; 5) repetição ou troca de receitas sem reavaliação do diagnóstico e tratamento; 6) uso de mais de uma droga por tempo elevado de anos (em muitos casos cinco anos ou mais) (RUBIO-VALERA et al., 2012; ANDRADE, M.; ANDRADE, R.; SANTOS, 2004; MOJTABAI; OLFSON, 2011)

Outros fatores também foram descritos pela pesquisa do Ministério da Saúde (2019), quanto à ausência de prescrição racional e adequada de psicotrópicos destacando-se: diagnóstico impreciso; problemas para avaliar um tratamento psiquiátrico informado por evidência; excessiva confiança na segurança dos agentes terapêuticos; pressão do paciente; vontade do médico de diminuir rapidamente o sofrimento trazido pelo paciente; dificuldade desse profissional em negar a receita; desejo de evitar conflitos com o paciente; desconforto em mudar a prescrição de outro profissional; falta de acesso ou desconhecimento de alternativas terapêuticas; facilidade em renovar a prescrição, ao invés de fazer um novo diagnóstico (preguiça diagnóstica); conhecimento técnico restrito para rever prescrições de colegas psiquiatras; formação profissional de alguns psiquiatras; tempo reduzido do atendimento; pouco acesso a protocolos terapêuticos consensuados (HYDE et al., 2005; BRADLEY, 1992; TENTLER et al., 2008). As consequências relatadas de prescrições inadequadas de psicofármacos relacionam-se à possibilidade de tolerância terapêutica e dependência relacionada à elevada dose diária e tempo continuado, morte por toxicidade e por suicídio e efeitos colaterais que limitam a vida diária e a execução de variadas tarefas do cotidiano (FERRAZZA; ROCHA; ROGONE, 2010; MENDONÇA; CARVALHO, 2005).

No SUS, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, visa garantir o cuidado completo da mulher em todas as fases da vida, considerando suas especificidades e promovendo autonomia e cidadania. Este cuidado abrange prevenção, promoção, tratamento e recuperação da saúde, incluindo assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério, planejamento familiar, prevenção de câncer e combate à violência. O PNAISM tem como objetivos e princípios a Integralidade, considerando diferentes aspectos do bem-estar feminino, a Autonomia e Cidadania, fortalecendo o poder das mulheres, promovendo a consciência crítica e o respeito dos seus direitos, Gênero e Diversidade, reconhecendo as desigualdades de gênero e a diversidade entre as mulheres para construir políticas mais eficazes, e a Atenção aos ciclos da vida, contemplando a saúde da mulher do planejamento reprodutivo à menopausa (Ministério da Saúde, 2004).

Uma trajetória da participação social dos movimentos de mulheres na luta pela saúde, demonstra forte protagonismo da mobilização social autônoma e institucionalizada dentro do Estado, de 1980 até a atualidade. A participação do movimento feminista foi responsável pela criação do PNAISM, com a implementação da integralidade da atenção à saúde, o conceito de gênero e o reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos (Souto e Moreira, 2021), tema retomado no capítulo X deste trabalho.

Rompendo com a lógica biomédica centrada exclusivamente na reprodução, o PNAISM reconhece a mulher como sujeito de direitos, com necessidades diversas e complexas:

Da mesma maneira que diferentes populações estão expostas a variados tipos e graus de risco, mulheres e homens, em função da organização social das relações de gênero, também estão expostos a padrões distintos de sofrimento, adoecimento e morte. Partindo-se desse pressuposto, é imprescindível a incorporação da perspectiva de gênero na análise do perfil epidemiológico e no planejamento de ações de saúde, que tenham como objetivo promover a melhoria das condições de vida, a igualdade e os direitos de cidadania da mulher (Ministério da Saúde, 2004, p. 13).

O Ministério da Saúde (2004), aponta o enfoque de gênero no trabalho de saúde mental como fundamental por considerar um duplo sofrimento das mulheres com os transtornos mentais, em função das condições sociais, culturais e econômica em que vivem, reforçadas pela desigualdade de gênero arraigada na sociedade brasileira, atribuindo à mulher uma posição de subalternidade em relação aos homens. As mulheres ganham menos, concentradas em profissões mais desvalorizadas, têm menor acesso aos espaços de decisão no mundo político e econômico, sofrem mais violência (doméstica, física, sexual e emocional), vivem dupla e tripla jornada de trabalho e são as mais penalizadas com o sucateamento de serviços e

políticas sociais, considerando classe social, raça, etnia, idade e orientação sexual, situações que limitam o desenvolvimento e comprometem a saúde mental de milhões de mulheres.

No que se refere à saúde das mulheres negras, a ausência da variável de cor nos sistemas de informação na área da Saúde tem dificultado uma análise mais consistente da saúde das mulheres negras no Brasil. Dados socioeconômicos por si são indicadores do seu estado de saúde, já que a grande maioria das mulheres negras encontram-se abaixo da linha da pobreza e a taxa de analfabetismo é o dobro, quando comparada a das mulheres brancas, o que resulta em menor acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, maior risco de adoecimento e de morte (Ministério da Saúde, 2004).

3. Gênero como “categoria útil de análise”

A perspectiva pós-estruturalista de Foucault, rompe com a tradição científica do século XIX, fazendo uma crítica à visão a-histórica da constituição objetiva do sujeito, situando-o em condições históricas, ao mesmo tempo objetiva e subjetivamente (Weizenmann, 2013). Desta forma, Foucault (1971/1996) ajuda-nos a ampliar a visão da superestrutura do poder, como considerava o marxismo na questão do controle sobre os meios de produção, para a noção de controle através dos discursos sobre os corpos, que se repetem e produzem verdades sobre eles, abrindo um caminho muito importante para a discussão genealógica de gênero. O discurso da ciência sobre os corpos, configura uma importante estratégia de poder descrita por Foucault, utilizada pela medicina a partir da noção de gênero para as mulheres, num movimento dialético de penetração de aspectos sociais e psicológicos no sujeito, o que chamou, juntamente com outros filósofos pós-estruturalistas, de Processo de Subjetivação.

A proposta genealógica de Foucault, de sermos outros com a desnaturalização do sujeito moderno, são convocadas pelo feminismo (Butler, 1990/2003; Lauretis, 1987/1994, hooks, 1984/2019; Wittig, 1980/2022; Scott, 1986/1990) quando este coloca em xeque a questão da identidade na leitura do patriarcado, produzido por formas de sujeição e subjetivação, pela ciência, pela medicina e pela sociedade (Rago, 2021) . A respeito da crítica foucaultiana, Weizenmann (2013), nos dirá:

O sujeito a que ataca é aquele correlato aos processos de sujeição, executados por uma incidência política sobre os corpos e que encontra respaldo em uma rede de saberes que o cerca

esquadrinhando seus movimentos, promovendo automatismos, adestrando suas paixões, fabricando individualidades dóceis, úteis e produtivas. Com um diagnóstico acurado desta modernidade que erige positivamente o sujeito e, em seus mecanismos de afirmação o amarra a formas prototípicas, o filósofo pretende criar condições para que se possam desatar os nós das sujeições e se pensar em formas genuinamente novas de vida [...] (Weizenmann, 2013, p.12).

Foucault (1976/1988), propondo a ideia de sexualidade como tecnologia política, responsável por produzir efeitos nos corpos, a partir do discurso sobre eles, não levou em consideração apelos diferenciados de sujeitos masculinos e femininos. Teresa de Lauretis (1987/1994) propõe, nesse aspecto, o manejo do conceito de gênero, não como uma propriedade inata nos corpos, como o sexo, mas como a construção de uma representação, assim como a possibilidade da sua desconstrução discursiva. Judith Butler (1990/2003) desconstrói a noção de sexo, como essencializado e ontologicamente imune às relações de poder, tomado como categoria para regular um regime de poder/conhecimento. A autora procede com uma crítica ao patriarcado, e da noção de identidade singular forjada no binarismo masculino e feminino, que nos trazem representações previamente equivocadas. A noção do sexo como performativo, é reiterada por práticas sociais, discursos médicos, jurídicos, religiosos, etc., não havendo um “sexo verdadeiro” por trás das expressões de gênero, mas normas que regulam a vivência dos corpos (Butler, 2003).

Para além de pensar uma subjetividade formada por influências sociais e culturais, Ferreira-Neto (2004) demonstra-nos a intenção de Foucault em complexificar esta análise, propondo que uma interioridade identitária constituída (o psicológico), passa a operar como agente de transformação da exterioridade social, num movimento contínuo e dialético de subjetivação.

Gênero é um conceito polissêmico e está descrito, entre vários outros significados, como: “Conceito de ordem geral que abrange todas as características ou propriedades comuns que especificam determinado grupo ou classe de seres e de objetos” (Michaelis, 2025). Pensando gênero como dispositivo de poder, imaginamos sua produção e reprodução rizomática nas relações humanas, constituindo formas de ser e pensar sua sexualidade, que vão interferindo na forma de se pensar a si mesmo a partir de normas sociais estabelecidas. Butler (2024) sustenta a ideia de que:

Ninguém chega ao mundo isolado do conjunto de normas que nos aguarda de tocaia. As convenções, os modos de tratamento e as formas institucionais de poder já estão agindo antes do momento em que sentimos sua impressão pela primeira vez, antes do surgimento de um “eu” que pensa em si como alguém que decide quem ou o que quer ser (Butler, 2024, p.40).

Tem-se adotado a ideia de se falar da condição das mulheres como grupo, a partir do atravessamento da cultura, para além de características sexuais. Desta forma, a ideia do desenvolvimento do capitalismo, da propriedade privada estariam imbricados ao papel de gênero das mulheres nas sociedades, através das relações que elas estabeleceram com homens ao longo da história, cujo poder adquirido sobre elas e todos os seres vivos deu origem ao patriarcado. Viale (2018) aponta-nos:

A raiz do patriarcado é a “propriedade” do homem sobre a mulher, a sua pretensão de considerá-la e o poder de fazer dela uma coisa “sua”. Sobre ela modelaram-se todas as outras formas de propriedade que acompanharam a sucessão das civilizações: sobre os animais domesticados, sobre os campos, sobre as pastagens e as florestas, sobre os escravos, sobre os edifícios, sobre o dinheiro, sobre o meio de produção, sobre o conhecimento, sobre o genoma: todas as formas de acumulação daquilo que é fecundo ou considerado como tal, daquilo que “produz” ou promete produzir (Viale, 2018, p.1).

Joan Scott (1986/1990) defende que foram as feministas americanas a começarem a usar a palavra “gênero” como uma maneira de referirem-se à organização social da relação entre os sexos, para além das possibilidades gramaticais de um termo binário, masculino e feminino, que refletem um meio de classificar fenômenos num sistema de distinções socialmente acordado em categorias separadas. A autora salienta a importância do uso da palavra gênero "como uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como “sexo” ou “diferença sexual”, de forma que “gênero sublinhasse também o aspecto relacional das definições normativas de feminilidade”.

Teorias de gênero na contemporaneidade contribui com um pensamento, cuja ideia de subjetividade/identidade sofre um deslocamento da subjetivação hegemônica, para a ideia de uma fluidez entre os conceitos de sexo e gênero, a partir da sua historicização. Butler (1990/2003) descreve que a categoria “mulher” deveria ser desconstruída para buscar emancipação, por ser manipulada de forma naturalizada, com objetivos de legitimação e exclusão, e para isso se faz necessária uma descentralização das noções de falocentrismo e heterossexualidade compulsória.

Pensando os conceitos de sexo e gênero, como uma invenção essencialista para a apropriação de mulheres, Monique Wittig (2022) conclui que, no sistema heteronormativo, a categoria mulher é inventada para a categoria homem, assim como a categoria negro foi convenientemente inventada para a branco. Desta forma, para a dissolução do poder entre as identidades de gênero, Wittig (1980/2022) propõe a destruição da heteronormatividade, para resolução efetiva dos problemas de submissão da mulher ao homem, e a possibilidade de estruturação de outros tipos de relações.

Para pensar a questão da opressão de gênero/sexo, Wittig (1980/2022) se apoia, além da noção da dominação do homem sobre a mulher, na ideia de que homem e mulher são categorias estáticas, sobre as quais a mulher está subordinada ao homem devido ao modelo heteronormativo, como sistema conceitual. Desta forma, mulheres lésbicas, por exemplo, escapariam desse sistema por se excluírem desse modelo, já que estão apenas em relação a outras mulheres. Nesta direção, quando Lauretis (1987/1994) propõe a ideia de mulher para além da posição universalizada, ou arquetípica, na perspectiva de um pensamento crítico feminista, propõe a compreensão individualizada de “mulheres”, nas suas particularidades, o que a definiria fora da “casa patriarcal”, como um sujeito múltiplo em vez de único, e contraditório em vez de simplesmente dividido.

Segundo Zanello (2018), teorias de gênero na contemporaneidade vêm discutindo a saúde mental das mulheres, sob o aspecto social dos conflitos, para além das teorias da personalidade que tendem para determinações de cunho universalizante. Aspectos sociais de gênero atravessam a formação da subjetividade humana, no que se refere à maneira como os conflitos se configuram. Dessa forma, para a autora, na singularidade do sujeito, as emoções são permitidas e legitimadas, como sendo de homens e mulheres, ao longo dos anos, dentro da cultura da automatização.

Questões de gênero são amplamente discutidas no mundo, sugerindo debates como o da ameaça à família patriarcal, valorizada pela religião para a sustentação de papéis sociais, que são importantes para a manutenção de agendas políticas de uma extrema direita mundial. Butler (2024) descreve-nos ações que correm atualmente na Europa, por governos que se dedicam ao enfrentamento do que denominam ideologia de gênero:

A oposição ao gênero e a defesa da família (contra qualquer contestação a sua heteronormatividade) e da nação (contra qualquer contestação a sua pureza racial) ligam-se a uma eugenia que pertence ao passado histórico e ao presente do fascismo. Essa ligação é reiterada por formas de política conservadora que atravessam as fronteiras nacionais, sugerindo que as agendas nacionalistas dependem da circulação transnacional de termos-chave como “gênero”, que se tornam mais eficazes à medida que se propagam (Butler, 2024, p. 61).

O ataque à ideia da desconstrução da família patriarcal se mostra como preocupação central de governos de extrema direita, que contam com ideais eugenistas sobre as migrações, apoiados num pseudocristianismo para justificar a defesa de uma família que seria “natural”, e a base da constituição da nação, como Butler (2024) cita o caso da Hungria.

As características da masculinidade patriarcal, operam na mesma chave conceitual do fascismo e da extrema-direita, já que o homem branco e poderoso é quem dita as regras, frente

a todo o resto do planeta para sua destruição, de forma que todo esforço das mulheres contra a opressão, não é só para as mulheres, mas para toda a humanidade. Tiburi (2020) aponta que essas cadeias associativas (racismo, machismo, opressão de gênero) não simplesmente se dissipam; elas se condensam para demarcar um perigo identificável, que segundo esses esquemas só pode ser repellido colocando em risco pessoas trans e queer, feministas, gays, lésbicas e comunidades de imigrantes.

O sofrimento das mulheres se dá a partir de múltiplas causas e formas de violência estrutural e interseccional, que podem levá-las a fazer uso de antidepressivos. Para esse estudo, se faz necessário voltar-se a referências epistemológicas, que contribuam para além de uma lógica hegemônica, nos indicando caminhos de agenciamento das mulheres, e sua normalização. Teorias de gênero na contemporaneidade vêm discutindo a saúde mental das mulheres, sob o aspecto social dos conflitos, contrariando as teorias psicológicas da personalidade, que tendem a determinações de cunho universalizante.

4. As interseccionalidades na análise

Para analisar de que forma, momento e lugar estão ocorrendo os processos de subjetivação de mulheres medicalizadas, atravessadas por dispositivos de poder, não se dedica uma atenção reduzida a uma identidade fixa, mas como nos aponta Ferreira Neto (2004), utilizando-se como referência a compreensão da subjetividade entendida como emergência histórica de processos, não determinados pelo social, mas em conexão com processos sociais, culturais, econômicos, tecnológicos, midiáticos, ecológicos, urbanos, que participam de sua constituição e de seu funcionamento.

A metodologia desta pesquisa conjuga a ideia nomeada por Foucault de “desmultiplicação causal”, que consiste numa análise dos acontecimentos, segundo os processos múltiplos que os constituem numa processualidade em permanente transformação e à pluralidade de sua constituição, para além de uma interioridade identitária (Ferreira Neto, 2004).

Ferreira Neto (2004) nos aponta que, “se entendermos método como sendo um conjunto de instrumentos operados mediante uma sequência de procedimentos a serem executados numa pesquisa, podemos dizer afirmar que não existe um (único) método foucaultiano” (Ferreira Neto, 2004, p. 413). Foucault considera que o método deve ser

escolhido caso a caso, a partir da construção do problema ou objeto da pesquisa. Este deve conduzir o pesquisador na escolha das estratégias, instrumentos e arranjos. Em decorrência disso, o método, entendido como caminho para se chegar a um resultado, não é uma prioridade da pesquisa, pelo contrário, é algo que pode ser revisto, retificado ou alterado durante o processo da pesquisa (Ferreira Neto, 2004).

Considera-se que, para viabilizar vozes silenciadas advindas de mulheres negras e brancas, pobres e periféricas, encontradas durante o processo da pesquisa, é necessário incorporar descrições mais precisas da vivência das entrevistadas, apontando estruturas patriarcais, racistas e classistas, como avenidas, que se inter cruzam, gerando impactos específicos nas trajetórias das mulheres (Kimberlé Crenshaw, 2001/2002). Embora não tenham sido feitas perguntas diretamente a respeito dos atravessamentos de gênero, raça e classe, esses fatores se apresentaram como centrais nas histórias de sofrimento das mulheres, levando-as à prescrição medicamentosa.

A interseccionalidade investiga relações sociais marcadas pela diversidade e pelo poder, como ferramenta analítica, já que raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária são inter-relacionadas e moldam-se mutuamente (Patricia Hill Collins e Sirma Bilge, 2016/2021). Crenshaw (2001/2002) aponta a dificuldade de identificar a discriminação interseccional em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais moldam silenciosamente o pano de fundo, inviabilizando o sofrimento das mulheres, ao naturalizar aspectos estruturantes da vida, E:

o efeito disso é que apenas o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto a estrutura que coloca as mulheres na posição de ‘receber’ tal subordinação permanece obscurecida. Como resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo), ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo) (Crenshaw, 2002, p.176).

Avtar Brah (2006) descreve o conceito de “diferença” para marcadores sociais, como gênero, raça e classe, referindo-se às desigualdades ou distinções que surgem quando olhamos para esses marcadores, da forma sugerida pela visão interseccional de autoras como Crenshaw (2001/2002) e Collins & Bilge (2016/2021). No entanto, destaca-nos Brah (2006), que os marcadores operam de acordo com contingências específicas de processos culturais dinâmicos, (re)assumindo conotações e discursos particulares conforme o contexto, e sugere priorizar-se na análise a posição do sujeito e subjetividades, em detrimento do privilégio de uma visão macro ou micro do contexto social.

As narrativas das participantes desta pesquisa nos levam, desta forma, a um olhar não definitivo sobre o impacto dos marcadores sociais das mulheres, mas abrangente da realidade histórico cultural contextualizada, o que nos permitiu localizar experiências advindas de um lugar de opressão e vulnerabilidade subjetiva. Outros marcadores, não citados no decorrer desta dissertação, como a idade das participantes, poderiam ampliar novas análises e desdobramentos, mas ainda assim foi possível utilizarmos o conceito “marcadores sociais de opressão” para ilustrar os atravessamentos sociais da vida das entrevistadas.

O Ministério da Saúde (2017) nos informa que a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (PNSIPN), instituída oficialmente em 13 de maio de 2009 pelo Ministério da Saúde, representa um marco importante na luta contra o racismo institucional no Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo o racismo como um determinante social da saúde e propondo diretrizes para enfrentar as desigualdades étnico-raciais no acesso e na qualidade dos serviços de saúde.

Para a manutenção do PNSIPN é necessário que gestores, movimentos sociais, conselheiros e profissionais do SUS trabalhem em prol da melhoria das condições de saúde da população negra, a partir da compreensão de suas vulnerabilidades e do reconhecimento do racismo como determinante social em saúde. Este documento tem por finalidade orientar a implementação da PNSIPN por meio de conteúdo informativo que contribua para a operacionalização da política, considerando as especificidades e necessidades regionais (Ministério da Saúde, 2017).

No caso da saúde, a redução das desigualdades sociais é um dos objetivos do Pacto pela Saúde, iniciativa do governo federal para promover maior integração entre os entes federativos e foco em resultados no SUS, de 2006, que considera como causas determinantes e condicionantes de saúde: modos de vida, trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais, entre outros. Nesse sentido, podemos afirmar que o racismo é o principal determinante social em saúde para população negra, já que incide negativamente sobre todos esses fatores que compõem o conceito de saúde. A necessidade de analisar o conjunto de elementos interseccionais que impactam a saúde de mulheres negras é uma proposta complexa que se propõe a situar múltiplos marcadores sociais de opressão, entre eles gênero, raça e classe. O Ministério da Saúde, com a criação do PNSIPN, se propõe a instituir mecanismos de promoção da saúde integral da população negra e do enfrentamento ao racismo institucional no SUS, com vistas à superação das barreiras estruturais e cotidianas

que incidem negativamente nos indicadores de saúde dessa população: precocidade dos óbitos, altas taxas de mortalidade materna e infantil, maior prevalência de doenças crônicas e infecciosas e altos índices de violência (Ministério da Saúde, 2017).

A mulher negra é historicamente sobrecarregada pelo papel que lhe é destinado socialmente no cuidado de todos, muitas vezes abdicando de si e de seus desejos:

Por estar na base da pirâmide social, é a grande parte da classe trabalhadora, periférica e pobre, cujos recursos materiais de manutenção da vida são precários. É aquela que enfrenta jornadas de trabalho extenuantes e vínculos empregatícios abusivos e frágeis. Por ser mulher e negra, é impactada pelo machismo dentro e fora de seus núcleos de sociabilidade e pelo racismo estrutural que, em muitos casos, a impede de mover-se com suas potências (Geledés, 2025, s. p.).

Oliveira (2025) aponta que as mulheres negras são as principais vítimas dos problemas de saúde pública no SUS devido a heranças escravocratas, e de um processo abolicionista excludente, que as levam a enfrentar um racismo institucional, determinantes de uma iniquidade no conjunto da abordagem e tratamentos oferecidos a estas mulheres. Sendo analisada a variável raça-cor, até então pouco utilizada para estudos específicos com mulheres negras, é possível compreender a complexidade necessária para que seja dada a devida atenção à saúde dessas mulheres, verificando sua vulnerabilidade à todos os tipos de violência, inclusive a obstétrica, doenças sexualmente transmissíveis, insegurança nutricional, doenças mais recorrentes para a população negra, machismo, taxa alarmante de mortalidade materna, como exemplos, informações que convocam a necessidade de superação nos acompanhamentos de saúde como problemas estruturais.

Tais marcadores sociais de opressão permanecem encobertos na análise da problemática no atendimento à saúde de mulheres negras devido à ideia falaciosa de que o Brasil se constituiu como uma democracia racial, observando-se que estas mulheres, muitas vezes, não se declaram negras no serviço de saúde, em decorrência de fatores históricos que carregam ameaças para esta população. O racismo é verificado na prática cotidiana dos serviços de saúde pública, no tipo de tratamento preconceituoso dos profissionais envolvidos, na negligência naturalizada dos tratamentos oferecidos, na desigualdade do acesso a exames preventivos e diagnósticos, o que caracteriza um problema não apenas de classe, como impõe a ciência e seus dogmas, mas também de raça e gênero (Oliveira, 2025).

A lacuna de dados de gênero na pesquisa médica tem sérias implicações na saúde das mulheres, uma vez que elas não são representadas nos dados obtidos das pesquisas, sendo

excluídas de ensaios clínicos, levando a falta de dados, dosagens e tratamentos inadequados, e um possível aumento de efeitos colaterais, o que enfatiza a necessidade de desafiar vieses históricos para um atendimento médico equitativo para todas as pessoas. Mulheres cisgêneras recebem prescrição para antidepressivos e sedativos sem justificativa adequada para sintomas como dores desconsideradas, como psicológicas e não físicas, percebidas como menos sérias ou emocionais, o que perpetua o ciclo de mau diagnóstico e resultados de saúde insatisfatórios (Perez, 2019/2022).

A ausência de dados e de relatos de saúde sobre as mulheres negras e pobres diz respeito à representação do mundo como obra dos homens, tendo como referência o heterossexual, branco e burguês. Perez (2019/2022) indica que são eles que descrevem esse mundo criando significados sociais para os corpos, e determinando os que devemos ou não levar em consideração. Branquitude e masculinidade são as únicas identidades consideradas, o que é responsável por não serem vistas ou lembradas. O que é masculino passou a ser visto como universal, então a condição de minoria é relegada às mulheres, que se tornam invisíveis para a cultura e para a história.

Se faz necessário considerar as mulheres negras na sua saúde integral e nas implicações do patriarcado sobre seus corpos, que controla sua saúde a partir de seu papel social, em função da ideia de uma subalternização naturalizada oriunda da condição de escravização (Oliveira, 2025). Em entrevista à Geledés (2025), Edlamar França aponta que uma vida de dificuldades marcada pela violência impacta a saúde das mulheres negras, mas quando a mulher negra se movimenta, toda a estrutura da sociedade se movimenta com ela, como disse-nos Angela Davis, e isso quer dizer que as mulheres negras são a base de uma sociedade, dando sustentação e manutenção do cuidado com suas famílias e comunidades, fazem a economia girar e produzem riquezas com seus trabalhos muitas vezes precarizados e informais, e quando organizadas conseguem transformar a sociedade interferindo na política, no modo como o Estado promove os direitos e garantias fundamentais de seus cidadãos.

O letramento interseccional tem o potencial de promover uma transformação subjetiva das mulheres e da sociedade, na medida que possibilita a compreensão crítica das múltiplas formas de representação às quais estão submetidas. Tal processo considera as influências de agendas capitalistas e coloniais que comprometem seu valor intrínseco e impactam negativamente sua autoestima. A partir desse entendimento, torna-se viável a reconstrução de

uma identidade mais autêntica, livre de sentimentos de desvalorização e inferioridade, e de uma possível urgência em se adequar a normas ameaçadoras do machismo e do racismo.

Diante de tais problemas estruturais, a teoria da Interseccionalidade se coloca como potente instrumento para, com este trabalho, contribuirmos com a ideia de transformação e enfrentamento da opressão de mulheres na sociedade. Como nos aponta Machado e Negreiros (2024):

A teoria da interseccionalidade emergiu como um farol orientador fundamental no feminismo contemporâneo, proporcionando uma lente analítica poderosa que amplia nossa compreensão das complexas experiências das mulheres [...] A interseccionalidade, ao reconhecer as múltiplas identidades interconectadas que moldam as experiências das mulheres, enfatiza a importância da inclusão, dando voz às mulheres marginalizadas e trazendo à tona questões historicamente negligenciadas (p. 160).

CAPÍTULO II

1. METODOLOGIA DE PESQUISA

Adotamos para esta pesquisa a abordagem qualitativa, pautados em uma análise que demanda compreender, interpretar e dialetizar, alinhados aos substantivos experiência, vivência, senso comum e ação social, cuja construção científica do objeto se dá através da capacidade de se colocar no lugar do outro, levando em conta a singularidade do indivíduo envolvida pela cultura, sendo que, como pesquisadores, temos limitações para a interpretação, em função das contradições e conflitos impressos pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (Minayo, 2012).

Utilizamos o método da Análise Temática, seguindo as etapas propostas por Braun e Clarke (2006), e usamos a técnica da codificação indutiva para a identificação dos temas, para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos, cumprindo as seis fases propostas para sua utilização: 1) Familiarização dos dados, 2) Geração de códigos iniciais, 3) Busca de temas, 4) Revisão dos temas, 5) Definição e nomeação dos temas e 6) Produção de relatório (Braun e Clarke, 2006).

A presente pesquisa se deu em consonância à proposta de Souza (2019) ao sustentar que a AT começa quando o pesquisador procura nos dados padrões de significados e questões de interesse para a pesquisa, o que já pode ocorrer na coleta de dados.

A análise envolve um vaivém constante entre o banco de dados, os trechos codificados e a análise dos dados que se está produzindo a partir destes trechos. O processo termina com o relatório dos padrões (temas) nos dados. Esta estrutura está presente em boas técnicas de análise de dados qualitativos bastante comuns na literatura (Souza, 2019, p.54)

Os temas surgem na linguagem do relato das entrevistadas, mas também do pensamento do pesquisador sobre os dados obtidos, criando conexões conforme os entendemos, dando voz as participantes, e esculpindo pedaços não reconhecidos de evidências narrativas que selecionamos, editamos e utilizamos para fundamentar nossos argumentos. Existe a necessidade da delimitação de um método e da decisão em aderir a uma teoria fundamentada para o direcionamento da análise (Braun e Clarke, 2006).

A realização da AT se daria de forma genericamente flexível, no sentido de que o(a) pesquisador(a) necessita ter clareza teórica e epistemológica previamente em relação à sua pesquisa, de modo a subsidiar escolhas que norteariam a análise dos dados, não apenas para conferir rigor metodológico, mas também coerência epistemológica (Marques e Graeff, 2022, p.118)

Considera-se a ferramenta da AT nesta pesquisa, na ação contextualista de verificar a relação das experiências a significados, e por sua vez, as maneiras pelas quais o contexto social mais amplo influencia esses significados. “Portanto a Análise Temática pode ser um método que funcione tanto para refletir a realidade quanto para desvendá-la ou desconstruir a superfície da ‘realidade’” (Braun e Clarke, 2006, p. 9, tradução nossa).

Desta forma, os relatos das entrevistadas foram analisados, e sugeriram a criação de categorias considerando que essas representavam de forma significativa o tema da pesquisa, dialogando com a literatura. A Análise Temática é a forma mais flexível dentro do método categorial na Análise de Conteúdo de Bardin, por estar relacionada a um alto grau de interpretação e análise subjetiva, enquanto outras abordagens do método podem ser usadas para quantificar e analisar a ocorrência e a distribuição de categorias, conceitos e códigos específicos encontrados em um texto, estabelecer relações entre variáveis e estudar grande quantidade de dados, ainda que ambos analisem dados qualitativos, com abordagem sistemática e estruturada, com esquema claro de codificação e categorização, podendo contribuir nos campos da cultura, história e ciências sociais (Zaveri, 2023).

No conjunto das técnicas da análise de conteúdo, a análise por categorias é de citar em primeiro lugar: cronologicamente é a mais antiga; na prática é a mais utilizada. Funciona por operações de desmembramento do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos. Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos (significações manifestas) e simples (Bardin, 1995, p. 153).

A partir de uma entrevista semi-estruturada, sobre o uso dos antidepressivos, e suas causas, as entrevistadas puderam falar abertamente sobre a sua história pessoal, com uma escuta atenta e acolhedora. Vivências de solidão e abandono das suas autobiografias, laços frágeis e cheios de conflito, e principalmente, a não validação das suas existências em muitos momentos, revelaram-nos seus processos de subjetivação.

Utilizou-se como referência os três eixos da obra de Foucault, como fundamentação teórico/metodológica, a fase arqueológica, da constituição dos discursos sobre os saberes que incidem sobre o sujeito, a fase genealógica, cuja perspectiva é analisar as relações de saber-poder-corpo, entre indivíduos e instituições que atravessam e disciplinam o sujeito, e a terceira fase, da ética do cuidado de si, com estudos referentes a estética da existência, e suas práticas, tendo o mundo grego como referência, para uma análise do presente.

Tomando o conceito de discurso, como categoria política em Foucault, como recurso institucional para produção de verdades sobre os corpos, o aplicamos como categoria política, para a análise dos discursos das entrevistadas, carregados de descrições de atravessamentos dos dispositivos de poder. Como dispositivos, Foucault (1979) compreende:

A partir deste termo tento demarcar, em primeiro lugar, um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes elementos [...] entre estes elementos, discursivos ou não, existe um tipo de jogo, ou seja, mudanças de posição, modificações de funções, que também podem ser muito diferentes. [...] em terceiro lugar, entendo dispositivo como um tipo de formação que, em um determinado momento histórico, teve como função principal responder a uma urgência. O dispositivo tem, portanto, uma função estratégica dominante (Foucault, 1979, p. 244).

Considerando os sistemas de exclusão que atravessam o discurso, como a palavra proibida, os mecanismos de coerção exercidos, por exemplo, pelo cristianismo, e a segregação da loucura, especialmente a loucura moral associada às mulheres, somados à vontade de verdade, que compreende a verdade como uma construção atravessada pelo poder, produzida e legitimada historicamente, observa-se que esses três elementos direcionam a análise em torno da verdade ética do sujeito (Foucault, 1971/1996).

Rago (2011) norteia-nos para a análise de narrativas de mulheres na “escrita de si”, e constata um distanciamento crítico em relação a um antigo modo de ser “a releitura do passado também traduz o desejo de renovação interna e de afirmação da liberdade de existir diferentemente no presente”, num exercício da coragem feminina da verdade. Em referência aos gregos, Foucault (2008/2009) fala-nos sobre a parrésia, cujo significado é falar

francamente de si, não importa para quem, como uma enunciação da verdade que comporta um risco. Uma vez que esta verdade de si implica, na verdade, do outro, existe o risco de machucá-lo, irritá-lo, o que poderia conduzir até a mais extrema violência (Rago, 2011).

Portanto, o falar de si e se posicionar como sujeito ético, é uma ideia relacionada a presença de outro, que o define. Segundo Rago (2011), Foucault em sua última aula, em 1984, descreve o afastamento da ética de si, com a entrada do cristianismo na humanidade:

[...]aponta para a passagem de um grande investimento na construção da subjetividade ética do cinismo para o ascetismo cristão que, condenado a coragem da verdade em favor da desconfiança de si mesmo, afirma a relação temerosa a Deus e à ideia de obediência ao outro” (Rago, 2011, p.14).

Deleuze (1989/1996) esclarece-nos sobre um estado de deslocamento do sujeito a partir da linguagem, em um processo de cooptação exterior pelo discurso, para a analítica sobre o sujeito a partir de sua dobra profunda, isto é, por uma perspectiva sobre sua interioridade e a fase onde discute a ética de si, fazendo referência a estética da existência dos gregos, cuja verdade pode ser encontrada no fenômeno da parresia.

Ao adotar a perspectiva foucaultiana para análise de enunciados, convoca-se a presença de um outro nos relatos, a quem as mulheres se sentem subjugadas, e que as impede de confrontar sua própria verdade. Os saberes sobre os corpos das mulheres, suas verdades, têm a oportunidade de serem iluminados sob a escuta de sua verdade política. Foucault (1971/1996) apresenta sua hipótese sobre a produção do discurso:

[...] suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo, controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos cuja função é conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Foucault, 1996, p.8).

Foucault (1971/1996) aponta-nos interdições e rejeições do discurso, que revelam sua “ligação com o desejo e com o poder”, tais como loucos na idade média, a mulher não tem a sua palavra validada, para que as instituições sejam sustentadas. Mulheres são silenciadas de formas variadas, mas “quando o movimento feminista utiliza a noção de poder de Foucault, - do poder como relacional, do poder como rede de relações que nos constituem – se torna muito mais fácil entendermos a dominação de gênero” (Rago, 2010, p.10).

Com a perspectiva de analisar as narrativas das entrevistadas, na sua verdade individual, desvendamos camadas escondidas do desejo e do poder que atravessam suas vidas, desconstruindo seus discursos sob os aspectos do atravessamento de dispositivos de poder, como a medicalização e o gênero, tendo como pano de fundo a ação corrosiva do capitalismo,

que perpetua desigualdades sociais afetando de maneira desproporcional mulheres em situação de vulnerabilidade.

2. OBJETIVOS DA PESQUISA

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os fatores que contribuem para a medicalização de mulheres de meia idade com prescrição de antidepressivos no SUS.

2.2 Objetivos específicos:

¹

- 1) Identificar mulheres cisgêneras entre 45 a 59 anos com prescrição de antidepressivo em uma UBS da capital paulista;
- 2) Verificar a relação entre estereótipos de gênero, raça e classe, e medicalização na narrativa de vida das mulheres identificadas;
- 3) Identificar a rede de cuidados e atenção recebida por estas mulheres durante o tratamento na UBS.

3. PROCEDIMENTOS DE PRODUÇÃO DE DADOS

Esta pesquisa, cuja amostragem é de mulheres cisgêneras¹, duas brancas e três negras, pobres, e periféricas, propõe contribuir com o recorte do sofrimento psíquico na medicalização de mulheres de meia-idade, levando-se em conta os marcadores de gênero, de raça e de classe, considerando as interseccionalidades como constitutivas nos processos de subjetivação, ainda que não tenham sido feitas perguntas direcionadas a estes vieses nas entrevistas.

Embora a proposta inicial da pesquisa fosse entrevistar duas mulheres brancas e duas negras, houve dificuldade da equipe de profissionais da Unidade Básica de Saúde, no

¹ Segundo Bonassi (2017, p.19-20) o termo cisgênero, a partir da década de 1990, foi utilizado no ativismo virtual, em especial pelas pessoas trans e não binárias, ou seja, pessoas que não se identificam total ou parcialmente com o binarismo sexo/gênero atribuído, por exemplo, aos homens e às mulheres. A pessoa cisgênera é aquela que se identifica exclusivamente com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento a partir do sexo genital.

encaminhamento de tal amostragem, uma vez que o sistema de informática do SUS não permite a obtenção de informações sobre as mulheres atendidas e seus perfis. Sendo assim, foram entrevistadas cinco mulheres, uma indicada pela psicóloga da unidade, participante do grupo “Ansiedade e depressão”, e as demais pela gerente da UBS, a partir de casos do seu conhecimento, que ela pode pessoalmente destacar conforme o perfil: mulheres no uso do antidepressivo, prescrito pela primeira vez na Unidade Básica de Saúde do Jd. Herculano, em São Paulo, todas as mulheres residentes com marido ou companheiro, e com idades entre 45 e 59 anos. Informo que foi feita uma entrevista inicial com outra mulher indicada pela psicóloga, mas como a participante encontrava-se divorciada, não entrou no escopo da pesquisa.

As entrevistadas foram solicitadas a se autoidentificarem quanto a sua cor, contemplando a importância de se compreender o significado de identidade, pertencimento e autodeterminação como categorias de análise úteis para a compreensão da autodeclaração étnico-racial no Brasil, como apontado na obra de Stuart Hall de 2006 (Duarte Junior, 2019).

Não foram considerados critérios de exclusão como a presença de distúrbios cognitivos ou alterações severas de humor, uma vez que ainda na presença destes tipos de quadro, as entrevistadas poderiam oferecer dados importantes para a pesquisa. Verificou-se, pelos relatos, que duas das entrevistadas têm diagnóstico de bipolaridade, Silvia e Carolina.

A escolha por mulheres de meia-idade, de 45 a 59, se deu pela faixa etária representar uma população de maior vulnerabilidade social, com possíveis conflitos no casamento cronificados no tempo, a proximidade da velhice, e constituir a população adulta mais acometida por transtornos mentais registrados (Brasil, Ministério da Saúde, 2015).

A UBS do Jardim Herculano foi escolhida por estar localizada na periferia da zona sul paulistana, atendendo a bairros de população com alta vulnerabilidade social (Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo, 2004).

Feitos os contatos com as participantes através dos números de Whatsapp fornecidos, e marcadas entrevistas individuais, os encontros tiveram duração de aproximadamente uma hora cada, sendo as participantes entrevistadas em dias diferentes. As entrevistas foram gravadas e, antes do início, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), sendo este assinado em seguida. Nenhuma participante se opôs a gravação da entrevista, ou a qualquer procedimento tomado pela pesquisadora.

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos, houve a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp, como instituição proponente, e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal da Saúde, responsável pela coordenação da UBS no município, como instituição coparticipante.

Para as entrevistas, foi aplicado o seguinte roteiro de perguntas, de caráter semi estruturado, podendo ser alterado durante a aplicação do questionário, considerando a pertinência dos desvios das perguntas.

Questionário:

1. Você poderia me dizer o que te levou a buscar ajuda na UBS?
2. Você poderia me dizer o que você acha que levou o médico da UBS a te prescrever um antidepressivo?
3. Como você se sente após este tempo de uso do antidepressivo?
4. O que mudou na sua vida com o uso do antidepressivo?
5. Você acha que as pessoas da sua família sentiram uma mudança em você após o uso do antidepressivo?

As entrevistas foram realizadas na sala da psicóloga e do assistente social, para duas participantes, e, como é o espaço de trabalho de três profissionais nem sempre esteve disponível, as demais entrevistas foram realizadas no galpão, onde é realizado o grupo "Ansiedade e Depressão", em momentos em que estava disponível. As duas situações ofereceram as participantes, e a pesquisadora, a privacidade necessária para que a conversa pudesse acontecer sem intercorrências externas ou interrupções.

As participantes, ao término da entrevista, responderam ao questionário sociodemográfico, cujo os dados se encontram no capítulo 3.1.

Todas as participantes se colocaram durante a entrevista como potentes enunciatóricas, de forma a responder as perguntas, e produzir uma narrativa que procurasse iluminar o sofrimento psíquico com muitos exemplos e detalhes da experiência vivida, com a coragem da sua verdade. A necessidade de uma escuta para o sofrimento das mulheres se mostrou valiosa para as entrevistadas, sendo que todas elas expressaram, ao término das entrevistas, se sentirem bem ou aliviadas com o procedimento.

As gravações serão guardadas pela pesquisadora pelo prazo mínimo de cinco anos, sob sua responsabilidade.

4. PARTICIPANTES

As entrevistadas, duas mulheres brancas e três negras, pobres e periféricas, com renda familiar de um salário mínimo, em média, sendo o valor da bolsa família parcela significativa

deste valor para uma delas. Têm vivências de abandono na adolescência, por parte dos pais, tendo ingressado precocemente em relações conjugais, desfavoráveis do ponto de vista da saúde mental. Como experiência do primeiro casamento (duas tiveram só um casamento e as demais mais de um), tiveram relações violentas, conseguindo estabelecer relacionamentos mais estáveis com os companheiros seguintes. Três delas conseguiram terminar o ensino médio, e duas, por saírem precocemente da casa dos pais, interromperam os estudos.

Mulheres periféricas são moradoras de favelas e bairros afastados dos centros urbanos, e possuem identidades interseccionais, como negras ou pardas. São trabalhadoras informais, e enfrentam desafios como violência de gênero e institucional, falta de acesso à educação e moradia digna, precarização do trabalho e sobrecarga nos cuidados familiares e estão incluídas em estigmas sociais e invisibilidade na mídia. Entendemos por mulheres periféricas, mulheres que enfrentam uma realidade na qual o feminismo tradicional muitas vezes não as contempla como ferramenta social, com lutas atravessadas por questões urgentes como fome, violência doméstica, falta de moradia e criminalização. O feminismo periférico, portanto, emerge como uma resposta radical e situada, que reivindica espaço de fala, reconhecimento e políticas públicas que dialoguem com suas vivências (Caderno de Mulheres Periféricas da PUC-RIO).

O recorte sócio econômico, de gênero, e de raça, revelam mulheres expostas a um estresse permanente, sobretudo dentro das suas relações conjugais, nas famílias de origem e no trabalho, o que confere um alto nível de vulnerabilidade à saúde psíquica. Neste sentido, a alternativa do uso do antidepressivo ocupa-se em medicalizar o sofrimento das mulheres, responsabilizando-as pelo seu próprio destino.

No capítulo III faremos uma apresentação individual das entrevistadas.

5. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS

5.1 Transcrição de Dados

As entrevistas foram transcritas de forma literal, não havendo nenhuma alteração na fala das participantes, exceto em modificações de linguagem que dificultariam a compreensão dos leitores desta dissertação. Sendo utilizado o programa gratuito TurboScribe para transcrição, os arquivos são anexados no sistema, e automaticamente são disponibilizados

para o *download*. Apenas se fez necessário organizar as entrevistas na forma P:, para a fala do pesquisador e E: para a fala das entrevistadas.

5.2 Estratégias de análise

Através do método da análise temática, foram analisados os relatos das entrevistas. Primeiramente, estabelecendo um contato insistente com a transcrição de entrevistas, num processo de leitura e releitura, foi possível observar a presença de categorias a partir das queixas das participantes, relativas a suas vivências de sofrimento, que as levaram à medicalização. Todas as participantes, quando perguntadas sobre o motivo da sua procura pela UBS, desenvolveram um discurso a respeito dos episódios de sofrimento e violência nas suas vidas, nos quais se sentiram mais afetadas. Vivências pontuais do passado foram narradas, como por exemplo sobre violência sexual, ou abandono dos pais na gravidez da adolescência, e também um sofrimento relacionado a vivências atuais, como a exploração da mulher no trabalho doméstico pela família, ou o abuso psicológico por parte do marido, sendo observado que mesmas formas de violência se repetiam entre as participantes, originando assim as categorias eleitas.

Observa-se que as narrativas das participantes produzem mais de uma categoria, apontando para um sofrimento multifatorial, sendo que o gênero aparece como um tipo de desigualdade comum a todos os outros tipos de violência apresentados na pesquisa. Para evidenciar as experiências das participantes, foram destacados trechos das entrevistas, para a análise teórica profunda, e para a categorização.

Levou-se em consideração 5 (cinco) eixos principais de fatores que atravessam a saúde psíquica das mulheres, contribuindo para a prescrição de antidepressivos, e que nomearam os seguintes sub-capítulos: A medicalização e os antidepressivos, A rede de cuidados, os dispositivos amoroso e materno, as violências contra a mulher, e o Trabalho doméstico. Tais indicadores, embora sejam intercambiantes, tendo como origem a opressão interseccional, nos convocam à uma análise de problemáticas específicas, sugerindo configurações diferentes de enfrentamento.

5.3 Interpretação de dados

Os referenciais teóricos utilizados para a interpretação das narrativas remetem a processos de subjetivação atravessados por dispositivos de poder e de opressão. Com base em

um aporte teórico transversal, que inclui os estudos de Michel Foucault sobre o sujeito e o poder, as contribuições das teóricas feministas sobre gênero, como Valeska Zanello, Judith Butler, Monique Wittig, bell hooks, Margareth Rago, entre outras, e autores críticos da medicalização, como Ivan Illich, Paulo Amarante, Georges Canguilhem, entre outros, foi possível desenvolver uma análise sustentada por uma sólida fundamentação epistemológica.

5.4 Validação e confiabilidade

A realização das entrevistas ocorreu de forma extensa e aprofundada, possibilitando a coleta de um volume significativo de informações. A recorrência e consistência dos dados obtidos ao longo das entrevistas contribuíram para a validação das hipóteses delineadas na etapa de pré-pesquisa. Assim, a pesquisa contribui para o aprofundamento das discussões sobre a medicalização, revelando a importância da abordagem interseccional, sensível às dinâmicas de opressão e poder na subjetividade das mulheres.

5.5 Reflexividade do pesquisador

Considera-se que a pesquisadora esteve intensamente implicada em todas as etapas da investigação, em virtude de sua condição de mulher, de experiências pessoais semelhantes às das participantes, e de sua longa atuação como psicóloga clínica. Tal trajetória profissional permitiu-lhe testemunhar, de forma recorrente, manifestações de sofrimento vinculadas ao marcador de gênero, tanto nas vivências clínicas quanto na observação das dinâmicas sociais mais amplas. Não obstante esse envolvimento, a condução da pesquisa pautou-se por rigor metodológico e atenção constante à objetividade, garantindo que a participação da pesquisadora se mantivesse o mais imparcial possível, resguardando a validade da análise empreendida.

5.6 Ética

Por tratar-se de uma pesquisa com seres humanos, contamos com a aprovação junto à Plataforma Brasil, do Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, nossa instituição coparticipante, e do Comitê de Ética em Pesquisa da Unesp/Assis, a instituição proponente. Posteriormente esta pesquisadora recebeu um comunicado, por e-mail, do CEJAM - Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim, entidade sem fins lucrativos, responsável pelo gerenciamento de serviços e programas de saúde, junto ao governo do Estado de São Paulo, na atuação com as prefeituras de São Paulo, para comparecer à Unidade Básica de Saúde Jardim Herculano, onde foi desenvolvido o trabalho da coleta de dados da pesquisa. Destacamos que houve longa jornada percorrida para aprovação desta pesquisa pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, devido a procedimentos burocráticos solicitados, e a necessidade do comparecimento em diferentes endereços da prefeitura.

As cinco entrevistas realizadas na UBS Jd. Herculano, foram transcritas na íntegra, e as participantes receberam nomes fictícios, para preservar suas identidades. Foram utilizados nomes de mulheres ilustres dentro dos movimentos feministas, como Angela Davis, Silvia Federici e Carolina de Jesus, esta última, embora não militasse na questão feminista, realizou uma carreira brilhante como escritora, cuja literatura denunciou a realidade das mulheres pobres da favela, de forma contundente. Guida e Eurídice foram escolhidas por serem personagens do filme “A vida invisível”, dirigido por Karim Aïnouz (2019), cujo enredo se refere a realidade de duas irmãs, vítimas de uma família e sociedade conservadoras, que foram capazes de destruir os sonhos de vida das personagens.

Segundo Monteiro, Raimundo e Martins (2019) o anonimato é importante para a construção do conhecimento, mas o sujeito é parte significativa e não é qualquer pessoa, sem marca e sem história, desta forma ocultando seus nomes os sujeitos são de certa maneira apagados, e os fenômenos são computados pelo pesquisador de maneira independente daqueles que se submeteram ao dispositivo, como se os sujeitos fossem uma forma de suporte “descartável”. Sendo assim, pensou-se em trazer para as participantes o teor de luta e resistência simbólica, que se confere nos nomes de mulheres ilustres, já que as participantes também são mensageiras da sua luta, que transforma o mundo de maneira positiva.

CAPÍTULO III

6. RESULTADOS

6.1 Apresentação das participantes

A seguir apresentamos informações sobre as participantes, obtidas durante as entrevistas, e a partir do questionário sociodemográfico (Apêndice B). As participantes são moradoras do entorno da UBS Jd. Herculano, na zona sul de São Paulo, uma região de alta vulnerabilidade social (Mapa da Vulnerabilidade Social da População da Cidade de São Paulo, 2004).

Angela

A tem 52 anos, se identifica como da cor parda, estudou até o segundo ano do ensino fundamental, é da religião espírita, e reside com o companheiro, se identificando como solteira. Tem cinco filhos, mas reside com duas filhas e o companheiro, e às vezes um filho que acolhe eventualmente, do primeiro casamento. Teve 3 (três) uniões. O primeiro filho teve de uma gravidez aos 14 anos. Diz ter perdido a virgindade e, em seguida, engravidado do namorado, que não assumiu a criança. Seus pais não aceitaram a gravidez, e A saiu de casa para morar com os padrinhos. Mais tarde conhece um rapaz, mora com ele em Petrópolis e sofre uma desilusão amorosa, quando ele a envia para São Paulo, para passar festas de final de ano com familiares, e quando A está em São Paulo, ele, por telefone, rompe o relacionamento, e diz já estar com outra pessoa. A fica muito decepcionada com o acontecido, por achar que já estava tudo planejado por seu companheiro, e diz ter ficado muito mal, não com a separação, mas com a maneira como ele agiu. A fica em São Paulo e conhece seu terceiro companheiro, com quem vive hoje, e tem 2 filhas. Diz que o marido é uma ótima pessoa, mas dentro de casa é bem machista e não admite ajudar nas tarefas domésticas. Eles têm dificuldade com a vida sexual, porque a casa é muito pequena e não tem privacidade, porque A tem problemas com métodos contraceptivos e tem medo de engravidar. A diz que o casal não tem uma vida de lazer entre eles, mas o marido acolhe seus sentimentos e se preocupa com sua saúde debilitada. A diz ter procurado a UBS por estresse, causado por ter tido duas gravidezes de alto risco e ficar em casa, realizando apenas trabalhos domésticos, sem a colaboração de nenhum familiar, e cuidando das filhas, além de ter sofrido com a perda dos seus padrinhos, com quem morou, o que a deixou “muito mexida”. A diz sentir ansiedade, dormir mal à noite e falta de disposição durante o dia. Hoje em dia, o companheiro é motorista de ônibus e A está desempregada. Passam dificuldades financeiras e A gostaria de trabalhar, mas não tem condições físicas, por ser diabética e ter graves problemas nos joelhos, sendo que seu médico acredita que seja difícil que A retorne ao mercado de trabalho como auxiliar de cozinha, por tais motivos. A renda da

família conta com o auxílio do Bolsa Família da filha, de 600 reais, e com o salário mínimo recebido pelo marido. Faz uso de Cloridrato de Fluoxetina há cinco anos, com prescrição médica de geriatra, sem ter passado por avaliação com psiquiatra. Gostaria de fazer psicoterapia.

Eurídice

E tem 55 anos, se identifica como da cor branca, de religião católica, e é natural da cidade de Vigia, no Pará, e é casada. Terminou o ensino médio e realizou curso técnico de panificação e confeitaria, tendo trabalhado como cozinheira. Atualmente está desempregada, mas sempre trabalhou como cozinheira. Mora com uma filha e o marido, e o casal tem outra filha casada. Conta que iniciou o uso de antidepressivo Sertralina há dois anos, por prescrição de clínico geral, com quem já fazia tratamento para o colesterol, por ter dificuldade para dormir e ele tê-la achado muito “agitada”. Nunca passou por avaliação com psiquiatra. Diz que ainda tem problemas para dormir, mas ficou “mais calma” com o antidepressivo, e associa atualmente o fato de não conseguir dormir bem com o uso abusivo de café. Já conversou com o médico sobre a possibilidade de parar de tomar o antidepressivo, mas ele foi contrário, e além disso a filha a incentiva ao uso, então ela está atualmente tomando “certinho”. Conta-nos que fazia acompanhamento na UBS por ter o colesterol alto, quando seu médico a achou “acelerada”, por não conseguir dormir bem à noite, vendo a necessidade de prescrever a medicação por este motivo. Desta forma, passou a se ver negativamente, como uma pessoa acelerada, justificando seu quadro por ter sido uma criança muito agitada, e não simplesmente ativa e criativa, como faz crer o seu relato. Descreve também ter se casado muito cedo, como alternativa para sair de casa, já que o pai era muito rígido. Sobre o casamento, conta ter sofrido com traições, alcoolismo, indiferença e violência psicológica por parte do marido, e não ter podido se separar dele, até hoje, já que não seria aceita ao voltar para a casa do pai. Ainda que ainda esteja num casamento, no qual não se entende com o marido, mantém uma vida sexual, embora se queixe de ter perdido a libido com a menopausa. Relata preocupações com a falta de trabalho, com as filhas e com pais adoecidos que moram no Pará, e problemas de saúde.

Guida

Tem 58 anos, paraibana, se identifica como da cor negra, “uma mistura de branca com preto, já que sua mãe é preta e o pai mais branco”. Tem três filhas, e reside apenas com uma

delas. Quando questionada sobre qual era seu e-mail disse que o filho que sabe dessas coisas, e que não costuma fazer uso. Sua religião é a católica. Quanto ao estado civil diz ser solteira e morar com o companheiro há aproximadamente 30 anos, sendo que não tem o documento de união estável. Estudou até a quinta série. Atualmente trabalha de 4 a 5 vezes por semana como faxineira, ganhando em média 500 reais por semana. O marido ganha em média 3000 reais por mês e eles dividem todas as contas da casa. Não tem o hábito de poupar o seu dinheiro atualmente, embora tenha uma aplicação. Toma o antidepressivo Sertralina há aproximadamente 10 anos, prescrito inicialmente por uma psiquiatra, ao ter sido realizada uma avaliação, sendo que com o passar do tempo continuou recebendo prescrições com médicos psiquiatras e não psiquiatras. Hoje passa com psiquiatra, com consultas de 20 minutos, de 2 em 2 meses. Quanto à UBS Jd. Herculano, afirma ter tido sempre um bom relacionamento com todos os médicos, e os recursos terapêuticos que lhe foram apresentados durante todo o período de uso foram acupuntura e o grupo “Ansiedade e Depressão”, nunca sendo proposta a ela a psicoterapia individual. Atualmente passa a cada dois meses com uma médica psiquiatra, com quem costuma ter uma conversa de 15 minutos, na qual são feitas algumas perguntas e em seguida obtida a prescrição para continuidade da Sertralina. Iniciou com o antidepressivo por não conseguir dormir bem a noite, relacionando o fato com excesso de trabalho durante o dia (tinha um contrato de trabalho como auxiliar de limpeza e fazia alguns bicos), e ainda precisava realizar trabalhos domésticos na própria casa quando chegava. Relata que não dormir bem a deixava mais estressada, a ponto das pessoas a chamarem de louca, o que exatamente a levou ao início do uso do antidepressivo. Diz ter buscado ajuda num momento em que se achava insuportável, principalmente com os filhos com quem brigava muito e não tinha diálogo, e principalmente por a vida ter perdido o sentido, já que só trabalhava. Conta-nos que perdeu a mãe repentinamente quando tinha 12 anos, deixando 7 filhos, sem um motivo que pudesse compreender até hoje. Em seguida à morte da mãe, o pai passa a viver com outra mulher, que a rejeitou e a seus irmãos. Neste contexto tem a oportunidade de sair de casa e trabalhar na casa de uma conhecida, como doméstica, onde foi maltratada e teve que retornar à Paraíba. Depois de um tempo volta pra São Paulo e consegue um emprego como empregada doméstica. Nesta época está com 18 anos, e não conhece métodos anticoncepcionais, e engravida de uma pessoa que a abandona. Arruma um emprego grávida, sem o conhecimento do patrão. Consegue se sustentar e à filha mas passa muita necessidade. Conhece o atual marido e começa a morar com ele. Depois de um tempo, nasce o primeiro filho do casal e o homem rejeita a filha dela. Sempre teve um relacionamento difícil com o companheiro, mas ainda assim chegou a ter 2 filhos com ele.

Carolina

C tem 53 anos, reside apenas com o marido, se identifica como da cor parda, e é da religião católica. Terminou o colegial e atualmente faz curso profissionalizante de Segurança no Trabalho. Esta desempregada, mas sempre trabalhou como empregada doméstica. A renda familiar atualmente é de 2000 reais e faz uso de Sertralina há nove anos, com prescrição e avaliação de médico psiquiatra. Buscou a UBS aos 40 anos, devido a sofrimento decorrente de problemas cardíológicos, que prejudicava muito a sua qualidade de vida. Relata que não conseguia cuidar dos filhos, conversar com o marido e com a patroa, devido a indisposições como falta de ar, desorientação espacial, dor no peito e palpitações. Acabou saindo do emprego, onde trabalhava como empregada doméstica há 18 anos e passou a fazer artesanato em igrejas. Acreditava muito precisar fazer uma cirurgia cardíológica, já que a válvula do seu coração estava entupida, mas o Hospital Dante Pazzanese, onde passava por acompanhamento, negou a ideia do procedimento e realizou em C um cateterismo, que a levou a ter um AVC em seguida, ficando com o lado direito do corpo paralisado. Após o AVC, em 2017, iniciou o uso do antidepressivo prescrito na UBS. R teve 2 casamentos e foi abandonada com 2 filhos pelo primeiro marido. Em seguida se casou novamente e seu novo marido a ajudou a cuidar de seus filhos. Ela diz que ele é um bom companheiro, com quem teve mais um filho. Não pôde trabalhar mais desde o AVC em 2017, e hoje realiza trabalhos domésticos com dificuldade, sendo que seu marido faz a maior parte. Até o AVC, C conta que tinha apenas cursado até a quarta série, e completou seus estudos até o ensino médio pelo EJA, e agora faz o curso na Etec, de segurança no trabalho e jurídica, sendo incentivada pelo marido a estudar. O primeiro marido de C bebia, e a espancava, a trancava em casa e a deixava sem comer. Em 2024 recebeu um diagnóstico de transtorno Bipolar pela UBS, e acredita neste diagnóstico porque era exatamente assim que se comportava desde criança: “botava todo mundo pra correr e arrebatava”. Acha que o médico mantém o antidepressivo porque ela apresentava dificuldades para dormir, depois do AVC, mas não tem resultado. Sobre o efeito da Sertralina, parece não definir uma percepção a respeito, se dizendo mais nervosa agora do que antes do AVC, e que fica controlada se ninguém vier irritá-la. Já teve prescrição de Fluoxetina, mas não se sentia bem com ela, “tomava e caía”, e que era um “veneno”. C lamenta não estar trabalhando, e se emociona ao falar que as pessoas a consideram preguiçosa, quando na

verdade estava muito mal de saúde na época em que ainda trabalhava. Diz que, se pudesse, trabalharia fazendo crochê, ou ensinando outras pessoas a fazer.

Silvia

Silvia tem 51 anos, se identifica como da cor branca, é pernambucana e mora com o companheiro e uma “filha adotiva”. Trabalha como ajudante de cozinha, mas já foi manicure, e hoje está desempregada. Não tem religião, embora gostasse de ir à igreja. Sua renda familiar é em torno de 900 reais por mês, da renda do marido mais o auxílio do bolsa família da filha adotiva. S fez o ensino médio e um curso técnico de construção civil. Tem um filho mais velho de um namorado, 3 filhos de um primeiro casamento em Pernambuco, e um casamento em São Paulo com seu atual marido, com quem mora com uma filha adotiva de 9 anos. S passa por atendimento na UBS do Jd. Herculano há muitos anos, e aos quarenta anos foi encaminhada pela família para a unidade, porque escutava uma voz que lhe dizia que se morresse seria melhor, que iria descansar. Foi avaliada por psiquiatra que lhe prescreveu um antidepressivo, e faz uso de fluoxetina há 28 anos, com prescrição de médico psiquiatra. Tem diagnóstico de Depressão e Bipolaridade. Atualmente faz acompanhamento com psiquiatra, tomando fluoxetina “certinho” (entre outras medicações), que a deixa mais calma e ajuda com o choro, mas acredita que depressão não tem cura. Diz que sua família inteira tem transtorno bipolar. S foi estuprada pelo irmão mais velho aos 8 anos de idade, na época sua mãe, ao ser comunicada do fato, disse não acreditar, e a colocou para fora de casa, do que S diz sentir muita mágoa. Ela teve que morar e trabalhar na casa de uma família, e diz ter sido bem acolhida, mas sentia muita falta da mãe. Mais tarde S, a pedido da mãe cuida desse irmão doente, e cuida também da mãe até seu falecimento. Aos 30 anos aproximadamente, quando já morava em São Paulo, sua irmã falece em Pernambuco, e seus 5 filhos e 2 netas vem morar com S em São Paulo, a pedido da irmã, quando prestes a falecer. Desta forma, S cria seus 5 filhos, 7 crianças da sua irmã, o filho de seu irmão caçula que foi assassinado, e há 9 anos um bebê foi deixado aos seus cuidados, a filha adotiva com quem mora atualmente. S diz que teve também mais 4 filhos adotivos, de pais que deixavam as crianças com ela e não voltavam para buscar. S diz ter tido um casamento de 20 anos em Pernambuco com um marido violento, sendo que chegou a perder uma gravidez de gêmeos por ter recebido choque elétrico deste marido. Teve também a perda da filha do segundo casamento, por catapora, que a deixou “enlouquecida” e culpada porque deu dipirona para a menina e acredita que isto a matou (ainda que o médico tivesse

prescrito a dipirona). Se queixa de seus filhos, sobrinho e irmãos, alguns envolvidos com drogas, perda de irmãos e assassinatos na família. Segundo S, uma filha sua e uma sobrinha foram abusadas sexualmente por irmãos de S. O relato de S apresenta algumas informações desconexas, como que fazendo confusão cronológica ao narrar fatos da vida, misturando episódios da infância com a vida adulta, que não conseguia esclarecer durante a entrevista. No entanto, sua narrativa de vida se mostra bastante ilustrativa das questões de gênero e medicalização, uma vez que estes episódios que narra “misturados”, indicam momentos de profundo sofrimento, que parecem transbordar a capacidade de contê-los. S relata uma tentativa de suicídio, ao ter tomado veneno e “todos os remédios que tinha em casa”, numa época em que parou de ir para o acompanhamento psiquiátrico na UBS, e ter também tomado, na semana da nossa entrevista, 8 comprimidos de uma vez por não achar que estivessem fazendo efeito. Quanto ao casamento atual, diz que o marido é “demais”, calmo e muito paciente com ela, e faz mais tarefas domésticas que ela, e que a filha adotiva é sua “companheira” e o “xodó” do casal.

As participantes, quando perguntadas sobre alternativas de tratamento que lhes foram oferecidas na UBS, negam qualquer oferecimento, exceto Guida, que hoje faz parte do grupo terapêutico “Ansiedade e Depressão”, a convite da psicóloga e do assistente social da unidade.

Ainda que com menor evidência, foi possível observar o impacto da condição socioeconômica sobre o sofrimento psíquico das participantes. Já os marcadores raciais não foram diretamente mencionados nos depoimentos. Contudo, raça e classe permanecem como eixos de análise interseccional das narrativas, sustentando a escolha metodológica apresentada. As narrativas das entrevistadas revelam a existência de um “eu” pretérito em contraposição a um “eu” atual, por vezes permeado por arrependimentos, desejo de reparação ou expressões de sofrimento e impotência; por outras, marcado pela afirmação contundente de uma verdade pessoal. Essa verdade, no sentido foucaultiano, refere-se à articulação entre os dispositivos de poder presentes na sociedade e o sofrimento psíquico vivenciado, situando o sujeito no campo da ética de si.

Nesse horizonte, emergem questões cruciais: como essas mulheres constroem discursivamente a posição do “eu”? De que modo articulam seu passado frente ao presente? Observa-se que o “eu” do passado frequentemente se estabelece em antagonismo com figuras patriarcais, como a mãe que rejeita, o pai ausente ou o irmão abusador. Onde está localizado o agente deste sofrimento? Qual dispositivo se manifesta? Há uma ausência de identificação

explícita do gênero como elemento opressor? Em muitos relatos, as mulheres parecem assumir a responsabilidade por sua trajetória de dor, o que nos convoca a tensionar os limites entre experiência vivida, reconhecimento de opressão e construção discursiva da verdade.

Na UBS Jd. Herculano observou-se uma precarização do serviço de saúde mental, numa realidade distante da proposta inicial do SUS, do atendimento integral à saúde física, mental e social, provavelmente devido à falta de investimentos na área da saúde, no qual poderiam se destacar o acompanhamento psicológico, e outras atividades terapêuticas. Como recurso de saúde mental da UBS, foi observada apenas a presença de um grupo semanal intitulado “Grupo de Ansiedade e Depressão”, coordenado pela única psicóloga da unidade, e o assistente social, com a duração de uma hora por semana. É importante destacar que este grupo foi muito elogiado em sua importância pelas participantes que demonstram um vínculo afetivo entre si, e uma carência aparente de recursos terapêuticos, para além das consultas médicas. (como pode ser verificado no item 2.1).

Todas as participantes apresentaram, desde o início da entrevista, quando feita a primeira pergunta: “O que te levou a procurar ajuda na UBS?”, uma forma de comunicação bem específica, optando por imediatamente após a pergunta, narrar-me os principais episódios de sofrimento das suas vidas, o que permaneceu até o final da entrevista. Desta forma, observa-se a expectativa de um tratamento na UBS, que envolva uma escuta do seu sofrimento psíquico, da sua história de vida, relacionada às suas relações amorosas, familiares, sociais e profissionais, e não, como talvez pudéssemos imaginar, uma busca por uma compreensão biológica do sofrimento, ou um diagnóstico.

Pelo fato de serem recebidas por uma psicóloga, e terem a informação do tipo de trabalho desempenhado por esse tipo de profissional, as participantes identificaram o contato com a pesquisadora, uma oportunidade (e necessidade), de dar vazão a conteúdos normalmente recolhidos, e não acolhidos, na forma de uma escuta atenta e qualificada, sentindo naquele espaço um momento precioso para falar de si, revelando-nos inclusive, uma forte demanda para participações em processos psicoterapêuticos.

Ao relacionarem sua história de vida a um “adoecimento”, as participantes não fazem referência ao uso do antidepressivo espontaneamente. Desta forma, para aprofundarmos na questão da relação das participantes com a medicação, as perguntas 3. Como você se sente após este tempo de uso do antidepressivo?, e 4. O que mudou na sua vida com o uso do antidepressivo? sobre a percepção dos efeitos do antidepressivos na vida das participantes,

foram feitas repetidas vezes, de maneiras diferentes, de forma a oferecer várias oportunidades de reflexão sobre a experiência.

As respostas sobre o efeito do antidepressivo, nas primeiras vezes em que as participantes foram perguntadas, revelam não terem percebido melhora do humor ou do sono (todas as participantes têm dificuldades para dormir à noite), mas na última vez em que foram perguntadas, referem-se terem ficado mais calmas com a medicação. Não foi possível interpretar sensações com o uso, mas pode-se levantar a hipótese de um efeito de rebaixamento da consciência, ou entorpecimento, o que diminuiria os impactos do ambiente, e a irritabilidade, mas também limitaria sua capacidade de elaboração dos conflitos.

Na perspectiva de analisar o impacto de questões de gênero, e suas interseccionalidades, na narrativa das mulheres pobres e de meia-idade, que contribuem para o uso de antidepressivos na UBS do Jd. Herculano, vislumbrando os objetivos desta pesquisa, destacam-se dois eixos para a análise, o primeiro consiste numa investigação da relação das mulheres com o antidepressivo e o universo da medicalização, e o segundo, discutindo vivências de gênero, e interseccionalidades, que levaram as mulheres a uma vulnerabilidade da sua saúde mental, a ponto de procurarem ajuda na UBS.

6.2 Categorias de Análise

6.2.1 Medicalização e os antidepressivos

A histerização do corpo da mulher consiste no tríptico processo pelo qual o seu corpo foi analisado, por sua qualificação e desqualificação para ser patologizado pelas práticas médicas, posto em comunicação com o corpo social na sua responsabilidade biológico moral (Foucault, 1976/1988). Tendo a sexualidade como um lugar de apropriação pelo poder, revela-se em múltiplas faces:

Não se deve descrever a sexualidade como um ímpeto rebelde, estranha por natureza e indócil por necessidade, a um poder que, por sua vez, esgota-se na tentativa de sujeitá-la e muitas vezes fracassa em dominá-la inteiramente. Ela aparece mais como um ponto de passagem particularmente denso pelas relações de poder; entre homens e mulheres, entre jovens e velhos, entre pais e filhos, entre educadores e alunos, entre padres e leigos, entre administração e população. Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados da maior instrumentalidade: utilizável no maior número de manobras, e

podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias (Foucault, 1988, p.98).

O corpo das mulheres passa a ser estudado e controlado na modernidade, como campo dos saberes sobre seus hábitos e condutas, e sobre sua sexualidade, neste sentido, torna-se o espaço de acontecimentos e controles disciplinares, associado à uma forma de poder de caráter positivo, não da repressão de condutas, mas da invenção e da patologização dos fenômenos naturais do corpo feminino (Foucault, 1976/1988).

Conforme Costa (1979/1989), as “verdades” produzidas pela medicina viabilizaram uma série de políticas higienistas com intuítos disciplinares e normalizadores, cujo ponto central era a repressão da sexualidade, uma vez que, ao regular o sexo, realizava-se o controle da população. Os conhecimentos produzidos pelo naturalismo biológico do século XIX resultaram em um conjunto de normas de conduta que podem ser denominadas higienistas:

A política higienista manifestada na forma de educação higiênica ou sanitária, trouxe como resultado a fusão entre a aquisição da saúde individual, a aquisição de status social e manipulação político-econômica dos indivíduos (...). No campo da sexualidade a higiene deveria transformar homens e mulheres em reprodutores e guardiães de proles sãs e raças puras (COSTA, 1989, p. 14)

Pande e Amarante (2017) apontam os estudos do jornalista Robert Whitaker de 2010, a partir do seu levantamento guarda-chuva em publicações médicas conceituadas sobre a ação de medicações psiquiátricas em seres humanos, apresentando um vertiginoso aumento do uso de psicofármacos nas últimas décadas, associado ao mito da teoria do desequilíbrio químico cerebral, com forte influência da indústria farmacêutica. Whitaker (2017) questiona a epidemia de transtornos mentais, com o aumento de diagnósticos nos Estados Unidos, e associa o aumento do número de drogas no mercado a efeitos iatrogênicos provocados pelo uso destas substâncias.

Dunker (2021) aponta que o manual do DSM-V, que prometia uma renovação da psiquiatria, fracassou em apresentar marcadores biológicos das doenças mentais, contribuiu para um grande aumento de categorias de transtorno mental, sem a intenção de nenhum método diagnóstico novo, sendo criticado inclusive pelo instituto nacional de Saúde dos Estados Unidos (o National Institute of Health, NIH), que tomando por base o DSM-V, retirou o incentivo a pesquisas realizadas.

Moncrieff *et al.* (2023) realizaram o estudo “A teoria da serotonina da depressão: uma revisão sistemática da evidência”, no qual avaliaram evidências sobre se a associação da

depressão com a concentração ou atividade reduzida de serotonina, em uma revisão sistemática das principais áreas relevantes de pesquisa, uma vez que a hipótese da serotonina sobre a depressão ainda é muito influente, entre médicos e o público em geral. A autora aponta que o vínculo entre a redução da serotonina e a depressão foi sugerido pela primeira vez na década de 1960, e amplamente divulgado a partir da década de 1990 com o advento dos antidepressivos inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRS). Moncrieff *et al.* concluem que não há evidências convincentes de que a depressão esteja associada, ou seja causada por concentrações ou atividades reduzidas de serotonina.

O conceito de Psicopatologia psiquiátrica evoca a ideia do estudo de doenças mentais partindo de um tratamento da res extensa cartesiana, sistematizado em categorias que omitem o lugar do mental, mas circunscrevendo o fenômeno como doença. Pereira (2021) problematiza a racionalidade da matriz médica associada a psicopatologia quando qualifica um mental constituído como um objeto positivamente acessível aos métodos das ciências empírico-experimentais do campo médico.

Segundo Pereira (2021), o termo “sofrimento psíquico” tende a contribuir com a despsiquiatrização da psicopatologia, na sua intenção em objetificar os fenômenos relativos ao conhecimento do pathos (uma referência a alma), encontrando na filosofia um caminho para além do “logos”, na compreensão do homem doente a partir de sua subjetividade. Pereira (2021) refere-se a Viktor von Weizsäcker, pioneiro da chamada Antropologia Médica, para interrogar o estatuto do pathos:

É importante destacar aqui que essas perspectivas que se propõem a estudar o pathos sob a ótica da subjetividade não implicam, necessariamente, a adoção de uma teoria “psicogênica” da “doença”, fosse ela qualificada ou não de “mental”. Trata-se, antes, de se examinar o fenômeno do adoecimento sob o prisma da subjetividade. Dessa forma, é necessário destacar claramente a “patologia”, fenômeno que pressupõe um sujeito, do campo da “nosologia”, ou seja, a doença tomada enquanto perturbação biológica prejudicial ao funcionamento fisiológico ótimo, típico de uma espécie natural (Boorse, 1977) (Pereira, 2021, p.502)

Ainda assim, abordando o sujeito na forma da sua subjetividade, abordagens como a psicanálise, além da psiquiatria, circunscrevem o campo fortemente impregnada da referência tradicional da doença ao campo da natureza, enquanto perturbação mórbida da fisiologia, delimitando um campo para o tratamento, mas considera-se, ainda assim, a psicanálise como um avanço na visão singular do sujeito na sua patologia (Pereira, 2021).

Canguilhem (1966/2009) se atém às relações entre o normal e o patológico, discutindo a forma pela qual os fenômenos patológicos nos organismos vivos são considerados na contemporaneidade, como nada mais que variações quantitativas de uma suposta normalidade,

para mais ou para menos, dos fenômenos fisiológicos correspondentes (princípio de Broussais). Neste sentido, considerando-se a delimitação de um mórbido da res extensa cartesiana, epistemologicamente não estaria prevista, por exemplo, uma auto regulação de fenômenos humanos, a partir de suas potencialidades internas do indivíduo. Canguilhem (1966/2009) critica a proposta da ciência de criar a noção de normalidade a partir de uma construção de um princípio ordenador externo ao indivíduo, não respeitando a variedade das existências individuais, cada uma constituída na sua singularidade.

Szasz (1961/1980) aponta a construção de uma psiquiatria política do bem estar para um coletivo, no qual diríamos que posições de gênero são pertinentemente valorizadas e, desta forma, não considera uma neutralidade terapêutica na relação médico-paciente, que prevê uma normalidade de comportamentos, imposta pela noção de doença mental:

Enquanto sustento que as doenças mentais não existem, obviamente não sugiro ou quero dizer que as ocorrências sociais e psicológicas às quais este rótulo é fixado também não existam. Tanto quanto os problemas pessoais e sociais que se tinha na Idade Média, os problemas humanos contemporâneos são suficientemente reais. O que me preocupa são os rótulos que lhes damos e, tendo-lhes rotulado o que fazer a respeito. O conceito de demonologia dos problemas existenciais deram lugar à terapia baseada em linhas teológicas (Szasz, 1980, p.27).

A forma de medicalização de mulheres no Brasil reflete sua problemática de gênero, e suas interseccionalidades com a pobreza e a racialização. Para Mendonça *et al.* (2008), as desigualdades sociais entre os sexos produzem também características físicas, modos, gestos, posturas, doenças e hábitos de vida, em que se inserem os usos de medicamentos e suas representações. A saúde emocional de mulheres se vulnerabiliza quando está submetida a costumes sociais que podem levá-las ao adoecimento. Como nos aponta Zanello (2018):

[...] resultados epidemiológicos acabam por naturalizar diferenças constituídas culturalmente, as quais deveriam ter sido problematizadas na base mesmo da definição do transtorno”. Aspectos subjetivos não são incluídos na definição do transtorno, como choro para as mulheres (Zanello, 2018, p.23).

Silvia, sendo encaminhada à psiquiatra, recebe o diagnóstico de depressão, e demonstra adesão ao tratamento medicamentoso. Silvia aparentemente desenvolve um vínculo de confiança com a psiquiatra, e nos explica a motivação da médica para o diagnóstico:

E: Choro, muito choro. Ela conversa comigo o dia todo, o tempo todo, chorando. Ela pergunta, faz pergunta pra mim. Falei por que que eu não saio, por que que eu não vou passear um pouco. Falei pra ela que eu não gosto. Aí ela falou: “Você tem depressão”. Falei que eu não gosto de sair de casa, não gosto de sair do quarto, não gosto de conversar com ninguém. E antes eu gostava de tudo isso. Gostava de dançar, eu já vi sair, eu já vi ir pra praia.

A psiquiatria, partindo de uma lógica indicial, interpreta signos produzidos pelo comportamento humano, cuja metodologia, transferida para a leitura do sofrimento psíquico, teve dificuldades para se fundar em dados semiológicos estáveis e universais, considerando a mediação da linguagem e da cultura. Assim, “relações de gênero na saúde mental levam-nos a refletir como valores e papéis de gênero participam da constituição subjetiva do sujeito, não apenas no modo como ele se expressa, mas também sofre” (Zanello & Andrade, 2014, p. 45). Sendo assim, se o sujeito se constitui nas relações de gênero, não se pode desconsiderar a participação destes valores, estereótipos e ideais na formação do próprio sintoma (Zanello & Andrade, 2014).

O comportamento do choro, que é cancelado apenas para as mulheres, é banido da “casa dos homens”, lugar onde só é permitido um comportamento alinhado à virilidade, na expressão de Welzer Lang (Zanello & Andrade, 2014), logo é uma manifestação distinta para homens e para mulheres, não podendo se constituir um sintoma geral.

Os sintomas são medicados sem um olhar para a totalidade do sujeito, apenas para extirpar-se um suposto mal estar, já considerado de antemão algo da ordem do patológico. Rosa e Winograd (2011) apontam que “a medicina não se furtou a assumir a função de voltar-se para a conquista do bem-estar”.

A Conferência Internacional da Saúde assinada em Nova Iorque, em 1946, definiu a saúde como o “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade”, noção adotada pela Organização Mundial da Saúde, na qual não basta não estar doente, é preciso desfrutar de um estado de completo bem-estar para ser saudável (Rosa e Winograd, 2011).

A nova definição de saúde da OMS instaura uma prática denominada por Foucault (1978/2008) de biopolítica, a prática liberal na arte de governar, que não respeita esta ou aquela liberdade, mas que é consumidora de liberdade:

É consumidora de liberdade na medida em que pode funcionar se existe efetivamente certo número de liberdades: liberdade do mercado, liberdade do vendedor e do comprador, livre exercício do direito de propriedade, liberdade de discussão, eventualmente liberdade de expressão, etc. A nova razão governamental necessita portanto de liberdade, a nova arte governamental consome liberdade. Consome liberdade, ou seja, é obrigada a produzi-la. É obrigada a produzi-la, e obrigada a organizá-la. A nova arte governamental vai se apresentar portanto como gestora da liberdade, não no sentido do imperativo “seja livre”, com a contradição imediata que esse imperativo pode trazer. Não é o “seja livre” que o liberalismo formula. O liberalismo formula simplesmente o seguinte: vou produzir o necessário para tornar você livre (Foucault, 1978/2008, p.86)

Eurídice, antes de iniciar o tratamento com antidepressivo, já fazia acompanhamento com clínico geral, que lhe prescreveu a medicação. A participante comenta sobre uma percepção de si, desconectada da visão do médico:

P: (...) o que te levou a procurar a UBS? Você falou que é um problema de saúde, né? Mas que você estava ansiosa também.

E: Não, eu procurei a UBS na época que eu estava com o colesterol. Eu nem sabia desse, eu nem me percebia, de eu ser acelerada. O médico disse: “Você é muito acelerada, eu vou te passar um (anti) depressivo, assim, assim, assim”. Até então não tinha nem noção, não tinha conhecimento, né?, do problema dessa minha correria, de ser tudo rápida, sabe? De não ter hora pra dormir e arrumar tudo, organizar tudo, mania de limpeza. Eu não me percebia isso.

A percepção de si própria pode ser subvertida pela opinião do médico como detentor de um saber-poder, o representante da medicina. **Eurídice** transforma qualidades pessoais, ou potencialidades, em sintoma, como ser curiosa e inquieta. Em outro momento nos esclarece:

Eu não sei, eu tenho esse aceleração desde criança. Eu me lembro muito bem, eu não parava, sabe? Eu sou muito inquieta, sabe? Eu comecei a trabalhar muito cedo. Eu venho de uma família de sete filhos, sabe? Sete irmãos. Eu comecei a trabalhar... nove anos eu já limpava a casa de vizinho pra ganhar meu dinheirinho. Eu fazia peixe de canela, de folha pra vender. Eu ajudava o meu pai, meu pai pescador. Hoje em dia está aposentado, graças a Deus. Enfiava o peixe nas talas pra vender. Eu sempre fui assim, curiosa e ansiosa.

Eurídice associa um possível diagnóstico à agressividade:

P: E aqui na UBS, quando o doutor falou que você estava muito agitada, resolveu te dar o antidepressivo, eles te ofereceram alguma outra forma de tratamento?

E: Não, não. Até então, não. Porque ele acha que é super leve, né? Não tenho... Não sou uma pessoa agressiva.

P: Ele deu um diagnóstico pra você?

E: Não, não me deu. Só deu a medicação? É, só a medicação. Eu acho que por eu não ser agressiva. Porque conforme eu conversando com ele, a pessoa vai sabendo o jeito da pessoa que é, né? Eu, graças a Deus, eu não sou agressiva. Quando eu tento sair dos limites, eu saio de perto, tento me acalmar de volta.

Enquanto **Eurídice** passa por inúmeros tipos de sofrimento ligados ao gênero, seu casamento misógino, sérios problemas de saúde, seus e de seus pais que estão longe, falta de emprego que lhe priva de autonomia financeira, o médico lhe prescreve um antidepressivo a partir de uma característica, “ser acelerada”, inserindo-a numa formação discursiva. Ser agitada poderia sugerir-lhe “ser mobilizada a agir em direção a suas necessidades”, ou “tomar iniciativas que contribuam para soluções de conflitos”, e não ser doente. A racionalidade

médica se projeta para a sua vida como um todo. A entrevistada demonstra também um medo de ser diagnosticada, pois associa o diagnóstico à “ser agressiva”, revelando a penetração da nomeação médica na produção da sua autoimagem.

Hacking (2002/2009) aborda a invenção de doenças e de pessoas, a partir de uma visão filosófica que chama de “nominalismo dinâmico”. Descrevendo a estatística como recurso do estado, a partir de 1820, “obcecada por analyse morale, ou seja, a estatística do desvio [...] A contagem gerou suas próprias subdivisões e rearranjos” (Hacking, 2009, p.116), retoma a noção foucaultiana de biopolítica, quando forças discursivas criadoras são capazes de moldar formas de ser e de estar.

As subjetividades, em estado permanente de negociação, onde o real é ficcionado por narrativas sobre os corpos, como espaço de poder, criam condições institucionais como a apropriação da corporeidade para dominação. A medicalização promove, assim, uma perda de autonomia psíquica através do discurso.

Na sua fase genealógica, Foucault analisa as condições de emergência da formação discursiva para a constituição do sujeito moderno. Com uma construção histórica, o sujeito é considerado como efeito do discurso, de formações discursivas que emergem em meio a um jogo de forças que se atualizam a cada nova relação, a cada momento, e não de maneira linearmente evolutiva ao longo do tempo (Faé, 2004):

Em Foucault (1996), somos remetidos, a todo o momento, a uma complexa relação entre a realidade e o signo, não sendo este último apenas expressão simbólica da primeira, mas a própria; ou melhor, a primeira entra em uma relação de derivação quanto ao enunciado que lhe produz. O discurso, portanto, não existe em outra dimensão senão a do real, já que é no campo dos enunciados que toda realidade se manifesta (Faé, 2004, p.410).

No século XVII uma vontade de saber desenhava objetos mensuráveis, observáveis e classificáveis, impondo ao sujeito a experiência num nível técnico, investindo em conhecimento para serem verificáveis e úteis. A vontade de verdade, como outros sistemas de exclusão, apóia-se sobre um suporte institucional:

é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas [...] Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído (Foucault, 1996, p.17).

Canguilhem (1966/2009) vai nos dizer que não há um mecanismo no funcionamento humano, que se constitua como algo que possa ser chamado de normal. A ideia de saúde condicionada a de bem estar, não tem como abarcar a vida humana, já que o mal estar é

constituente. Os médicos da UBS, propõe extirpar no comportamento das participantes a insônia, as preocupações das mulheres e a violência de gênero, promovendo um alívio. Em relação a isso, Rosa e Winograd (2011) dirão:

Esse pequeno recorte das classificações diagnósticas dos transtornos mentais permite observar a proliferação de categorias nas quais o sofrimento psíquico pode ser classificado. Percebe-se facilmente como os sintomas dos transtornos de ansiedade e de depressão reúnem uma variedade de sofrimentos bastante comuns como, por exemplo, o sentimento de insuficiência e a preocupação excessiva. Ou seja, parece que grande parte do sofrimento durante o prolongamento temporal da vida dificilmente não corresponderia aos critérios psicopatológicos contemporâneos, funcionando como uma peça de um jogo cujas regras são estabelecidas pelos manuais diagnósticos. dito de outro modo, quase sempre, algum sofrimento subjetivo pode ser interpretado como sintoma de um transtorno mental. E quase todo sintoma, submetido ao fator tempo, pode ser classificado em alguma categoria de transtorno mental. Ou seja, o mal-estar não é normal e não há lugar para ele no ideal de vida experimentado hoje (da Rosa e Winograd, 2011, p.49)

Sobre a análise da constituição da patologia Canguilhem (1966/2009) nos destaca: “Se sentimos, porém, a necessidade de nos tranquilizarmos é que uma angústia pesa constantemente sobre nosso pensamento; se delegamos à técnica, mágica ou positiva, a tarefa de restaurar na norma desejada o organismo afetado pela doença, é porque nada esperamos de bom da natureza por si própria” (Canguilhem, 2009, p.11). Na tentativa de dobrar a natureza a seus desejos normativos, a ciência criou a doença como algo externo ao indivíduo, que difere da saúde, descartando a possibilidade de atuação de um princípio naturista que pouco espera da atuação humana para restauração do normal.

Guida também tem sua autoimagem alterada pela noção de patologia. Relata-nos um forte estresse há 10 anos, devido à dupla jornada de trabalho, em casa e como auxiliar de limpeza, um histórico de opressão de gênero relacionado a figura do marido, e a rejeição da família na infância, o que a levou, segundo seu relato, a primeira prescrição de antidepressivo, com uma médica psiquiatra da UBS. Devido a saída desta médica da unidade, interrompeu o uso da medicação, e houve uma piora na dificuldade para dormir, no cansaço e no humor, o que a levou a receber o diagnóstico de depressão, com outra médica. Relatou que na época, brigava muito com os filhos: “Eu me tornei uma pessoa insuportável”.

Guida, quando questionada sobre o que a levou ao uso do antidepressivo, expressa sua condição de estresse, devido ao esforço excessivo da dupla jornada de trabalho:

Então, eu passava em consulta de rotina, né? Aí, eu não dormia, eu trabalhava, eu trabalhava em casa, na empresa, né? Na folga, eu ia pra um bico, aí eu comecei a ficar assim, querendo dar conta de tudo, de casa, do trabalho, e aí eu não tava conseguindo dormir, aí eu tinha ansiedade de comer, começava a tremer, aí começava a comer, comer, comer, aí passava (...) Aí, eu acordava cansada, estressada, com o humor lá em cima, xingando, assim, não tinha, acho que

não era mais eu, eu estava me vendo outra pessoa. Então, eu tinha até, assim, que as pessoas falavam que eu era louca, que eu não media minhas palavras, entendeu?

Quando trabalhava em três turnos, **Guida** não conseguia dormir e se sentia “insuportável”, era chamada de “louca”, “acho que não era mais eu”, expressando a condição de um discurso sobre si mesma, que a convencia de ser invalidada e desqualificada, transformando sua autoimagem com um looping effect (Hacking, 2002/2009), moldando sua forma de ser e de estar.

Guida descreve uma melhora geral na sua saúde e disposição, a partir da medicação. No entanto, observamos uma melhora significativa na qualidade de vida da participante, devido ao crescimento dos filhos, que se tornaram independentes, a apoiam e são fonte de satisfação por terem se formado, e conquistado a independência financeira. **Guida** atualmente trabalha como diarista, em condições salubres (ao contrário de seu antigo emprego), teve aumento de renda (ainda que ganhe bem menos que o marido e contribua com a metade dos gastos familiares), e atualmente goza de duas ou três folgas semanais, quando cuida da sua casa e de interesses pessoais. Guida descreve sua rotina na época em que trabalhava numa instituição pública, seu emprego anterior:

(...) quando eu tava trabalhando, que eu saía do serviço duas horas, eu chegava em casa, eu tinha que fazer comida, porque eles não tinham almoçado, porque ninguém fazia nada. Aí começava, né? Qual é uma pessoa que ia ficar bem numa situação dessa? Porque eu não saía pra lugar nenhum, eu não vivia. Aí fui começando eu querer me isolar, e não ter vontade nem de me levantar. Às vezes levantava porque eu era obrigada, porque eu tinha que ir trabalhar.

Nogueira (2008) se refere a um relativismo que nos afasta da realidade objetiva e política dos fatos, que vão sendo produzidos historicamente pela cultura através da linguagem, reduzindo nossa capacidade de imaginar as coisas e os fenômenos para além da forma como nos são apresentados. Alguns autores como Hacking (1995), Canguilhem (1966/2009) e Rose (2007), em continuidade ao trabalho de Michel Foucault, contribuem sobre a questão dos discursos sobre os corpos, que se repetem e portanto se tornam verdades (Foucault, 1976/1988), com interesses sociais e mercadológicos, situando um sujeito cooptado política e socialmente, ao um tipo de “assujeitamento voluntário” de subjetivação, dispositivo de poder que se estende e atua não apenas na área da saúde mas em várias instituições como escolas, na mídia, nas biotecnologias e na sociedade como um todo, a partir da compreensão que vamos adquirindo a respeito de nós mesmos a partir dos outros, em forma de looping (Hacking, 1995).

Estatísticas oficiais no século XIX são produzidas com atenção a uma perspectiva moral das práticas sociais e patologias, refletindo a noção de um nominalismo dinâmico classificatório, que determina a existência do sujeito a partir do momento em que é inventado (Hacking, 1995). Quando Foucault (1976/1988) refere-se a questão do discurso sobre os doentes, ele está expressando que tipificar o sujeito psicológico como “louco”, “normal”, “anormal”, “homossexual”, “perverso” etc., mais do que relevar ou reconhecer sua “natureza”, é dar-lhe um lugar social, inserindo-o numa rede de agenciamentos e de discursos, para seu controle ou percepção estratégica de suas mutações, e de seus deslocamentos constantes a partir daí (Silveira et Furlan, 2003).

Eurídice relata que a Sertralina foi recomendada por ser “acelerada”, e também pelo fato de ter dificuldade para dormir. A participante relatou o que sentia de madrugada:

P: O seu pensamento ia para onde?

E: Muito na minha família, na minha vida, nas minhas filhas. Preocupação, sabe? Preocupação de tudo.

P: Que tipo de preocupação?

E: Do meu trabalho. Eu trabalhava aqui perto da minha casa, fui mandada embora. Muito, muito, muito probleminha. Eu provoquei a minha saída, porque quando eu gosto do trabalho, eu gosto da equipe, eu faço de tudo para, sabe? Eu mais escuto do que falam, mas lá eu quis falar, eu fiz uma coisa mesmo de falar. Já ia fazer quatro anos, eu fui mandada.

O clínico geral, segundo relato da entrevistada, a considerou acelerada, levando em conta sua dificuldade para dormir, preocupações com as filhas, com seus pais que estão com problemas de saúde no Pará, e com seu emprego, cujo ambiente de trabalho considerava “horrível”. Desta forma, Eurídice recebeu prescrição para a Sertralina e para um calmante natural. Parou de tomar por conta própria o calmante, pois se sentia um “zumbi na casa, uma moleza, uma sonolência”. A participante questionou o uso do antidepressivo também:

Já tem mais de ano, já. Eu até falei para ele: “Doutor, mas não está bom de parar? É um remédio que eu vou tomar para muito tempo, para toda a vida?” Ele disse que era bom eu estar tomando ele para me sentir calma, porque eu não conseguia dormir. De tão acelerada, eu não tinha sono. Duas horas, três horas da madrugada eu ali, sabe? E o pensamento correndo o mundo todo.

Mulheres pobres e periféricas representam um alvo fácil dos processos de medicalização, uma vez que suas trajetórias de vida, normalmente caóticas, produzem sofrimentos que facilmente são enquadrados na rede de sintomas catalogados pela psiquiatria. Não encontrando

saídas para a resolução de conflitos decorrentes da pobreza, da opressão de gênero e da racialização, a única alternativa sugerida pelas instituições passa a ser a medicação. Desta forma, atingir um equilíbrio emocional representa uma complexa tarefa para estas mulheres, quando pensamos em atingi-lo pelo esforço da própria natureza, como propõe Canguilhem (1966/2009):

A doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia; ela é também, e talvez sobretudo, o esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é uma reação generalizada com intenção de cura. O organismo desenvolve uma doença para se curar. A terapêutica deve, em primeiro lugar, tolerar e, se necessário, até reforçar essas reações hedônicas e terapêuticas espontâneas. A técnica médica imita a ação médica natural (*vis medicatrix naturae*). Imitar é não somente copiar uma aparência, é reproduzir uma tendência, prolongar um movimento íntimo. É claro que tal concepção é otimista, mas esse otimismo diz respeito ao sentido da natureza, e não ao efeito da técnica humana (Canguilhem, 1966, p.11).

Dunker (2021) avalia um princípio ativo na redução da libido para depressivos: “ao diminuir a libido diminuímos, ao mesmo tempo, todos os conflitos que vem com a libido: desejos insatisfeitos, frustrações e fracassos” (p. 92), e nesse sentido atuariam os antidepressivos em intensidades muito elevadas, funcionando como um colchão contra dores psíquicas ao reduzir sua sensibilidade. Levanta-se a hipótese do uso de antidepressivos estar de alguma forma interferindo na manutenção de um desejo, como sugere Kwame (2014):

[...]de acordo com a psicanálise, não se deve extirpar do discurso a sua dimensão desejante, e é esse acesso ao universo de satisfações que o sintoma permite ao sujeito. A retirada do sintoma, muitas vezes, torna o sujeito apático, no sentido de sem “*páthos*”, tanto sem sinais da suposta patologia psiquiátrica quanto sem paixão, sem acesso a sua via desejante. Nesta configuração de relações, destitui-se o sujeito de todo o saber/poder sobre o mal-estar que o acomete (Kwame, 2014, p.20).

Foucault (1976/1988) propõe a necessidade de uma descoberta gradual, progressiva e material sobre a constituição do sujeito, constituído através de uma multiplicidade de organismos, forças, energias, materiais, desejos, pensamentos (Silveira et Furlan, 2003), considerando uma resistência a política dos discursos que patologizam esse sujeito. A compreensão do próprio funcionamento corporal, da percepção dos efeitos das medicações, pode conduzir a um entendimento da própria estilística da existência, que leva ao autocuidado. *Eurídice* revela-nos sobre seu entendimento sobre sua dificuldade para dormir:

Olha, é por isso que eu já cheguei até a parar (o antidepressivo), porque eu ainda continuo custando a dormir. Mas só que eu descobri há pouco tempo que é o café. Como eu gosto muito de café, eu até falei pra ele, e ele disse, corta o café. Se você gosta de café, até duas horas da

tarde, toma isso aqui de café e leite. Mais leite do que café, porque o café realmente vai te deixar a noite toda... e é verdade, eu estou diminuindo a quantidade do café, porque eu amo o café. E aí, agora eu estou conseguindo dormir.

Entretanto *Eurídice* se contradiz sobre o efeito da medicação, também valorizando seu efeito:

O sono, né? Quando vinha, né? Isso relaxa, né? A cabeça. Foi muito bom. Quando a gente toma certo as dosagens, que o sono vem, a gente dorme bem, a gente acorda bem.

Existe a pressão para a continuidade do uso do antidepressivo. Ainda que *Eurídice* quisesse interromper, por não estar tendo melhora nas condições do sono, sua filha nutricionista insiste para que ela continue, e o clínico geral dobrou a dose da Sertralina. A participante nos relata o empenho da sua filha nutricionista para a sua adesão à medicação:

Porque a minha filha, ela pega muito no meu pé, essa que é a nutricionista, de sua mãe : “ Tome direitinho, eu acho que tem que aumentar a dosagem. Chegue com o doutor Fabiano, pergunte. Porque se um comprimido só não está conseguindo dormir, eu acho que tem que aumentar essa dosagem ou trocar a medicação por outra”. Mas aí eu já passei em consulta com ele esses dias. Ele disse, não, aumenta a dosagem, que a medicação pode ser a mesma. Não é extremamente forte e dá pra... [...] Eu penso assim, que devido estar muito acelerada, que eu nem achava que eu ia precisar desse remédio, eu nem achava. Eu achava que tudo o que eu fazia, rápida, era normal. Mas a minha filha disse: “não mãe, não é normal, procura um médico. A gente não precisa, você está mexendo muito com a sua cabeça, não está dormindo, a cabeça vai enfraquecendo, procura um médico. Isso não é normal”

A pressão externa dos acontecimentos a convoca ao exercício do pensamento de si e da própria verdade. Foucault (1984/1998) propõe a ideia de se pesquisar genealogicamente, de que maneira os indivíduos foram levados a exercer, sobre eles mesmos e sobre os outros, uma hermenêutica do sujeito, a partir da história do reconhecimento do homem face ao seu próprio desejo. Trata-se de uma dobra na teoria da libido, sobre o que representa a história da verdade na análise dos “jogos da verdade”, sobre indivíduos que se veem como loucos, como doentes, compreendendo a maneira como, nas sociedades ocidentais, indivíduos são levados a constituir-se em uma experiência, como sujeitos da sexualidade.

Foucault (2001/2006) se interessa pela ruptura ocorrida com a noção de sujeito na modernidade, o sujeito do conhecimento, apartado da sua verdade e do cuidado de si. Ao se decifrar, e se reconhecer, confessando-se como sujeito do desejo, se conquista um conjunto de condições de espiritualidade, e transformações de si que constituem condições necessárias para que se possa ter acesso à verdade.

Carolina veio a UBS em 2013, por apresentar desconforto em função de comprometimentos cardíacos, embora já passasse por acompanhamento no Hospital Dante PazzanesE:

P: Mas por que você buscou a UBS pela primeira vez?

E: Por que menina? Porque eu não conseguia cuidar dos meus filhos, eu não conseguia conversar com o meu marido, eu não conseguia conversar com a minha patroa, eu já estava brigando, eu já estava... Eu vinha no ônibus, estava sentada, de repente eu me assustava e acordava, chorava no ônibus. Aquela coisa horrível, que eu não sabia de onde saía aquilo. Era susto, era medo, era pavor, era tudo junto, você entendeu? Aí um dia eu estava indo trabalhar, desci no meio da rua e fiquei lá sentada. Aí eu não sabia se eu estava indo para o trabalho ou estava voltando.

P: O que você estava sentindo?

E: Aquela palpitação no peito, aquela falta de ar, você respirava, o ar não chegava, você ficava perdida, você não sabia o que fazer, não nem pôde ir, você tinha nervoso.

Na época, **Carolina** foi diagnosticada com depressão na UBS, recebendo prescrição de antidepressivo, mas decidiu não aderir à medicação:

Como é que eu vou tomar o antidepressivo se ele não sabe nem o que eu tenho, não sabe o que tá acontecendo...então foi essa a primeira vez

Carolina relata-nos ter solicitado um procedimento cirúrgico de troca da válvula do coração, no Hospital Dante Pazzanese, onde passava por acompanhamento. Não sendo atendida, e sendo realizado no lugar da cirurgia um cateterismo, teve um AVC em 2017, ficando com o lado esquerdo do corpo paralisado. Desta forma, em 2017 procurou novamente a UBS do Jd. Herculano, e é diagnosticada novamente com depressão, por médico neurologista, recebendo prescrição de um antidepressivo, desta vez aderindo a medicação. **Carolina** relata um profundo sofrimento em função de problemas cardíacos que não foram reconhecidos a tempo de um tratamento adequado, tendo, com isso, um AVC como consequência, e um lado do corpo paralisado, mas recebe um diagnóstico de depressão e a prescrição para o antidepressivo, conduta que invisibiliza todo conteúdo subjetivo do seu relato, dando destaque a classificação de um transtorno, um agrupamento de signos patológicos inconstantes e sem necessariamente uma cadeia causal operando entre eles (Dunker, 2021, p.58).

Carolina relata ter adquirido muita dificuldade para dormir depois do AVC em 2017,

por isso recebendo prescrição para o antidepressivo. Inicialmente recebeu prescrição para Fluoxetina, relatando seu efeito:

Porque ela trocou, porque ela tinha me dado o outro (a Fluoxetina), e eu não me dei bem, porque eu tomava e ficava deitada no lugar, não conseguia levantar, aí ficava no lugar. Aí o outro no começo, nessa data aqui, me deram um, que eu caí no meio da rua (...) Aí eu falei com ela, eu falei com ela, eu falei, ó, não dá para tomar, eu não vou tomar, porque isso aí não tem condição. Eu falei para ela assim: “Ó, eu vou fazer”, eu falei para ela, “Não, eu vou tomar assim, eu divido e tomo, meio, um dia eu tomo o meio, outro dia eu tomo o... E depois eu vou saindo dele”, porque não dá para, não tem condição de tomar, porque isso aí é um veneno.

Após a troca da medicação, ela inicia com a Sertralina, mas não sente melhora no sono:

P: Então, deixa eu te perguntar, em relação ao que o médico da UBS que prescreveu o antidepressivo, por que você acha que ele prescreveu o antidepressivo para você?

E: Por quê? Porque, então, depois que eu tive o AVC, eu não durmo. Eu chego de duas, três, três horas, três e meia, três e vinte, eu acordo. Ali, eu acordo, só vou dormir depois no outro dia. Você entendeu? No outro dia, quando que eu vou dormir? Duas e meia, três horas. Aí, eu durmo. Das duas da tarde, eu consigo dormir, porque eu deito um pouquinho ali, fico quietinha. Aí, eu durmo até as três, três e meia, sabe? Três e vinte, quatro horas. Antes das quatro horas, eu acordo. Antes. Aí, já corro lá, pego meu neto, levo, dou banho, dou a comidinha, e levo na minha mãe. Então, quer dizer, é isso. Aí, eu só durmo assim. Eu só durmo assim. Não consigo dormir.

Além da dificuldade com o sono, **Carolina** manteve seu padrão de irritabilidade:

P: Então quer dizer que você tomou esse tempo inteiro, de 2017 para cá, o tempo inteiro, o antidepressivo? E como é que você se sente com o antidepressivo?

E: Olha, do jeito que, do jeito que eu estou, por exemplo, se eu, se não vim, se não vim ninguém, me... por exemplo, se não vim ninguém me fazer nervoso, tudo bem, mas se fazer, se me irritar, não tem antidepressivo que me segura, sabe, entendeu? É assim.

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso em mulheres pobres, provavelmente por encontrarem em suas experiências sócio-históricas, conflitos que não podem ser tratados com medicação, pelo próprio caráter epistêmico da sua materialidade. Dunker (2021) aponta a banalização proliferante da depressão, como nomeação médica do mal-estar e com a força presumida da ciência para arbitrar sobre elas: “Isso concorre para o excesso de medicalização, para a cronificação alienante dos sintomas, para diagnósticos fáceis e para a conformação passiva diante do sofrimento” (Dunker, 2021, p.14).

Dunker (2021) questiona, a partir da operação conjunta entre indústria farmacêutica e o megamarketing de saúde mental, pontos importantes ainda sem resposta:

Até que ponto os depressivos curam a depressão, e onde começamos a chamar de depressão tudo aquilo que é curado pelos antidepressivos? Qual o ponto separa os efeitos primários dos antidepressivos do poder de “cura” dos seus efeitos colaterais, como a redução da libido e redução da dor crônica? Qual é a exata medida em que o antidepressivo reduz um estado patológico e onde ele começa a ser usado como um aperfeiçoador (enhancer) de nossas formas de vida? (Dunker, 2021, p. 13).

Carolina relata-nos que recentemente recebeu um diagnóstico de bipolaridade, relacionando os sintomas com seu comportamento de toda a vida: “essa sou eu”, e num looping effect (Hacking, 2002/2009) adere ao tratamento medicamentoso. No passado, foi silenciada no seu sofrimento cardiológico, possivelmente por ter sido “lida” como “louca” na sua exigência por uma cirurgia no hospital. Não pretendemos avaliar a conduta médica do cateterismo, mas observar que de fato muitas mulheres são invisibilizadas na sua dor, que é patologizada dentro do discurso da loucura, quando um problema de outra ordem, é reduzido a um diagnóstico psiquiátrico (Foucault, 1963/1987).

Angela buscou a UBS devido ao estresse, principalmente por ter que se ocupar sozinha do trabalho doméstico, e dos cuidados com a família, como a participante esclarece abaixo:

P: Angela, você poderia me dizer o que levou você a buscar ajuda na UBS?

E: Estresse. Depois que eu tive duas gravideis de alto risco, isso me deixou... aí fica dentro de casa, né? Fico dentro de casa, já estou há mais de dez anos parada. Aí tive duas gravideis de alto risco.

No entanto, quando questionada mais duas vezes sobre os motivos da prescrição do antidepressivo, nos descreve das seguintes formas:

P: Clínico geral, ele que te recomendou antidepressivo?

E: Sim, sim, sim.

P: Então, quer dizer, no momento em que você chega aqui, a sua busca era por estresse, você estava estressada. Você podia falar um pouquinho disso?

E: Ah, a minha busca era mais para ter um... aí como que eu posso dizer assim? Era uma tranquilidade, porque além das perdas que eu tive, isso mexeu muito comigo e aquilo me perturbou. Eu estava sem casa, sem emprego, essas perdas, essa situação com a minha mãe, com o meu pai. Então, tudo isso mexeu comigo, muito, muito, muito, muito.

P: Angela, o que você acha, na sua opinião, que levou o médico da UBS a te prescrever um antidepressivo?

E: Acho que o estresse mesmo. O estresse, a ansiedade. Eu estava, apesar que a ansiedade hoje, né? Mas eu estava muito. Principalmente depois da pandemia. Eu passei por um momento

muito difícil também na pandemia. Meu marido ficou internado. Morre, não morre, morre, não morre.

Angela nos relata, ao longo da sua entrevista, um acúmulo de problemas pessoais, familiares, conjugais, a falta de trabalho, e comprometimentos da saúde física, relacionados à sua saúde psíquica. Ao ser questionada sobre possíveis transformações com o uso do antidepressivo, Angela expressa:

P: O que mudou na sua vida após o uso do antidepressivo?

E: Não vejo que mudou muita coisa não. Não vejo, apesar que é assim tem dias que eu tomo o antidepressivo mas tem dia que eu não tomo. Como é que eu posso dizer?

Como as demais participantes, **Angela** encontra uma proposta na UBS, para tratar questões não médicas como questões médicas, a partir do uso da medicação, como nos descreve Uhr (2012):

A objetivação dos indivíduos mostra-se especialmente inquietante diante do mal-estar cuja expressão é emocional. A adoção do modelo somático é acompanhada da atribuição da causalidade orgânica à doença e da desqualificação dos impasses afetivos e sociais. Embora a doença seja individualizada no corpo e, mais especificamente, no cérebro daquele que apresenta o sintoma, ela não é singularizada. Pelo contrário, assume um caráter genérico, sendo categorizada como entidade externa às manifestações subjetivas particulares (Uhr, 2012, p.1).

Silvia relata receber atendimento na UBS há pelo menos dez anos, e aponta-nos o que a levou a buscar ajuda na unidade:

E: Ah, o que me levou foi porque eu estava muito agitada, eu escutava a voz. escutava... eu dormia à noite. Eu dormia e escutava a voz.

P: Você escutava vozes? Como é que era isso?

E: Ah, era uma voz falando para mim que se eu morresse seria melhor, que eu ia descansar. Porque a minha irmã morreu, ela deixou cinco filhos comigo.

A participante, ao longo da entrevista, descreve-nos uma trajetória de estresse devido a violência física pelo marido, no primeiro casamento, e por ter que cuidar de seus filhos e dos sobrinhos, após o falecimento da irmã. A participante atribui grande importância ao fato de, ao ter sido estuprada pelo irmão, aos oito anos de idade, foi rejeitada pela sua mãe, que não a acolheu e ainda a expulsou de casa.

No que se refere à procura de ajuda na UBS, **Silvia** diz que a filha insistiu para que viesse, sendo que, contrariada, foi primeiramente encaminhada para a psicóloga:

P: Daí você veio pra cá com essa angústia, as crianças e tal. E o médico te prescreveu logo o antidepressivo quando você veio pra cá?

E: Eu passei primeiro com a psicóloga. Aí ela... Eu me irritei. Eu fiquei irritada. Eu tava muito irritada. Aí a irmã passou e marcou outro dia comigo. Mas não foi um intervalo muito prolongado. Foi rápido. Aí passou e já me encaminhou pra psi....

P: E por que você ficou irritada com a psicóloga?

E: Eu fiquei irritada. Eu tava irritada. Tava muito irritada. Não queria vir.

P: Você veio porque a sua filha insistiu?

E: Minha filha. Meu marido insistiu. Mas eu mesma não queria vir. Até hoje eu não quero vir.

Ao ser questionada sobre porque não queria vir a UBS, e ainda não quer vir, *Silvia* nos diz:

Porque não. Eu acho que não vale a pena. Você anda, anda. Passa no médico e não... Porque a depressão não tem cura. Eu puxei aqui no google. Falaram que a depressão não tem cura...

Silvia conta com o apoio da psiquiatra, e parece se sentir acolhida devido a escuta da profissional. No entanto, a respeito do efeito da medicação:

P: Você não tinha resposta com a medicação?

E: Não, eu não tenho resposta porque... nunca tive uma resposta. O que eu tenho é, tem época que eu tô bem, tem época que eu não tô... É um remédio... É como se diz. É pior do que um câncer. Porque às vezes o câncer quando ele é descoberto rápido, que não seja num lugar que mate, que não se espalhe, ele tem cura. E a depressão não tem cura. Então não vale a pena você procurar ajuda.

Os diagnósticos psiquiátricos são políticos e estão a serviço da docilização estratégica que mantém o funcionamento de instituições, como a família. A participação das mulheres é fundamental para a manutenção da família e da sociedade a partir dos cuidados. Serviços de saúde que docilizam o sujeito, estão silenciando todos os tipos de sofrimento psíquico, e o das mulheres merece uma análise no que se refere ao uso dos antidepressivos como dispositivos de poder disciplinar. Foucault analisa as técnicas disciplinares que organizam a sociedade na perspectiva do neoliberalismo:

Ora, esta racionalização da sociedade e da economia promovida pelo neoliberalismo considerou que a sociedade fosse formada por unidades-empresas, nas quais o homo oeconomicus do neoliberalismo fosse um empresário de si mesmo. Indivíduo-empresa que, ao condensar em si seu capital, seu produtor e sua fonte de sua renda, deixou de ser um mero consumidor e tornou-se produtor de sua própria satisfação (Foucault, 1979/2008, apud Rosa e Winograd, 2011, p.41).

A comparação feita por **Silvia**, da depressão com o câncer, remete-nos ao sentido deste ser uma doença palpável, detectável e circunscrita num diagnóstico, diferentemente da depressão, que não apresenta contornos claros para diagnóstico e tratamento. A doença mental é portadora de um discurso no qual a pessoa pode seguir uma carreira ou não, dependendo da forma como se identifica com a linguagem circulante, quando especialistas dizem que reconhecem seu comportamento, e podem nomeá-lo. Aviv (2023) descreve que a pessoa encontra um modo de expressar o sofrimento “através da imitação até que por fim ‘aprende’ - ou melhor, ‘adquire’ - um novo estado psíquico”, capaz de nos fornecer uma identidade.

Existem na atualidade uma legião de pessoas atendidas por psicólogos e psiquiatras na expectativa de serem incluídas em diagnósticos psiquiátricos que as ajudem a se compreender, e a saber o que fazer com o que sentem, de forma mais clara, e palpável, diante de um cenário caótico de interesses capitalistas, que produzem um sujeito nem sempre capaz de criar para si um modo de vida minimamente interessante. A possibilidade de uma forma diferente de vida, do doente que se sinta diferente (ou fragilizado), é cooptada pela noção de patologia. Ainda que se queira suspeitar sobre em que e como ele está diferente, não se tem uma relação direta da patologia com a fisiologia, ciência propositora da medicalização, como Canguilhem nos elucida:

Talvez seu sentimento seja o pressentimento do que a patologia contemporânea está começando a entrever: que o estado patológico não é um simples prolongamento, quantitativamente variado, do estado fisiológico, mas é totalmente diferente [...] Parece-nos que a fisiologia tem mais a fazer do que procurar definir objetivamente o normal: deve reconhecer a normatividade original da vida. O verdadeiro papel da fisiologia, suficientemente importante e difícil, consistiria então em determinar exatamente o conteúdo das normas dentro das quais a vida conseguiu se estabilizar, sem prejudicar a possibilidade ou a impossibilidade de uma eventual correção dessas normas (Canguilhem, 1966, p.29).

Nos arranjos da política neoliberal, os fármacos representam uma promessa da medicina:

A medicina não deve ser mais apenas o *corpus* de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá também um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos da vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive (Foucault, 1987, p. 39).

Silvia não parece interessada em reconhecer o diagnóstico de depressão apresentada pela medicina psiquiátrica como um produto do capitalismo neoliberal, como um espaço para representação da sua identidade pessoal e, desta forma, não compreende o uso do

antidepressivo, como um recurso que possa contribuir com a melhora do seu sofrimento psíquico:

P: Então, quer dizer, você já falou um pouco, mas você poderia me dizer como é que você se sente após esse tempo de uso de antidepressivo?

E: É, não tenho nem explicação, porque é como eu lhe falei, é uma doença que não tem cura.

P: Você não teve melhora?

E: Não, eu fico um tempo bem. Eu fico um mês, uma semana, no máximo eu fico bem. Aí, às vezes eu levanto, eu quero me arrumar, eu quero sair.

Contraditoriamente, **Silvia** reflete sobre sua relação com a medicação:

P: E o que você acha que mudou na sua vida com o uso do antidepressivo?

E: Ah, às vezes deixa um pouco mais calma. Você não fica tanto...quando eu tomo certo, eu não fico ouvindo vozes. Quando eu tomo certo. Sim.

P: E você acha Silvia, que as pessoas da sua família notaram? Sentiram uma mudança em você com o uso do antidepressivo?

E: Não. Eles perguntam se eu tô tomando, porque às vezes eu tô irritada, eles perguntam se eu tô tomando certo. O único que eu tomo mais certo mesmo é a Fluoxetina.

P: A fluoxetina? Você toma certinho o antidepressivo?

E: Hoje eu tomo certo. Porque ele me deixa mais sem choro. Não me deixa chorosa. Esses dias eu tava muito chorosa, eu tomei 8, 8 comprimidos.

Silvia também nos informa sobre um abuso da medicação, quando toma 8 (oito) comprimidos do antidepressivo de uma vez:

P: Por que você tomou?

E: Porque eu estava tomando e não estava... eu estava muito triste de choro.

P: Você estava muito triste e pensou que talvez pudesse ajudar tomando mais?

E: É.

P: O que você sentiu?

E: Eu senti calma, mole, querendo dormir. Eu dormi.

P: Você não se sentiu mal?

E: Não.

A participante demonstra não compreender um alcance da medicação e do diagnóstico, como recursos que possam corresponder a sua necessidade de atenuar o sofrimento psíquico. Desta forma, não toma a medicação com rigor, ou toma em excesso. O caráter vago do tratamento medicamentoso é demonstrado pela falta de adesão à medicação, constância e até, no caso de *Silvia* consumir de forma indiscriminada, como para obter algum efeito que se possa perceber.

Mendonça *et al.* (2008), afirmam que mulheres adquirem conhecimentos sobre suas doenças por meio de repetidas visitas aos serviços de saúde, e de seus diversos tratamentos, colaborando nas concepções sobre os tratamentos medicamentosos e que estes saberes, entre serviços de saúde e a população, poderiam ser utilizados como estratégia para programas de saúde, já que revelariam discrepâncias entre saberes científicos e populares. Desta forma, como assinala o autor, as mulheres contribuem com o reconhecimento e legitimação dos saberes sobre seus corpos.

Neste aspecto, em relação aos relatos das entrevistadas, observa-se uma falta de conexão com o tratamento baseado no uso de antidepressivos. As participantes revelam-nos um desconhecimento do alcance e do papel do antidepressivo em suas vidas, ainda que, por vezes, tenham observados efeitos colaterais ou iatrogênicos, e aparentemente não têm expectativas de melhora com o uso.

O Ministério da Saúde (2019) aponta dificuldades dos sistemas de saúde quanto à mudança das agendas dos profissionais envolvidos, para adequada troca de receitas com reavaliação e a participação do paciente na decisão sobre o tratamento, transformando uma cultura organizacional que não contemple seu saber e sua necessidade. Disponibilizar abordagens terapêuticas e modelos de cuidado alternativos aos psicotrópicos, mostram-se eficientes na redução da depressão, que pode significar um tratamento mais demorado, exigindo maior engajamento e participação do paciente, dificuldades de acesso físico para participação, receio em diminuir ou abandonar a medicação, dependência e efeitos colaterais de possíveis retiradas da medicação. A presença de tal problemática requer uma relação dialógica dos profissionais da instituição e do paciente em questão.

Estudos apontam a necessidade da realização de intervenções centradas nos pacientes para reavaliar, ajustar e readequar a prescrição dos antidepressivos. A escolha do tratamento, a revisão da medicação e a decisão sobre sua retirada têm se mostrado eficazes no sucesso do tratamento, e a literatura científica mostra que os pacientes são elementos decisivos que podem influenciar tanto na prescrição excessiva ou desnecessária, como podem contribuir para a

precisão e adequação dessas prescrições, embora possam apresentar resistência ou sentimento de incapacidade para participar da reavaliação e ajustamento da sua medicação. Existe a necessidade da adequação dos profissionais em se envolver com a possibilidade de participação dos pacientes no processo de prescrição medicamentosa, desenvolvendo estratégias de sensibilização e capacitação profissional para o atendimento centrado no paciente, como utilizando a distribuição de materiais educacionais, dar palestras informativas, discussões sobre as intervenções, ouvir os pacientes e os líderes locais de formação de opinião em relação aos procedimentos (Ministério da Saúde, 2019).

A Psicoeducação (PE) é uma técnica que relaciona os instrumentos psicológicos e pedagógicos com objetivo de ensinar o paciente e os cuidadores sobre a patologia física e/ou psíquica, bem como sobre seu tratamento. Assim, é possível desenvolver um trabalho de prevenção e de conscientização em saúde. A psicoeducação pode ser utilizada tanto para transtornos psicológicos quanto para doenças orgânicas (Lemes e Ondere Neto, 2017).

Pimentel e Siquara (2017), em revisão da literatura, descrevem a PE como abordagem psicossocial, utilizada na melhora do funcionamento social e ocupacional de pacientes com Transtorno Bipolar (TB), tornando-os colaboradores ativos dos tratamentos, e num processo terapêutico mais efetivo. O indivíduo com o TB manifesta instabilidade de humor que compromete sua interação com as circunstâncias do meio, sendo necessária intervenções terapêuticas farmacológicas e psicossociais, para promoção de autonomia, para lidar com os conflitos e eventos estressores, aumentar a adesão medicamentosa, promover mudanças no estilo de vida e facilitar a identificação de sintomas iniciais.

Com o intuito de ampliar o fornecimento de informações aos pacientes sobre o seu diagnóstico, o processo envolve teorias interdisciplinares como da educação, filosofia, e da medicina, podendo ser aplicada em vários tipos de instituições e problemáticas específicas relacionadas a questões sociais, comportamentais e à diversas doenças (Lemes e Ondere Neto, 2017).

Nesta perspectiva, pensando a problemática multifatorial que envolve pacientes de periferia, especialmente mulheres de meia-idade, pobres e periféricas, a utilização da PE, como ferramenta de manutenção do princípio da integralidade do Sistema Único de Saúde (SUS), permite avaliar e questionar inclusive a utilização excessiva da medicação, possíveis causas sociais e interseccionais que estejam interferindo nos processos de saúde mental de

indivíduos, intervindo com essas questões junto aos pacientes. Pensando a Psicoeducação como um facilitador na gestão do tratamento, como em orientações sobre gênero, raça e classe, sua utilização pode trazer empoderamento, autonomia e autorregulação, na sua perspectiva como uma modalidade de tratamento de tempo limitado, direcionada, estruturada e com ênfase na resolução de problemas, como nos sugerem Alves et al. (2024).

Rezende (2025) esclarece-nos que na PE, pacientes não recebem passivamente as informações, mas participam de maneira ativa das atividades, para tornar o conhecimento significativo e aplicável à sua vida, sendo a PE aplicada numa troca pautada nas características, interesses e repertório do paciente, podendo o terapeuta utilizar-se de vários tipos de recursos, como livros, vídeos, jogos e questionários de avaliação para a aplicação da técnica.

Considerando-se a importância do alcance terapêutico da PE, destacam-se riscos de aplicação não encontrados na literatura na ocasião desta pesquisa, como o da atuação unicamente coadjuvante da medicina psiquiátrica ou medicalizante. A forma interdisciplinar, permite aumentar a abrangência e a capacidade de contribuição da PE no compartilhamento da visão dos atravessamentos sociais e interseccionais do sofrimento psíquico, assegurando que a aplicação das técnicas não atue como agente da reprodução de estereótipos de normalidade, impostos como dispositivos de poder disciplinadores sobre os corpos. Soto et al. (2021) apontam-nos a necessidade de promover a educação em saúde a respeito do uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos para usuários do SUS e a população em geral, visando a compreensão acerca dos efeitos colaterais desses medicamentos como dependência e tolerância, e que essas substâncias não sejam o único caminho oferecido para o enfrentamento de problemas psíquicos enfrentados na vida.

Na perspectiva de Rose, a configuração da normalidade, impressa pela tentativa da medicina em dar contornos às doenças e suas classificações, se entrelaça com novos modos de governar as pessoas, individual e coletivamente, de tal modo que os especialistas médicos, em aliança com outros profissionais de saúde e autoridades políticas, buscam gerir modos de existência com o intuito de minimizar a doença e promover a saúde individual e coletiva (Carvalho *et al.*, 2015).

Rose observa que as relações de poder e produção de subjetividade se fazem presentes na prática médica e influenciam o modo como os indivíduos adotam determinadas formas de

viver, pensar e se comportar, produzindo a partir disso, um efeito profundo da medicalização nas nossas formas de vida, e que ela teria nos tornado quem realmente somos:

A “medicalização”, portanto, pode ser analisada, nessa perspectiva crítica, não como uma tentativa de impor uma forma de recodificação das dores e angústias humanas, mas uma produção humana que, ao longo dos últimos séculos, foi capaz de engendrar uma variedade de respostas e distintas tecnologias que visam atender a variadas necessidades humanas (Carvalho *et al.*, 2015, p.9).

Foucault (1975/1991) resgata na época clássica uma descoberta do corpo como objeto e alvo de poder, “o corpo que se manipula, se modela, se treina, que obedece, responde, se torna hábil ou cujas forças se multiplicam”, sendo esta ideia cooptada na modernidade por médicos e filósofos, pedagogos, religiosos, etc. O corpo biopolítico, patológico na referência de uma suposta normalidade em Canguilhem (1966/2009), a partir da filosofia da medicina, apresenta outro aspecto político no conceito de Rose (2003), o de que a sociedade seria induzida a uma codificação das suas esperanças e medos, em torno de tratamentos que possam reformar curar e aperfeiçoar seus corpos por meio de intervenções farmacológicas. Emerge, desta forma, um consenso de que as doenças mentais, tendo etiologias físico-químicas, podem ser equilibradas por meio de medicações, o que produz um tipo de racionalidade cartesiana, inclusive reproduzida pelas instituições sociais, que considera corpos apartados de sua subjetividade, “tratados” a partir de informações passíveis de serem decompostas, decifradas e recombinações, formando o que Rose denominou de cidadania biológica (Rotondaro, 2013).

Selves neuroquímicos, segundo Rose (2003), consistem em formas de subjetividade produzidas pela medicação, em função da necessidade de se cumprir uma suposta normalidade nas formas de pensar e agir, impostos por projetos políticos e sociais que se apropriam da biologia para criar a noção de desordem. Logo, a identidade é reduzida ao corpo e seus processos bioquímicos, em vez de experiências sociais ou culturais, numa “individualidade somática”. Rotondaro (2013) aponta-nos que Rose chega a ponto de classificar essas nossas sociedades ocidentais, que se dedicam à rotinização da prática de modificação de pensamentos, humores e conduta por meio de produtos farmacológicos, de sociedades “psicofarmacológicas”, às quais correspondem novos projetos de “cidadania biológica”. Com a entrada do dispositivo da farmacologização há um esmaecimento do espaço interior com a construção de novas formas de subjetivação impostas pelas perspectiva da química, o cérebro e das neurociências (Galindo *et al.*, 2014).

Canguilhem (1966/2009) nos mostra os limites entre o normal e o patológico: “Portanto, se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso” (p.59). É proposto um questionamento em relação a uma suposta posição de normalidade, pode-se considerar uma flexibilidade diante deste conceito, para além da ideia de doença, uma mobilidade determinada pelo ambiente e pelas disposições físicas e mentais do indivíduo. Desta forma, “o normal é viver em um meio em que flutuações e novos acontecimentos são possíveis”(p.59), no qual o indivíduo teria sua própria capacidade normativa, de instituir normas diferentes em condições diferentes.

Foucault (1963/1987) aponta-nos a regulação da medicina do século XIX mais pela normalidade do que pela saúde, em relação a como um tipo de funcionamento e estrutura orgânica e fisiológica prescreve suas intervenções. Mais recentemente, a cultura do bem-estar se apresenta, em contrapartida, a cultura do mal-estar, ora apoiado na linguagem científica, ora na popular: permitindo que cada um exprima um sofrimento psíquico qualquer e formule uma demanda de cuidado a profissionais dos mais variados campos de intervenção, a tal ponto que a noção indefinida de mal-estar tenha se tornado, hoje, um campo privilegiado de preocupação e de ação (Ehrenberg & Lovell, 2001, apud, Rosa & Winograd, 2011)

Foucault (1976/1988) considera a política dos discursos que constroem historicamente patologias, enquanto Canguilhem se atém a impossibilidade da definição de um método que possa dar conta de uma classificação de patologias. No que se refere a doença mental, Canguilhem (1966/2009) corrobora com Lagache ao não admitir a identificação da doença com a experimentação, uma vez que uma experimentação exige uma análise exaustiva das condições de existência do fenômeno e uma rigorosa determinação das condições que se faz variar para observar suas incidências. Canguilhem (1966/2009) nos aponta:

Ora, em nenhum desses pontos a doença mental é comparável à experimentação. Primeiro, nada é mais desconhecido do que as condições nas quais a natureza institui essas experiências, as doenças mentais: o início de uma psicose escapa quase sempre ao médico, ao paciente, aos que com ele convivem; a fisiopatologia, a anatomopatologia desse processo são obscuras”(Canguilhem, 1966, p.58)

E a seguir afirma: "no fundo da ilusão que identifica o método patológico em psicologia com o método experimental, há a representação atomística e associacionista da vida mental, há a psicologia das faculdades" (Ibidem, p, 58) . Canguilhem (1966/2009) cita Lagache, que considera o sentido patológico do sintoma como uma perturbação global, observada apenas

dentro do contexto clínico, já que não existem fatos psíquicos elementares separáveis, e não sendo possível compará-los a elementos de uma consciência normal.

As classificações em psiquiatria foram criadas para obter dados estatísticos sobre a população e buscar uma linguagem universal sobre as patologias mentais (Martinhago et Caponi, 2019). Dunker e Kyrillos Neto (2011) nos contextualizam a respeito dos desdobramentos do Manual DSM ao longo das suas publicações. Ainda que com proposta forjada em um mutualismo teórico entre a psicanálise e a psiquiatria, o manual já propunha na sua primeira edição em 1952, uma classificação exaustiva e de regularidade teórica semiológica constante, enquanto a psicanálise se detinha em um ordenamento de signos, fundamentado numa crítica epistemológica de extração filosófica, de forma que a história nos mostra uma fissura no modo de entender o sofrimento psíquico, e ali esvaíram-se a subjetividade e a história de vida dos sujeitos. Além disso, a classificação das patologias do manual, em seu sentido homogeneizante, sugere uma concordância forçada da relação sintoma-medicamento, partindo do pressuposto de uma etiologia biológica dos sintomas (Dunker, 2015).

Depressivos muitas vezes procuram a Psicanálise porque já não suportam o empobrecimento da vida interior produzido pelo uso prolongado de antidepressivos (Kehl, 2015). Problematizando o papel da psicanálise, Birman (2005) afirma que a tradição psicanalítica pós-freudiana produziu um silenciamento da crítica freudiana original na sua radicalidade sobre a modernidade, assumindo um tom ao mesmo tempo, triunfalista e cientificista, incompatível com os argumentos radicais sobre o mal-estar na modernidade. Esta mudança, segundo o autor, promoveu uma perda ética e política para a psicanálise que, ficando restrita a uma mera perspectiva terapêutica, na qual a harmonia do sujeito no campo social seria sua finalidade maior. Para Birman (2005), desta forma, a psicanálise incorporou em seu corpo teórico uma perspectiva normativa, pela qual a medicalização do social pôde se realizar sem resistências.

A medicalização, pode-se dizer, sustenta a ideia da penetração do capitalismo na vida das pessoas através da indústria farmacêutica, mas parece contar com o dispositivo da invenção de pessoas para tornar o sistema mais eficiente (Hacking, 1995). No caso das mulheres, foi necessário que a sociedade se constituísse de forma patriarcal, machista, misógina e racista, para que elas se submetessem e reproduzissem os saberes convenientes a máquina do capitalismo, completando assim o arco de assujeitamento.

6.2.2 A rede de cuidados

As participantes contam com a UBS Jd. Herculano, como referência para suas questões de saúde, e da sua família. No que se refere à saúde mental, segundo relato das entrevistadas, a atenção está voltada para as consultas com psiquiatra e clínico geral, e é atualmente oferecido um grupo chamado Ansiedade e Depressão, no qual só participam mulheres, embora seja oferecido para todos os pacientes. O grupo ocorre às segundas-feiras, das 10 às 11 hs. Guida nos descreve suas impressões sobre o grupo:

P: E como é que você se sente no grupo, assim? Como é que é para você?

E: É, no começo eu achei um pouco estranho, né? Como é muita gente, acho que você até observou, né? Não tem como ela pegar cada caso, né? Aí, também é poucas horas. Que é só uma hora para muita pessoa. Aí, no começo eu não falava nada. Aí, depois eu fui começando a falar. Mas tem coisas que a gente não fala também, né? Porque muita gente, a gente não quer expor nossa vida, né?

P: Mas que outra alternativa de tratamento você gostaria de fazer? Uma terapia individual? Você pensa em algum tipo de tratamento? Ou foi te oferecido alguma outra forma de tratamento?

E: Só isso mesmo. A doutora Natália (psiquiatra) e o grupo. Só isso mesmo que eu tenho. É, eu fiz uma acupuntura que eu achei muito boa, né? Aqui também? É, foi aqui. Às vezes, a nutricionista, a Angela fazia, né? Ela hoje não está mais a nutri. Ela fazia. Aí, a Vânia fez uma vez também com a gente. Parece que ajuda.

Ao participar do grupo, tive a oportunidade de conhecer as participantes, aproximadamente 20 (vinte) ao todo. O grupo é bastante elogiado, e existe principalmente uma valorização da oportunidade de se colocar, falar de si e dos próprios conflitos, e de socializar. São comemorados os aniversário do mês, e a partir de um rateio são comprados bolos, doces, salgados e bebidas. As participantes se sentem acolhidas pelos coordenadores do grupo, a psicóloga e o assistente social, e é um momento de muito prazer entre os envolvidos. A UBS também oferecia aplicações de acupuntura, realizadas pela nutricionista, mas o procedimento foi interrompido. Sessões de psicoterapia individual não são realizadas no local, segundo as entrevistadas.

A relevância estratégica da aplicação da clínica ampliada no serviço público de saúde, é fundamental para a compreensão dos aspectos singulares das mulheres, para além do diagnóstico como ferramenta universalizante, dentro do processo saúde-doença, assim como na construção compartilhada de propostas terapêuticas, no envolvimento afetivo entre

pacientes e profissionais, e na qualidade da escuta que se pratica. Na clínica ampliada verifica-se que o processo de “medicalização da vida” promove a diminuição da autonomia, o aumento de dependência e resistência do sujeito ao tratamento (Ministério da Saúde, Clínica ampliada e compartilhada, 2009).

O saber do paciente é entendido como o conhecimento que ele tem sobre si mesmo, suas dores, limites, desejos e contextos sociais. Incorporar este saber significa reconhecer que o paciente não é apenas um receptor passivo de cuidados, mas um agente ativo na construção de seu tratamento. Uma escuta ativa deve ir além dos sintomas e incluir o contexto de vida do paciente. A formação dos profissionais de saúde precisa incluir competências relacionais e éticas que favoreçam o diálogo com o paciente.

A escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção básica situa-se no processo de prevenção do adoecimento e da promoção da saúde, destacando-se como relevante e revolucionária no contexto das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, na reformulação de modelos de assistência, na qual a desinstitucionalização e a criação de novas práticas terapêuticas, são destinadas à atenção de sujeitos de direitos (Santos, 2019).

O diálogo possibilita o vínculo terapêutico e estabelece que a diversidade e a singularidade prevaleçam no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. As entrevistadas desta pesquisa expressam na forma e no conteúdo de seus relatos, compreenderem o significado e as consequências de seus conflitos, como conhecedoras dos atributos/habilidades da escuta qualificada, e que esses aumentam a qualificação técnica dos trabalhadores da saúde, com a interação humanizada, cidadã e solidária, de acordo com a gestão social proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003 (Raimundo e Cadete, 2012).

O trabalho da UBS, compondo a Estratégia de Saúde da Família (ESF), prioriza o cuidado coletivo e territorial em vez do atendimento individual, por razões estruturais e filosóficas ligadas à promoção da saúde e prevenção na APS, desta forma as equipes multidisciplinares atuam de forma colaborativa com importância no cuidado integral, com foco na coordenação do cuidado (Rosa e Silva-Roosli, 2019).

Em 2006 a saúde da família foi apresentada como estratégia para reverter o modelo de assistência vigente e fortalecer a AB. Rosa e Silva-Roosli (2019) refletem sobre as distintas

formas de trabalho na assistência à saúde na AB, distante de uma perspectiva estritamente individualista e psychologizante, orientada exclusivamente para os usuários e afastando-se da oferta exclusiva de consultas psicológicas, restritas à interpretação de causas e efeitos psicológicos.

Complexificando tal ponto de vista, e situando a forte demanda por uma escuta qualificada e para o atendimento individual, contida no relato das entrevistadas, ainda que o processo implantado de trabalho do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio do apoio matricial² seja o da criação de espaços coletivos de discussão e planejamento, como do Projeto Terapêutico Singular (PTS) para os casos mais complexos, se mostra significativa a ideia de promover o espaço de escuta individual, levando-se em conta os efeitos individuais do atravessamento de marcadores interseccionais no sofrimento psíquico das mulheres, e a necessidade de privacidade na abordagem das pacientes.

A relação dos usuários com as unidades de serviço do SUS oferece uma problemática relacionada à ideia de uma escuta e um acolhimento qualificados. Diemer e Cavagnoli (2021) destacam como a intersecção entre marcadores sociais de opressão produz subjetividades e identidades na relação com a instituição de saúde, no processo de construção social da normalidade em saúde mental. Destituída de uma visão diversa sobre as mulheres, atrelados a modelos históricos do patriarcado e da psiquiatria tradicional, oprimem e discriminam, principalmente ao aderirem tratamentos de caráter unicamente biomédico que desconsideram as dimensões sociais na saúde. Os marcadores sociais de opressão, representados na sociedade e também dentro da instituição de saúde, comprometem a relação dialógica entre a população e imposições institucionais.

As classificações psiquiátricas presentes no DSM, como na versão DSM-IV-TR (2000/2002), e consequentemente a instituição médica, não consideram dinâmicas culturais que possibilitem padrões diferenciados de normalidade.

A Subjetivação hegemônica institui coordenadas semióticas e relacionais que determinam comportamentos e sentidos, gerando consentimento e assujeitamento à docilização dos corpos. Esse poder é constituído pelos saberes, discursos, instituições e práticas que preparam os

² O Apoio Matricial, também chamado de matriciamento, é um modo de realizar a atenção em saúde de forma compartilhada com vistas à integralidade e à resolubilidade da atenção, por meio do trabalho interdisciplinar. Na Atenção Básica em Saúde (ABS)/ Atenção Primária em Saúde (APS), ele pode se conformar através da relação entre equipes de Saúde da Família (equipes de SF) e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), configurando-se de diferentes formas através de suas duas dimensões: técnico-pedagógica e assistencial (Núcleo de Telessaúde Santa Catarina, 2015).

sujeitos para estarem em relação (Prado Filho & Lemos, 2012, apud Diemer e Cavagnoli, 2021, p.57)

Como apontado no item 4, do capítulo I desta dissertação, mulheres negras de classes baixas podem ver com desconfiança ou forma de controle social a abordagem do cuidado oferecida, oriunda de relações de subalternidade e racismo do período de escravização (Oliveira, 2025). Observa-se nos relatos das entrevistadas desta pesquisa, outro elemento na sua relação institucional: elas compreendem sua condição de saúde como consequência direta das condições materiais de vida, tais como pobreza, violência doméstica e sobrecarga de trabalho. Esses fatores impactam significativamente a visão que desenvolvem acerca do seus tratamentos, uma vez que não são acolhidas por uma abordagem que considere tais marcadores sociais de opressão em sua integralidade.

Passos (2023) destaca a forma como a visão eurocêntrica e capitalista sobre a negritude perpetua a condição de subalternização das mulheres negras pelas bases colonialistas e racistas construídas historicamente pela psiquiatria hegemônica, responsável por medicalizar mazelas sociais, produzindo continuamente os sentimentos de tristeza e angústia, na falta de poder e autonomia. Ao dar contornos estereotipados à imagem da população negra, como ontologicamente perigosos, que precisam de pacificação e serem retirados, são apagados de sua identidade nacional, e aniquilados pelo complexo industrial-prisional-manicomial-farmacêutico.

O sofrimento psíquico das mulheres negras é tratado como doença, no lugar de ser compreendido como resposta a contextos de opressão, racismo estrutural e violência estatal. Tais problemáticas não são reconhecidas no atendimento público da população negra sendo negligenciadas pelo racismo institucional e naturalizadas. A experiência na saúde mental de forma homogeneizada, revela tratamentos, cujo o objetivo, é restabelecer a normalidade de estereótipos de gênero baseados na essencialização do existir mulher, responsável por invisibilizar vivências múltiplas das mulheres negras (Passos, 2023).

Passos (2023) destaca a criação da Clínica da Delicadeza, no espaço de cuidado institucional, como estratégia para romper a política de morte na saúde mental, ao resgatar a população negra da zona do não-ser, que retroalimenta a ideia do “se eu não sou humano, não tenho direito aos direitos básicos da existência”, na sua invalidação como sujeito frente ao branco colonizador. A ideia de um reposicionamento ontoancestral, trazida da África e recriada na diáspora, constitui uma nova forma de se constituir e de se enxergar como sujeito.

No campo da saúde mental, tal concepção representa defender o exercício de um cuidado pautado na liberdade, nos direitos humanos, na autonomia, para além da imposição de um saber-poder vertical e hierarquizado

6.2.3 Os dispositivos amoroso e materno

A ideia da subjetivação e do sofrimento das mulheres, diz respeito à forma como seus corpos foram disciplinados e silenciados, em decorrência de saberes que se repetem, e portanto se legitimam (Foucault, 1976/1988), inclusive por elas mesmas, como verdades de gênero, sobre “o que é ser uma mulher de verdade” e sobre “o que é ser um homem de verdade” (Zanella, 2018), subvertendo, assim, as verdadeiras bases para um encaminhamento ético e consciente de seu próprio desejo.

Mulheres se subjetivam dentro das noções de gênero, como produto de um processo de representação e autorrepresentação, permeando a condição de ser Mulher, na sua diferença sexual, mas como “sujeitos de relações reais”, como seres históricos que as situam tanto dentro como fora do gênero (Lauretis (1987/1994).

Na perspectiva dos processos de subjetivação, a forma de poder alcançada pelos dispositivos destitui as mulheres da sua verdade pessoal, ao se submeterem às tecnologias de gênero, termo cunhado por Teresa de Lauretis (1987?1994), como uma interpelação de scripts culturais, performances de gênero nas esferas das produções simbólicas midiáticas, e regras dos comportamentos da vida cotidiana, o que nos leva, pela repetição da informação que nos interpela, a construirmos a nós mesmos, efeito esse que Hacking (1995) denominou *looping effect* (Zanella, 2018).

O DSM é capaz de apontar-nos a dimensão emocional do sujeito, mas relativamente a sua aplicação em regras morais e sociais de comportamento, ou simplesmente relacionada à aspectos biológicos, como é o caso da teoria serotoninérgica, de forma a contribuir para responsabilizar a mulher pelo seu adoecimento. Aspectos culturais são responsáveis pelo atravessamento de emoções em nossos corpos, “configuradas nas interações sociais e, portanto, dependem do contexto cultural, da linguagem e da construção de significados” (Zanella, 2018, p. 34).

Os dispositivos amoroso e materno, naturalizados pela cultura e tecnologias de gênero, representam mecanismos de poder edificadores dos desejos das mulheres, a partir da

interpelação de discursos vigentes sobre seus corpos, resultando numa forma de alienação e de desempoderamento para as mulheres (Zanello, 2018).

Mostra-se evidente a mulher como a figura, cujo destino é cuidar dos filhos, adotados e biológicos, dos pais, do irmão que a estuprou, como aconteceu com *Silvia*. Além da mãe de *Silvia* não ter reconhecido que ela havia sido estuprada pelo irmão mais velho, aos oito anos, ainda a expulsou de casa, o que relata como sua grande mágoa. Mais tarde, Silvia adota os filhos da irmã falecida, a pedido dela, antes de morrer, e sua mãe trás o irmão que a havia estuprado, já doente, para que *Silvia* cuidasse dele até a morte, como a participante nos relata abaixo:

E: Ela morreu, e ela deixou cinco filhos comigo, a minha irmã.

P: Cinco filhos?

E: É. Eu já tinha os meus sete, já. Aí, depois, o meu irmão que me estuprou, ele ficou doente. Eu fui estuprada pelo meu irmão.

P: Foi com quantos anos?

E: Com oito anos. E a minha mãe, ela trouxe ele pra casa, pra minha casa, pra mim cuidar depois que ele ficou doente.

Fora do casamento, a mulher solteira também é convocada ao cuidado, como nos descreve Wittig, sobre Guillaumin, quanto a opressão de mulheres na apropriação histórica de seu trabalho do cuidar:

(...) Mas Guillaumin ficou mais conhecida por definir o aspecto duplo da opressão da mulher: uma apropriação privada por um indivíduo (marido ou pai) e uma apropriação coletiva do grupo inteiro, incluindo pessoas celibatárias, pela classe dos homens. Em outras palavras, “sexagem”. Se você não é casada, terá de se dispor a cuidar dos doentes, dos idosos, dos fracos (como fazem frequentemente freiras e voluntárias), sejam eles parentes ou não (Wittig, 2022, p. 27)

A mulher ser convocada a performar sua “identidade instituída por uma repetição estilizada de atos” (Butler, 1990, p. 297 apud Zanello, 2018), acontece através de uma estratégia de sobrevivência, uma situação de coação social, como aponta Butler, obrigando o corpo a conformar-se com a ideia histórica do ser mulher (Zanello, 2015).

Elisabeth Badinter (1985) esclarece-nos que o amor materno não é algo inato, mas construído e posicionado historicamente. Enquanto anteriormente, as mães enviavam seus filhos do nascimento a morar com as amas de leite até os cinco anos, na modernidade a proximidade nos cuidados aparece como maneira eficaz de proteger os filhos, e assim a

família nuclear burguesa, elemento importante do capitalismo industrial. Como avaliar o amor destas mães por seus filhos se põe como uma questão bastante complexa, levando em conta valores atuais. Os psicanalistas poderiam defender que a ausência do filho é pouco propícia ao desenvolvimento do sentimento, e outras teorias procurarem defender essa ou aquela forma de amar os filhos, mas o fato é que o que se impôs foi uma nova divisão social do trabalho, que pesou muito na atribuição das funções da “maternagem” à mulher, deslocando a forma como o suposto amor se manifesta pelas mães.

Para além do questionamento do amor materno como parte da natureza ou da cultura, “No fundo de nós mesmos, repugna-nos pensar que o amor materno não é indefectível. Talvez porque nos recusemos a questionar o amor absoluto de nossa própria mãe...” (Badinter, 1985, p.22). Na modernidade a ideia de um instinto materno nos conduz à necessidade no cuidar e no amar os filhos, simultaneamente a um momento político destinado à apropriação do corpo como máquina, como instrumento de utilidade e docilidade, com a vigilância dos hábitos (Foucault, 1976/1988). Na família moderna, Zanello esclarece-nos a respeito do destaque concedido a figura da mãe:

Se, por um lado, aumentaram as tarefas, por outro, houve um apogeu da promoção da imagem da mãe. Devotamento e sacrifício fizeram “brilhar” ainda mais a maternidade. É por meio dos valores que se firmaram nessa transição que se pode compreender a configuração do dispositivo materno. Assim, se, de um lado, solicitava-se às mulheres um trabalho cada vez maior de auto-abnegação, por outro, construía-lhes um lugar, de certa forma, “empoderado, ainda que, é necessário destacar, um empoderamento colonizado (Zanello, 2018, p.127).

Desde o século XVIII, o bebê e a criança transformam-se em objetos privilegiados e a mãe como alguém disponível a sacrificar-se para que o filho viva bem junto dela. “Ainda no século XX continuou-se a alfinetar sem piedade a negligência da mãe má (Badinter, 1985, p.202). A perspectiva do desempenho de um papel dentro do dispositivo materno, opera como gerador de culpa, como acontece com Silvia, ora por não conseguir dar conta da criação de filhos naturais e adotivos, mas também por ver os filhos fracassarem, alguns envolvidos com drogas e com a polícia, e também por perder três filhos. **Silvia** nos conta sobre a sua procura por ajuda na UBS:

P: E você logo que veio a primeira vez... Então, me conta um pouco. Você se sentia angustiada? O que se passava, o que acontecia?

E: Ah, naquela época não valia a pena continuar vivendo. Porque a minha vida inteira era só luta. E nunca tinha fim. Porque quando terminava, uma vinha a outra em seguida. E comecei botando um monte de coisa na cabeça. E ficava muito tempo deitada na cama. Não queria comer.

P: Qual era a sua luta?

E: Todas as lutas. Quando não eram os filhos, era... Ah, o filho foi preso. Ah, a polícia estava atendendo o seu filho lá embaixo. Aí tudo veio na minha mente.

Angela também revela-nos suas preocupações com a filha:

P: E como é que você se sente após esse tempo? São aproximadamente três anos, né, de antidepressivo. Como é que você se sente depois desse tempo com antidepressivo?

E: Ah, tem dia, como eu estou falando, tem dia que eu estou bem, tem dia que eu não estou legal, né? Eu sou uma mãe que eu fico muito preocupada com o outro, sabe? Se nem minha menina, se ela ligar para mim e falar assim: “Ah, mãe, está faltando isso aqui, aqui, aqui”, eu já fico preocupada, como é que eu posso ajudar ela? Sabe? Então essas questões me incomodam demais. Porque ao invés de estar preocupada comigo, com a minha saúde, sabe? Que nem os meus remédios. Eu não sou reguladinha ali, certinha. Não sou. Eu já falei isso para o doutor. Eu tomo insulina hoje e amanhã já não tomo. Então eu não sou reguladinha toda.

O sentimento de não conseguir maternar como “seria o ideal”, representa um grande sofrimento para **Angela**, por ser a prioridade da entrevistada, além de não conseguir se dedicar ao autocuidado.

O crescimento dos filhos, que não dependem mais dos cuidados da mãe, fizeram faculdade, estão empregados, e a protegem do marido, também contribuiu bastante para a estabilidade emocional e a proteção psíquica de **Guida**, como expressa nas duas falas seguintes:

P: A questão de ter onde ficar, porque se você tivesse a alternativa, você teria saído de casa?

E: [...] Hoje em dia ele não é mais assim. Então, eu já suportei tudo aquilo lá atrás, eu acho que agora eu sigo em frente, eu aguento. Tenho meus filhos também que me defendem, né? Quando ele vai falar alguma coisa, se eles não concordam, eles vão. Tanto assim, eles não gostam que eu fale do pai, nem que o pai fale de mim.

P: (...) Então, imagino que com seus filhos encaminhados, a sua vida se transformou bastante.

E: Nossa, minha vida é outra.

E: Eu trabalho hoje mais para mim.

Zanello (2015) analisa o sofrimento psíquico relacionado à pressão exercida para que a performance do cuidado na maternidade possa ser realizada, de acordo com valores e ideais estereotipados de gênero relacionados a ser “uma mulher de verdade”. Além de Guida,

Carolina e Eurídice, também tem o sucesso dos filhos associado a vivência da maternidade, como fator de proteção psíquica para a mulher, quando “o sucesso dos filhos coroa o sucesso da mãe” (Zanello, Fiuza e Costa, 2015, p.242), enquanto que Silvia sofre no dispositivo materno, pelo envolvimento de alguns de seus filhos e o sobrinho, que criou, com o mundo das drogas e com a polícia, além de ter perdido três filhos.

Abandonando a perspectiva de uma instância arquetípica do feminino, nos deslocamos da visão de “mulher” para a de “mulheres”, e para fora da “casa patriarcal”, ou seja, da compreensão cultural do feminino, como aponta Lauretis (1987/1994), concebido na posição de sujeito, como múltiplo, “engendrado”, não apenas na compreensão de experiências comparativas com a figura do homem, mas apontada para as particularidades das mulheres, como quanto a relações de gênero, raça, nível socioeconômico e escolaridade.

Basicamente, ao se falar de gênero como dispositivo de poder sobre as mulheres, inferindo-se uma cultura forjada no binarismo, e nas características sexuais, encontra-se uma construção epistemológica distinta, portanto por vezes conflitante com teorias hegemônicas, como o psicologismo, a biologia e a psiquiatrização, quando não levam em consideração o caráter performativo nas relações entre os sexos, que leva ao sofrimento psíquico (Zanello, 2018). Butler (1993/2005) descreve o gênero como uma construção discursiva do poder, estabelecida pela cultura, cuja “nomeação é ao mesmo tempo, a fixação de um limite, e também a inculcação repetida de uma norma” (Butler, 1993, p.3).

Foucault (1976/1988) se ocupa de um projeto histórico- filosófico na análise das relações de poder, que envolvem a construção de saberes sobre os corpos na sociedade moderna, cuja estratégia de apropriação consiste no dispositivo da sexualidade para as mulheres, como um conjunto de tratados, técnicas e concepções, que se ocupam de explicar todos os fenômenos da vida humana, e para isso o corpo deve que ser construído, posicionando sujeitos em condições sociais distintas.

Para isso, o discurso sobre os corpos se ocupou de reforçar o papel hierárquico de submissão da mulher ao homem, sendo responsabilizada pelo espaço privado, do cuidado com a família e com a reprodução, num momento em que se estabelecia o desejo de mobilidade social e econômica, como promessa do capitalismo na modernidade para as famílias (Zanello, 2018; Miskolci, 2013).

Também, na Europa, Silvia Federici (2012/2019) nos contextualiza sobre a invenção da família nuclear:

Somente após as epidemias e o trabalho exaustivo dizimarem a força de trabalho - e, mais importante, depois de as lutas proletárias entre 1830 e 1840 deixarem a Inglaterra à beira de uma revolução - foi que a necessidade de uma força de trabalho mais estável e disciplinada

levou o capital a organizar a família nuclear como o centro de reprodução da força de trabalho. Longe de ser uma estrutura pré - capitalista, a família, como a conhecemos no “Ocidente”, é uma criação do capital para o capital, como uma instituição que deveria garantir a quantidade e a qualidade da força de trabalho e seu controle. Assim, como o sindicato, a família protege o trabalhador, mas garante que ele ou ela nunca serão nada além de trabalhadores. E é por isso que a luta da mulher da classe trabalhadora contra a família é crucial (Federici, 2019, p. 72).

O controle da sexualidade, ao contrário do que se poderia imaginar, não se deu com a repressão da economia geral dos discursos sobre o sexo, mas sob o regime de poder-saber-prazer, levando com isso a efeitos que podem ser de recusa, bloqueio, desqualificação do sexo em discurso, mas também a sua incitação e intensificação, com a utilização de técnicas polimorfos de poder (Foucault, 1976/1988). Para Foucault (1979/2008), o que caracterizou a racionalidade liberal é o fato de ela fundar o princípio de racionalização da arte de governar no comportamento racional dos que são governados. Governo aparentemente paradoxal, visto que prioriza a autonomia dos governados e os meandros de seu comportamento (Rosa & Winograd, 2011).

Nesse sentido, Foucault (1984/1998) aponta em sua pesquisa genealógica, de que maneira os indivíduos foram levados a exercer sobre eles mesmos, e sobre os outros, uma hermenêutica do desejo, a partir da história do reconhecimento do seu desejo. Trata-se de uma dobra histórica sobre o que o sujeito compreende a respeito de si mesmo, seu corpo e sua sexualidade. Na análise de “jogos da verdade” sobre os indivíduos, verifica-se que as mulheres, neste sentido, se leem como esposas, mães e cuidadoras, identidades forjadas pela cultura, na experiência como sujeitos da sexualidade.

A proposta de entrevistar mulheres casadas, ou morando com seus companheiros, deu-se exatamente para delimitarmos um recorte da relação conjugal, espaço dos conflitos de gênero, por excelência, e fonte de operação dos dispositivos de gênero para as mulheres. Neste sentido, Azeredo (2010) pontua sobre este arranjo familiar:

Esse “encontro” é também desencontro. Se tomarmos a família como espaço de ambiguidades e contradições, perceberemos que ela não é só o ninho, mas também o nó. Locus de pertencimento e de visíveis fronteiras aí está, configurada e (re) configurada. O fato é que, movidos por questões afetivas e socioeconômicas, os sujeitos se aproximam e desenharam um modo de viver e atender suas necessidades. Nesse sentido, a família é uma forma de organização social bem sucedida (p. 581).

Observa-se que, apesar de *Carolina*, *Silvia* e *Eurídice* terem terminado o ensino médio, não houve, a partir da formação escolar, uma emancipação financeira que lhes permitisse ter autonomia nos casamentos, para que pudessem se separar de seus companheiros, e assim se afastarem de processos de violência de gênero. A estrutura familiar regulada pelos dispositivos amoroso e materno impõe uma carga psíquica e de trabalho excessivo à mulher,

comprometendo seu autocuidado, a sua saúde e um engessamento da sua autonomia financeira. Todas as entrevistadas adquiriram sérios problemas de saúde ao longo da vida, tendo agora muita dificuldade para retornar ao mercado de trabalho.

Apropriando-se dos dispositivos amoroso e materno, como categorias analíticas, inscritas num momento histórico (Zanello, 2018), verificamos na história de vida das entrevistadas, hoje na meia-idade, seu envolvimento com uma pedagogia afetiva marcada por relações de poder, com graves consequências. A família de origem, para as jovens mulheres, representa um lugar insalubre, de onde se deve sair, e o casamento mantém este mesmo padrão.

Euridice fugiu de casa aos 17 anos, devido à rigidez do pai, e foi morar com seu atual marido. Ao responder à pergunta: “Você encontrou no casamento uma saída para aquela realidade que você tinha dentro da sua família?” descreve-nos:

Eu acho que foi. Eu tenho isso comigo, a minha pressa de querer arrumar logo um marido. Eu acho que era para sair daquela vida que eu era muito presa. Eu não sabia o que era festa. Eu era muito presa.

A precipitação de um relacionamento precoce acontece sem a devida atenção a um passo importante, muitas vezes tomado por uma expectativa fantasiosa, na qual a mulher se submete a “qualquer um” para superar uma realidade de privação afetiva ou material, como nos descreve bell hooks (1984/2019):

A essência do amor verdadeiro é o reconhecimento mútuo — dois indivíduos que veem um ao outro como realmente são. Todos nós sabemos que a abordagem comum é conhecer alguém de que gostamos e mostrar a melhor versão de nós, ou até mesmo um falso self, que acreditamos ser mais simpático para a pessoa que queremos atrair. Quando nosso verdadeiro self aparece em sua inteireza, quando o bom comportamento se torna demais para sustentarmos e as máscaras são retiradas, a decepção vem. Com muita frequência, indivíduos sentem, depois desse momento —quando os sentimentos estão feridos e o coração, partido —, que era um caso de identidade trocada, que a pessoa amada era um estranho. Eles viram o que queriam ver, em vez do que estava realmente ali. (hooks, 2019, p.184).

Euridice relata um sofrimento desde o início do casamento, porque o marido levava “vida de solteiro”, a traia, e já era alcoolista aos 20 anos. O marido se divertia em festas, e ela pensava em se divertir também, pois tinha um pai muito controlador, como relata neste trecho:

Mas aí, nessa época, ele já tinha os seus 20 anos, né? Eu não conhecia essa vida dele, só fui conhecer depois. Mas eu fui avisada pela minha prima: “É isso que você quer pra você? Ele é muito da vida. Ele é muito de carnaval, ele é muito de forró”. E eu pensei assim: “Ai, eu gosto tanto, tanto. Quem sabe daqui, num decorrido do tempo, eu vou tentar. Vou tentar dar uma amenizada nessa vidinha dele”. Difícil, né? Ajudá-la. Mas foi difícil, eu consegui, mas com muito, muito custo.

Euridice propõe “dar uma amenizada nessa vidinha dele”, uma tentativa de transformar o marido em outros moldes, o que não aconteceu. Neste trecho diz que conseguiu durante a vida, mas faz outra referência no momento seguinte:

[...] É que a gente casou depois, né? E o comecinho não teve mar de rosa não, o comecinho foi bem difícil. Agora, hoje em dia, mas ele é uma pessoa muito, ainda complicado, sabe? E assim de... ele é muito calado.

As relações de alteridade para as mulheres são construídas na percepção de um outro desconhecido, por vezes um inimigo, numa realidade de ambiguidade que confunde a percepção da mulher sobre o outro e sobre si mesma. O relato de **Guida** ilustra este aspecto da relação conjugal:

[...] ele é um bom pai, assim, para o filho dele. Mas, como marido, ele é zero. Ele me maltratou muito. Falava que eu era doida, e ficava falando de mim nos ônibus, as pessoas me contavam [...] Hoje ele chega para mim, fala que me ama, que é isso e aquilo outro. Eu não consigo falar para ele que amo ele. Porque tudo bem, a gente tem que perdoar, né? Mas vem todo aquele filme na minha cabeça do que ele fez comigo. Acho que foi isso também que me levou para a ansiedade, foi o relacionamento.

A mulher ao assumir um relacionamento está apostando numa reciprocidade que nem sempre ocorre por parte do parceiro. Zanello (2018) destaca a diferença de investimento afetivo/pulsional por parte dos homens raramente existe, tornando a relação assimétrica. O homem “calado” pode esconder esse baixo investimento afetivo da mulher, quando ela o interpreta como “um desafio a ser solucionado”, ou um “mistério a ser desvendado”, fantasias que reproduzem vivências anteriores de falta de amor nas suas vidas.

Guida também teve uma vida complicada com o marido. Casou-se como alternativa material para a vida miserável que passava com a filha pequena, e o marido sempre foi desrespeitoso com ela. A entrevistada descreve-nos sobre a sua passagem para o casamento:

E: Com a criança e a mulher sozinha, não foi fácil. Aí, começou a angústia. Sempre tive. Chorava. Aí, eu conheci esse meu marido. Hoje, eu estou com ele há mais de 30 anos. Aí, eu tive um filho com ele. Ele gostava da minha filha. Mas, quando o filho dele nasceu, tudo mudou. Ele queria espantar a minha filha. Eu não deixava.

P: Esse que você está hoje?

E: Hoje. Eu não podia sair dali. Porque, se eu sáísse dali, eu ia morar na rua.

P: Você queria se separar, mas não podia?

E: Não podia. Não tinha aquele acolhimento das mulheres, como tem hoje. Naquela época, não tinha. Ela nasceu em 1986. Aí, eu fiquei com ele. Depois, tive minha outra filha.

Guida enfrenta há mais de trinta anos uma relação desrespeitosa, autoritária e hostil, com o marido. Aponta-nos como se sente ao expressar seus sentimentos com o marido atualmente, e como vê sua relação com ele hoje:

E: Eu me sinto (melhor ao se expressar), mas ele fica mal. Ele muda, já fica agressivo, entendeu? Eu fico falando tudo aquilo que já passou, que não precisa ficar repetindo, tudo aquilo. E eu estou tentando, assim, não repetir, né? Para ver, né? Porque agora eu estou com 58 anos, ele 60, né? Eu vou para onde?

P: A questão de ter onde ficar, porque se você tivesse a alternativa, você teria saído de casa?

E: Muitos anos. Muitos anos. E ele não é aquele homem que chega em casa, ele já foi, né? Antes que ele chegava, quebrando, batendo, entendeu? Hoje em dia ele não é mais assim. Então, eu já suportei tudo aquilo lá atrás, eu acho que agora eu sigo em frente, eu aguento.

Suportar o marido opressor, por falta de autonomia material, é uma consequência da submissão e subjetivação ao dispositivo amoroso, cujo objetivo das mulheres é serem amadas e validadas. As mulheres se moldam ao desejo do homem para serem aceitas (Beauvoir, 1949/1960). Que estrutura de poder constroi o sujeito e o outro, essa relação binária entre homens e mulheres, e a instabilidade interna desses termos? questiona Butler (1990/2003).

Conforme a determinação do dispositivo amoroso, a mulher cumpre o seu papel: “É o retrato da prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”: devem ser dóceis, amorosas, devotadas, recatadas e, sobretudo, amantes. A exigência social para cumprirem este padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-a em uma vivência de impotência apagada (Zanella, Fiuza e Costa, 2015, p.239).

Existe uma conveniência imediatista em se submeter a relação com qualquer homem, por ser escolhida e, portanto, socialmente validada. De certa forma, se acertar com o sistema vigente representa assumir uma posição de aceitação e, portanto, confortável de início, mas opressiva do seu desenvolvimento, como Zanella nos esclarece os termos desse tipo de subjetivação:

Dizer que o dispositivo amoroso apresenta-se como caminho privilegiado de subjetivação para as mulheres em nossa cultura, significa que as mulheres se subjetivam, na relação consigo mesmas, mediadas pelo olhar de um homem que as “escolha”. Isto é, o amor, ser escolhida por um homem, é um fator identitário para elas. Diz acerca de certa forma de amar que a elas é interpelada. Em nossa cultura, os homens aprendem a amar muitas coisas e as mulheres aprendem a amar, sobretudo, e principalmente, os homens (Zanella, 2018, p.84).

A aliança entre os homens no patriarcado estabelece a posição da mulher num lugar de controle, e o casamento é o espaço delimitador do processo. O controle do pai passa para as mãos do marido, de onde nem sempre querem sair, mesmo quando seja possível a autonomia material. A posição de anomia da mulher é superada no casamento (Féres-Carneiro, 1998), no qual a figura masculina assume várias representações sociais, de forma que na posição de esposa, ela tem o respeito da sociedade. Nesse sentido, *Eurídice*, depois de quase 40 anos de convivência com o marido, mostra-nos o seu dilema sobre uma possível separação:

P: Então, quer dizer, Eurídice, que você tem autonomia material, né? Você não tá trabalhando no momento, mas você sempre trabalhou. Você sempre teve o seu dinheiro.

E: Sempre, graças a Deus.

P: E ainda assim você não pensou em sair do casamento?

E: Não. Porque meu marido, hoje em dia, ele já melhorou muito. Se ele ainda fosse uma pessoa que eu descobrisse traição de hoje, porque ele era muito jovem. Foi dois jovens que se juntou. Ele tinha acabado de sair da adolescência dele. Vinte anos, muito jovem. E eu tava indo pra 18. Foi dois jovens. Foi dois de cabeça vazia, sabe? E até então ele vinha de uma família desestruturada, perdeu mãe cedo, o pai foi embora, vendeu casa com ele de baixo, aí foi morando com vó, com tia, não dá certo com...

P: Mas o teu descontentamento com o casamento continuou até aqui em São Paulo.

E: Continuou.

P: E ainda assim você não pensou (na separação)?

E: Não, não penso mais, sabe? Ele chegou a me pedir perdão por tudo o que me fez, reconhecer os erros de tudo o que me fez. E é assim, mas o motivo maior mesmo de não acontecer a separação foi mesmo por causa dos meus pais. Eu ficava com muito medo. Deu ficar jogada na rua.

P: Você pensou em se separar dele?

E: Pensei, pensei. Mas eu pensei que o meu pai não ia aceitar de volta com a minha filha, sabe? Porque eu saí de lá e não tinha filho. Meu pai é antigão. Meu pai daquele tempo antigo, sabe? Rígido. E voltar com o filho, eu saí de lá e não tinha filho. Aí eu vou voltar com o filho. E isso aí fez eu me assujeitar, sabe?

E: Tipo assim. Aí, se eu fosse pra casa dos meus pais, ele não iria me aceitar, não pela minha mãe, né? Pelo meu pai. Aí, pensava, até isso mexe com a cabeça, né? Pensava no que o vizinho ia falar, no que o vizinho ia pensar. Um bocado de coisinhas.

Para Zanello (2018), a cultura cria caminhos privilegiados de subjetivação, diferenciados para homens e mulheres, e esses seres, a partir de uma diferença física, foram colocados em lugares concretos, sociais e simbólicos diferentes. Nas relações conjugais das entrevistadas, nas quais se observa opressão e violência de gênero por longos relacionamentos, a mulher manifesta o desejo da separação, mas é interpelada por marcadores sociais de opressão, como falta de autonomia financeira para sair de casa com filhos, falta de emprego, etc. A maior presença de mulheres entre os pobres e os extremamente pobres têm relação com a posição que a mulher ocupa na divisão sexual e social do trabalho. Papeis definidos na sociedade machista hierarquizada, coloca a mulheres empregos mal remunerados, precários e com alto grau de informalidade (Observatório das Desigualdades, 2021).

Mas, além disso, demonstra a presente pesquisa, existe um laço resistente entre os casais, cuja manutenção parte do marido como figura de comando, com interesse em continuar sendo cuidado, medo de desestabilizar sua relação com os filhos, ou mesmo a intenção em manter-se numa situação de dominação sobre a mulher. Zanello (2018) nos aponta o casamento, como fator de desempoderamento para as mulheres, e proteção psíquica para os homens.

Nietzsche (1887/2011) coloca que a moralidade é criada para a aplicação do poder, que não nos é dado, é tomado. A necessidade de subverter a verdade da tradição e encontrar o próprio caminho e sua verdadeira potência, conquistada no controle de si. O autor reconhece que a própria verdade não espera a aprovação do outro, ou um sentimento de vitimização. A crença que você não é merecedor, mas mendigo do outro, deve ser quebrada na adversidade. Na perspectiva de gênero, os arranjos entre os sexos e os dispositivos de poder complexificam a possibilidade de se viver a própria verdade, ao retomarmos certas ideias sobre a mulher, como “A fêmea é fêmea em virtude de certa carência de qualidades”, para Aristóteles, e é um ser incompleto e ocasional em São Tomás de Aquino, por nascer de um osso supranumerário de Adão, como retoma Beauvoir (1949/1960), para dizer sobre um corpo que não existe em si, sem o homem, e é ele que decide sobre o que quer que ela seja. A autora coloca que as mulheres sempre estiveram subordinadas aos homens, pois lhes falta um marco histórico, assim como os negros com a marca da escravidão e os judeus com a do holocausto, para que a alteridade configure uma classe hierarquicamente subalterna, e que as mulheres desta forma simplesmente não aconteceram.

Bourdieu (1998/2012) observa o homem como referência e a mulher como o não homem, simbolicamente tendo seu espaço diminuído, assim como na linguagem, e comenta a divisão

arbitrária das coisas e das atividades segundo a oposição entre masculino e feminino, inserido em um sistema de oposições homólogas, como alto e baixo, cima e embaixo, etc., o qual legitima uma condição desfavorável para a mulher.

Sendo gênero uma construção de uma representação, tendo influenciado toda a arte e a cultura erudita ocidental (Lauretis, 1987/1994), pensamos o conceito de amor como um dispositivo, e assim podemos desconstruí-lo, a fim de compreendê-lo criticamente como tecnologia sexual apropriada ora para os homens, ora para as mulheres. *Guida e Eurídice* se subjetivam no dispositivo amoroso, enfrentando um “mergulho no desconhecido”, se vinculando a um homem que se mostra generoso, que as protege e as valida, revelando mais tarde outras facetas. As situações de *Eurídice* e Guida sugerem uma reflexão sobre o mito grego Eros e Psique (resumo nosso, a partir da história de Amor e Psiquê, contada em O asno de Ouro de Apuleio, reconstituído como um conto de fadas em 124 a.C., por Apuleio, mas na realidade tem origem em tempos bem mais remotos), cuja história de um casal, ele um deus, e ela uma mortal. Psique é uma mulher lindíssima, e por não conseguir se casar será sacrificada pelo seu pai. No entanto, quase ao cair do penhasco, é salva e levada por Eros. Apaixonados, é imposta uma condição a Psique, a de que a continuidade do casamento se daria se ela não visse a imagem de Eros. Os encontros de amor se davam à noite e sempre na escuridão, até que em uma noite, encorajada pelas suas duas irmãs, Psique acende uma luminária a óleo para ver o rosto do amado. Ela o acha lindo, mas deixa um pouco do óleo quente cair sobre o corpo dele, o acordando e despertando a sua ira. Eros a abandona, e Psique se desespera. Orientada por Demétria, deusa da agricultura, procura Afrodite, a mãe de Eros e deusa do amor, beleza, desejo e fertilidade, com humildade e submissão. Psique enfrenta a ira da deusa, sendo obrigada a realizar trabalhos para recuperar a confiança de seu esposo, se arriscando a perder a própria vida.

Buscando uma aproximação da mitologia com as questões de gênero, pode-se iluminar algumas passagens do mito Eros e Psique, que dialogam com o dispositivo amoroso, tangenciando o aspecto de normas intrínsecas aos relacionamentos amorosos, e a dimensão da emocionalidade das mulheres e seu sofrimento psíquico a partir deles. Neumann (1990) descreve o mito grego destacando algumas passagens importantes da relação entre o deus e a mortal: “A vida de Psique é um sombrio paraíso de Eros [...] O fato de estar e ficar presa nas trevas, aqui é encoberta pela qualidade sensual desse estado” (p.62), se referindo ao fato de ser obrigada a amar um desconhecido incondicionalmente, a lei básica do matriarcado, imposta pela deusa Afrodite, de só permitir o relacionamento entre o casal no anonimato do marido (o

amor apenas na escuridão). Psique sofre a maior vergonha, “a vergonha imperdoável de ter sido seduzida pelo masculino, isto é, de ter-se tornado sua serva” (p.63), e para isso as irmãs de Psique (princípio feminino), a instruem a matar e castrar o macho. Psique impõe uma resistência à imposição do anonimato de Eros, o que contrasta com sua suavidade, “no mesmo corpo ela odeia o monstro e ama o marido”(p.64). Psique então é capaz de iluminar a face do marido/monstro, ao fazê-lo enche-se de amor e liberta-se da imagem do monstro. No entanto, ao se libertar, Eros se revolta e se afasta.

Segundo Neumann (1952/1995), verdadeiramente, Eros não desejava Psique, fazendo-a permanecer nas trevas do paraíso, ameaçando e aprisionando-a, assim como Psique não poderia amar um desconhecido. Apenas a partir do momento em que Psique verifica a face do companheiro, quando ela “abandona do aspecto inconsciente infantil da sua realidade, renunciando simultaneamente ao aspecto matriarcal de ódio aos homens” (p.65), é capaz de amar, reconhecendo conscientemente seu parceiro. *Eurídice* e *Guida*, e todas as demais mulheres impedidas pelo dispositivo amoroso de iluminarem a face de seus parceiros, não se apropriam conscientemente dos seus relacionamentos, assim como de seu sentimento de amor, e de ódio contido, pela imposição de que ocupem seus devidos lugares nas prateleiras do amor, sejam escolhidas, mas não tenham a oportunidade de escolher efetivamente com quem pretendem se relacionar, em que condições, em que formato de relacionamento, com filhos ou sem filhos, etc. Como no caso de Guida, não escolheu bem seu parceiro, com o agravante de precisar dele também para a sobrevivência, dela e da filha.

Na sua experiência pessoal, hooks (1984/2019) encontrou uma discrepância entre o que desejaria encontrar em um parceiro ideal, com homens com que estava tendo contato:

Para sermos capazes de avaliar criticamente um parceiro, precisaríamos dar um passo atrás e olhar criticamente para nós mesmos, nossas necessidades, desejos e anseios. Para mim, foi difícil pegar de fato um pedaço de papel e me avaliar para saber se eu era capaz de dar o amor que eu queria receber. E ainda mais difícil foi fazer uma lista das qualidades que gostaria de encontrar num parceiro. Listei dez itens. E então, quando apliquei essa lista a homens que eu tinha escolhido como parceiros em potencial, me confrontei dolorosamente com a discrepância entre o que eu queria e o que eu havia escolhido aceitar. Ao avaliar nossas necessidades e então escolher nossos parceiros cuidadosamente, tememos descobrir que não há ninguém para amar. A maioria de nós prefere ter um parceiro em quem falte algo a não ter parceiro algum. Pode-se concluir que talvez estejamos mais interessadas em encontrar companhia que em conhecer o amor (hooks, p.175).

A sexualidade das mulheres como uma tecnologia de gênero, encontra na relação heterossexual compensações imediatas, como a representação de uma relação, a relação de

pertencer a uma classe, um grupo, uma categoria (Lauretis 1987/1994), sendo o casamento muito valorizado. Desta forma esclarece-nos Ahmed:

A heteronormatividade também se torna uma forma de conforto: a pessoa se sente melhor mediante o acalento de encarar um mundo que já está dado. A pessoa não percebe isso como um mundo quando foi moldada por esse mundo e até mesmo adquiriu sua forma. As normas podem não só ter o costume de desaparecer da vista mas também ser o que não sentimos conscientemente (Ahmed, 2022, p.199).

Freud define desde a primeira infância, idealmente, o desenvolvimento humano aponta para uma indiferenciação do bebê em relação aos outros que o cercam, posteriormente a diferenciação de si em relação aos outros, e então um reconhecimento deste outro com quem nos relacionamos, para finalmente se dar a capacidade de simbolização de experiências emocionais para que se possa lidar com elas (Dunker, 2021). Neste processo vivenciamos qualidades de reconhecimento intersubjetivo, importante pela formação da nossa autoestima:

Toda gramática do reconhecimento envolve a forma como nos reconhecemos, como nos fazemos reconhecer e como nos reconhecemos sendo reconhecidos pelos outros. Constituir autoridades e alteridades legítimas depende, portanto, de fixar e alterar, periodicamente, esse sistema de articulação entre a imagem que nos representa simbolicamente, a linguagem simbólica em que os atos reais podem ocorrer e a realização simbólica e imaginária de desejos, demandas e aspirações narcísicas, bem como de perdas, lutos, privações e frustrações (Dunker, 2021, p.76).

Para pensar através da psicanálise lacaniana, o que levaria o sujeito a se reconhecer como homem e mulher “para além de toda repetição pretensamente anônima de estereótipos sociais, os quais ‘não passeiam sozinhos pela cidade’”(Lima, Bedê e Rocha (2021, p.82), os autores retomam Leguil (2016), quem nos descreve a incidência do gênero entre o desejo, na singularidade de cada um, e a presença do desejo de um “outro”, que lhe faz uma série de supostas exigências de “amor”, comparecendo como um significante, que vem operar o fechamento de uma significação para o sujeito.

Para Lacan (1960/1998, p.838, apud Lima, Bedê e Rocha, 2021) o neurótico se configura por tomar o desejo do Outro, pela sua demanda, mas essa prevalência que ele dá à demanda “esconde sua angústia do desejo do Outro”. O sujeito é convocado para assumir uma posição no simbólico como homem ou mulher, em posições de ser o falo, ou ter o falo, “desconsiderando a natureza anatômica entre os sexos” (Lacan, 1958, p.693, apud Lima, Bedê e Rocha, 2021), ou seja, nesse processo, entram em jogo as normas da cultura e a maneira como se vai responder às demandas do Outro, sendo homem ou mulher.

Logo, na constituição do sujeito, o gênero incide a partir de uma representação simbólica do desejo de um Outro, e da repetição de uma norma imposta pela cultura,. Na

experiência social da mulher ocorrem enfrentamentos e subjetivações, instaurando para as mulheres uma condição de inferioridade culturalmente estabelecida, na qual este Outro é a figura do homem nas suas várias representações, o pai, o marido, etc..

Verifica-se nas entrevistas uma falta de implicação pessoal no próprio processo, um sentimento de estar apartada da possibilidade de transformação da própria realidade, devido a fatores estruturantes, como os marcadores sociais de opressão que impactam as suas vidas, além de uma falta de um letramento de gênero, que posicione esta mulher a partir da consciência de si, e das outras mulheres, embora reconheçam sua subordinação e opressão pela figura masculina.

Falar da relação de mulheres pobres com o dispositivo amoroso não diz respeito à demonstração de sonhos de um casamento feliz ou de um príncipe encantado, mas da forma abrupta com que estas mulheres estabeleceram suas primeiras relações, quando o assujeitamento aos dispositivos materno e o amoroso aparece de maneira automática, sem resistência. As entrevistadas parecem ter entrado nos relacionamentos, principalmente no primeiro delas, no total desconhecimento do Outro e falta de crítica. hooks (2000/2021) aponta que reeditamos nossos dramas familiares nas relações amorosas e na nossa capacidade de receber amor, e o amor romântico encobre nossas dores e a desumanização. As mulheres esperam serem escolhidas, antes de receberem amor, já que, na verdade, não compreendem o que representa esta experiência. Por serem portadoras de feridas de rejeição e uma autoestima destruída, mantém a expectativa de validação no outro.

Inúmeras possibilidades de arranjos conjugais são possíveis a partir de vínculos construídos internamente pelo sujeito. Para Zimmerman (2010), as diferentes formas de amar e ser amado, configuradas para o sujeito, dizem respeito às relações objetais internalizadas, e conectadas com relações de convivência íntima com pessoas, levando-se em conta que vínculos interpessoais reproduzem os intrapessoais:

Tudo isso, acrescido do fato de que a variação quantitativa e qualitativa dos elementos que compõem o próprio sentimento de amor, mesclado com as, igualmente, distintas formas dos sentimentos de ódio e com as emoções contidas no conhecimento e no reconhecimento desenha diferentes e complexas configurações vinculares amorosas (Zimmerman, 2010, p.51).

Desta forma, a depender de como se posiciona a representação internalizada da mulher no relacionamento, como objeto de posse, como mãe, ou como serviçal da casa, o vínculo no amor pode acontecer de forma destrutiva, disfarçando uma agressão escravizante, com vasto espectro de possibilidades. Zimmerman (2010), retomando a etimologia da palavra paixão, pathos, que no grego significa dor, mas pode significar “passivo”, manifestando um lado cego

e burro da paixão, em nome da qual muitas grandes bobagens podem ser cometidas. Assim, levanta o autor a questão de quais os processos mentais que levam a razão a se transformar em refém da paixão.

As cinco entrevistadas tiveram gravidezes quando muito jovens. Destacam-se **Guida**, aos 18 anos, engravidando por não conhecer métodos anticoncepcionais, e Angela, aos 14 anos, por não ter se protegido. Guida, que aos doze anos foi rejeitada pelo pai e pela madrasta, vindo da Paraíba para São Paulo tentar uma nova vida, aos 18 anos engravida, como nos apresenta a seguir:

Com 18 anos, eu arrumei minha primeira filha aqui. A pessoa não assumiu. Quando eu fiquei grávida, ela falou que era uma criança, que ele não engravidava. Aí, sumiu. Aí, eu tive que me virar. Eu morava de favor na casa dos outros.

Quando perguntada se conhecia métodos anticoncepcionais nos responde:

Nem sabia se existia naquela época. Mas, só fumava. Fumava muito. Minha filha nasceu. Aí, veio mais problemas. Com a criança e a mulher sozinha, não foi fácil. Aí, começou a angústia. Sempre tive. Chorava.

A mulher engravida na adolescência, por vários motivos, entre eles a pressão social das tecnologias de gênero para que se lance à sua mulheridade. A adolescente é convocada a comparecer no exercício do dispositivo amoroso, no seu papel de agradar ao homem, complementar ao dispositivo da eficácia do homem, que firma uma configuração de virilidades, a naturalização da ação enérgica, a atividade sexual, a coragem, a resistência física e moral, o controle de si (emoções e corpo), cabendo a eles o âmbito público e o trabalho reconhecido e remunerado (Zanella, 2018).

Entre os jovens, na hora de usar o preservativo no ato sexual, o menino, inserido no dispositivo da eficácia, não usa o preservativo com medo de falhar, e a menina encoberta pelo dispositivo amoroso, se cala, por medo ou para não incomodar o parceiro, desta forma nota-se: “o campo da sexualidade se manteve como um dos pontos fundamentais de expressão dessa dominação, de sua afirmação, bem como da formação do homem viril e de sua identidade. Dessa maneira, o comportamento sexual ativo e o pênis em ereção se fizeram pilares para se pensar a virilidade no ocidente” (Zanella, 2018, p.179). Ainda que a pílula anticoncepcional, e outros métodos contraceptivos, tenham revolucionado a vida das mulheres, ampliando sua perspectiva de liberdade, relações de poder operam sobre as mulheres, sem que elas decidam sobre seus próprios corpos.

Jogos de poder entre um jovem casal participam do dispositivo amoroso, Geluda *et al.* (2006, p. 1672), em estudos de gênero, sobre o não uso constante de preservativo masculino no município do Rio de Janeiro, consideram que:

No Brasil, persiste uma cultura sexual tradicional, impregnada por uma visão dualista de gênero, onde o “machismo” é um fenômeno marcante, delegando ao homem atributos de atividade, dominação, racionalidade, e à mulher de passividade, submissão e emoção (13). A recomendação de uso do preservativo masculino nem sempre pode ser discutida e negociada antes da relação sexual, o que coloca a mulher, que precisa solicitar o seu uso, numa situação em que depende da anuência do parceiro, com valores e iniciativas masculinas que revelam preconceitos e produzem constrangimentos quando não se submetem às ações coercitivas e, muitas vezes, agressivas (6, 12).

Para jovens do sexo feminino, estar afetivamente envolvida, ter confiança, tempo de relacionamento, sentir medo de perder o parceiro e constrangimento pelas reações e discussões dolorosas e violentas com os companheiros dificultam a negociação do uso do preservativo 9,14,15,16.

3

O dispositivo amoroso inserido na economia do sexo, é regulado por meio de discursos úteis e públicos e não pelo rigor de uma proibição, logo “cumpre falar do sexo como uma coisa que não se deve simplesmente condenar ou tolerar mas gerir, inserir em sistemas de utilidade, regular para o bem de todos, fazer funcionar segundo um padrão ótimo” (Foucault, 1988, p. 27). Questões do governo da população, como saúde, a reprodução, a fecundidade e a natalidade, são circunscritas ao espaço familiar, e do casamento, como estratégia de controle. A forma como se aplica a reprodução como dispositivo de poder, opera em uma lógica, na qual “uma sociedade afirma que seu futuro e sua fortuna estão ligados não somente ao número e à virtude dos cidadãos, não apenas as regras de casamentos e à organização familiar, mas à maneira como cada qual usa seu sexo” (Foucault, 1988, p.28).

No caso de *Angela*, sempre teve um relacionamento ruim com a sua mãe. Quando engravida aos 14 anos, logo após perder a virgindade, a mãe não a aceita e a expulsa de casa:

3

6. Paicheler G. General population and HIV prevention: from risk to action. Cad Saúde Pública 1999; 15 Suppl 2:93-105.

12. Vermelho LL, Barbosa RHS, Nogueira AS. Mulheres com Aids: desvendando histórias de risco. Cad Saúde Pública 1999; 15:369-79.

13. Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad Saúde Pública 1994; 10 Suppl 1:146-55.

9. Grimberg M. Sexualidade y relaciones de género: una aproximación a la problemática de la prevención al VIH-SIDA en sectores populares de la ciudad de Buenos Aires. Cuad Méd Soc 1999; 75:65-76.

14. Deslandes SF, Mendonça EA, Caiaffa WT, Doneda D. As concepções de risco e de prevenção segundo a ótica dos usuários de drogas injetáveis. Cad Saúde Pública 2002; 18:141-51.

15. Taquette SR, Ruzany MH, Meirelles Z, Ricardo I. Relacionamento violento na adolescência e risco de DST/AIDS. Cad Saúde Pública 2003; 19:1437-44.

16. Paiva V, Peres C, Blessa C. Jovens e adolescentes em tempo de Aids: reflexões sobre uma década de trabalho de prevenção. Psicol USP 2002; 13:55-78.

Ela nunca perdoou. Ela nunca teve uma aceitação de eu ter tido um filho na adolescência. Ela não consegue digerir isso, as coisas que aconteceram.

Angela foi castigada pela mãe por ter engravidado, ter transgredido uma norma, a de cumprir o destino de um casamento, de ser chancelada em um relacionamento sério e cumprir seu papel de “uma mulher de verdade”. Ao engravidar, Angela se desloca para fora do dispositivo, “expondo um fracasso”, dela e de toda a família. Como desertora da norma, Angela transfere o dispositivo materno para a mãe, quando entrega o filho para ela criar e sai de casa. O peso de não ter sido chancelada por um homem que a acolhesse na gravidez, também fez a entrevistada desertora de uma posição bastante valorizada, de ter fugido do controle da heteronormatividade.

Nas entrevistas, o abandono parental das meninas evidencia-se na rejeição da gravidez precoce, na adolescência. Com a gravidez desfaz-se a possibilidade da formação escolar e profissional, e perpetua-se o ciclo da pobreza. A violência de gênero intergeracional, e o silenciamento do sofrimento psíquico apresentam-se na misoginia internalizada da família em relação às filhas.

Atualmente, *Angela* tem problemas com vários métodos anticoncepcionais e se submete a um medo permanente da gravidez. Quando perguntada sobre sua vida sexual com o marido, nos esclarece:

E: Sexual num... É a questão das nossas discussões. Porque eu peguei um trauma pelas gravidez, né? Pelas gravidez (de risco) eu peguei um trauma muito grande de poder engravidar de novo. Eu com meus problemas de saúde não posso tomar remédio anticoncepcional, mas mesmo assim eu tô tomando por conta... Conversei com o médico e falei, não tem questão. Aí tentei operar, não consegui. Aí quando a bebê nasceu eu tentei operar, também não consegui. Aí colocaram aquele diu, meu corpo rejeitou. Então, aí de lá pra cá, fica aquela questão, não é? Aí ele não entende que não é nós, é eu, o problema é comigo. Não é o fazer, o... não.

A criação do documento Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Uma Prioridade do Governo (2005) representa uma conquista democrática e regular sobre a sexualidade das mulheres, já que, até então, somente a elas cabia a responsabilidade sobre a reprodução. Políticas públicas nascem retirando a questão da reprodução da esfera privada, e os direitos reprodutivos, ainda que controlados pela medicina, favorecem a mulher na apropriação de seus próprios corpos, como nos esclarece o Ministério da Saúde:

Os Programas e as Plataformas de Ação propostos nas conferências acima citadas enfatizam a necessidade de promover-se a igualdade entre homens e mulheres, como requisito essencial

para a conquista de melhores condições de saúde e de qualidade de vida, e de promover-se, de igual modo, o efetivo envolvimento e corresponsabilidade dos homens nas questões referentes à saúde sexual e reprodutiva. Exortam, também, os governos a propiciar aos adolescentes informações e serviços adequados para atenção à sua saúde sexual e reprodutiva (Direitos Sexuais e Reprodutivos, 2005, p.7).

No Encontro de direitos reprodutivos em Amsterdã, de 1984, foi determinado o direito às mulheres de regularem a sua própria sexualidade. No Brasil, é implantado o planejamento familiar e reprodutivo, com o Programa de assistência integral à saúde da mulher, que reformula a ideia de um acompanhamento apenas na gravidez e na amamentação para o atendimento da mulher em todo o seu ciclo vital, mais abrangente, com toda a sua complexidade. Sobre a atenção integral da mulher o Ministério da saúde nos esclarece:

A Atenção Integral à Saúde das Mulheres é orientada pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM. Esta política foi elaborada em parceria com diversos setores da sociedade, em especial o movimento de mulheres, o movimento negro e o de trabalhadoras rurais, sociedades científicas, pesquisadores e estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional. O cuidado integral inclui a saúde ginecológica, os direitos sexuais e reprodutivos, a saúde materna ao longo de todo o ciclo gravídico e puerperal, a dignidade menstrual, a atenção ao climatério e à menopausa, a saúde mental e os cuidados em situações de violência (Ministério da Saúde, 1984).

A participação feminina foi intensa na década de 1980 na discussão sobre a saúde da mulher, a partir de debates que denunciavam a precariedade da saúde da mulher brasileira, culminando na criação do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) e do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, contemplando estratégias que abordaram a saúde da mulher em todas as etapas do ciclo vital, como a assistência ao climatério. Kantoviski e Vargens (2010) ressaltam que apesar da criação do PNAISM em 2004, tendo como proposta o rompimento com o enfoque biologicista e medicalizador nos serviços de saúde, e buscando a integralidade no atendimento às mulheres em todas as etapas da vida, ainda existe uma valorização da doença em parte das ações propostas. Notou-se uma ausência no PNAISM de uma atenção voltada para a saúde mental, sendo melhor contemplada mais tarde com a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher - Princípios e Diretrizes de 2004, que considera num enfoque de gênero, a evolução das políticas, a situação sócio-demográfica e o diagnóstico da saúde da mulher no Brasil (Mari, Coelho e Estrella, 2006).

No tocante à faixa etária abordada nesta pesquisa, destaca-se a presença do fenômeno da menopausa e do climatério. O climatério é definido pela OMS como a fase que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente

reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência e acontece geralmente em torno dos 48 aos 50 anos de idade. Historicamente múltiplas condições físicas e mentais foram atribuídas à menopausa, como a crença de que distúrbios do comportamento estavam relacionados com as manifestações do trato reprodutivo, hoje ultrapassadas. Dados atuais têm mostrado que o aumento de sintomas e problemas da mulher neste período reflete circunstâncias sociais e pessoais, e não somente eventos endócrinos do climatério e menopausa (Ministério da Saúde, 2008).

O Manual Atenção Integral à Saúde da Mulher no Climatério/Menopausa (2008) se propõe a contribuir com a concretização da atenção às mulheres nessa fase da vida abordando o acolhimento e a ética nas relações entre profissionais e usuárias, os aspectos emocionais e psicológicos, a sexualidade e as possíveis repercussões clínicas das transformações hormonais que acompanham o climatério/menopausa. Para tal discute:

[...] também as medidas preventivas e promotoras da saúde, que incluem estímulo ao autocuidado e a adoção de hábitos de vida saudáveis, que influenciam a qualidade de vida e o bem-estar das mulheres nesta fase. A abordagem diagnóstica e as opções terapêuticas preconizadas por este manual conferem uma visão holística da mulher, atualizam dados sobre as indicações corretas da terapia de reposição hormonal e incluem outras possibilidades de tratamento, como a fitoterapia, medicina antroposófica e a homeopatia (Ministério da Saúde, 2008, p. 7)

A menopausa corresponde a fase da vida da mulher na qual sintomas neuropsíquicos, como insônia, depressão, ansiedade, estresse e ideação suicida são muito prevalentes, sendo que fatores clínicos, sociodemográficos e socioeconômicos se mostraram importantes na contextualização do sofrimento psíquico durante essa fase, sendo recomendada uma escuta diferenciada e avaliações regulares, permitindo diagnósticos neuropsíquicos personalizados e preventivos, de abordagem biopsicossocial, compondo o acompanhamento ambulatorial de mulheres, para a manutenção da sua saúde mental e da sua qualidade de vida (Wigg, 2020).

Kantoviscki e Vargens (2010) compreendem a menopausa como uma fase da vida da mulher associada a vários tabus, nos quais permanece sobre ela uma visão negativa e depreciativa, cuja natureza política e capitalista da medicina se apropria do corpo feminino como controle social, se referindo a diminuição na produção de hormônios e os sinais e sintomas associados ao climatério como processos patológicos, que devem ser controlados a partir da terapia de Reposição Hormonal (TRH). O uso de hormônios na menopausa está voltado a ideia de desfeminização do corpo pela menopausa, considerada uma doença de deficiência hormonal, de forma que, restabelecendo o padrão hormonal anterior possibilitaria às mulheres permanecerem jovens, sexualmente ativas e desejáveis, assim como o término da

ovulação passa a ser considerado uma morte prematura da mulher, com diversos efeitos colaterais e contraindicações.

Kantoviscki e Vargens (2010) apontam que feministas falam da vida, do maior conhecimento de si própria e da utilização de técnicas naturais para o cuidado da saúde, sendo possível que o processo da menopausa seja compreendido como um processo fisiológico saudável, a partir dos quais poderia ser fornecida a oportunidade de ter informações que contribuam com o empoderamento e reconhecimento dos direitos de cidadania da mulher. Cuidados preventivos podem ser oferecidos na educação em saúde, construção de hábitos de vida para uma mulher que precisa de cuidado e não de tratamento. Assim, cabe ao profissional de saúde criar oportunidades para que a mulher que vivencia a menopausa possa aprender, compartilhar, trocar ideias, saberes, vivências, inventar e criar opções para enfrentar as diversas situações impostas pelo viver em sociedade. É de fundamental importância que as práticas educativas tenham um caráter participativo, para permitir a troca de informações e experiências baseadas na vivência cotidiana das mulheres (Kantoviscki e Vargens, 2010).

No período da menopausa, no que se refere ao seu antes, durante e depois, transformações decorrentes de alterações hormonais e sociais, muitas vezes fonte de sofrimentos e desconfortos, podem ter na Psicoeducação (tema já abordado no item 6.2 Medicalização e antidepressivos), uma potente ferramenta terapêutica para auxiliar nestes desafios, de forma individual e com propostas grupais. Temas como a melhoria na qualidade do sono, gestão de estresse e regulação emocional, promoção da sexualidade livre, e da autoimagem satisfatória, desenvolvimento de estratégias que apoiem potenciais dificuldades cognitivas, assim como a questão do empoderamento da mulher no contexto laboral, na família e na sociedade, podem ser abordados (Carvalheira et al., 2024), de forma interdisciplinar, considerando causas multifatoriais (Lemes e Ondere Neto, 2017).

Selbac et al. (2018) abordam a menopausa como um marco corporal do processo de envelhecimento feminino frequentemente experimentado como uma crise, na qual mudanças corporais, na vida social, amorosa, sexual e familiar impõe às mulheres uma organização para novos sentidos da vida e uma reconstrução das identidades, com acontecimentos como a saída dos filhos de casa, a aposentadoria, a separação do parceiro(a) ou sua morte, podem aparecer como uma crise pessoal acompanhada de episódios depressivos.

A fase do climatério se estende em geral dos 40 aos 60 anos, quando as mulheres são classificadas como de meia-idade, período que se destaca pela incapacidade de reprodução, um processo biológico, e não patológico, que poderia ser vivenciado com naturalidade pelas mulheres, considerando-se as dimensões psicológica e social contribuindo como uma base

sólida para a construção de estratégias de apoio e assistência mais efetivas para a qualidade de vida e o bem-estar de mulheres que vivenciam os fenômenos causados pela menopausa (Carvalho et al., 2024).

Pode-se pensar em que medida o caráter depressivo de vivências na menopausa não está relacionado a um senso de cumprimento de papéis sociais pelas mulheres, nos quais elas investem muitas expectativas e através dos quais tem muitas insatisfações, se impondo à elas um marco psicológico desafiador. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2024, s.p.)

A menopausa pode ser uma transição importante do ponto de vista social, bem como biológico. Socialmente, a experiência da menopausa de uma mulher pode ser influenciada por normas de gênero, fatores familiares e socioculturais, incluindo como o envelhecimento feminino e a transição da menopausa são vistos em sua cultura

6.2.4 Violências contra as mulheres

Coelho (2019) discorre sobre as palavras de Luísa Marinho Antunes (2014), a respeito da construção da misoginia ao longo dos séculos. Desde Aristóteles, com a ideia de que o homem manda e a mulher obedece, regras sociais hierárquicas vêm sendo reproduzidas através do discurso. Nos gregos, com a figura transgressora de Pandora, a primeira mulher, criada por Zeus, quem abre a caixa que continha as desgraças do mundo, noção herdada pela tradição judaico cristã reproduzida pela igreja católica. A Igreja se apropriou do argumento de superioridade masculina para o adestramento de mulheres, muito ancorado num saber sobre corpos destinados a pagar pelo erro de Eva, que teria levado Adão ao pecado, e portanto tirado na humanidade futura a possibilidade de gozar da inocência paradisíaca (Araújo, 2004).

Saffioti (2001) confere à figura do patriarca um sistema dominação-exploração, como um processo em duas dimensões complementares de violência, nos quais os homens estão permanentemente autorizados à punição, mesmo que para isto precisem usar a força física. Para este processo se instaura uma violência simbólica, descrita pela autora:

A violência simbólica institui-se por meio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominador (logo, à dominação), uma vez que ele não dispõe para pensá-lo ou pensar a si próprio, ou melhor, para pensar sua relação com ele, senão de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo senão a forma incorporada da relação de dominação, mostram esta relação como natural; ou, em outros termos, que os esquemas que ele mobiliza para se perceber e se avaliar ou para perceber e avaliar o dominador são o produto da incorporação de classificações, assim naturalizadas, das quais seu ser social é o produto (Saffioti, 2001, p.118).

A antropóloga Gayle Rubin, precursora nos estudos de gênero, definiu o sistema sexo-gênero como “arranjos por meio dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produto da atividade humana” (Moncau, 2018, p.1), em 1975. A autora retoma Lévi-Strauss sobre as estruturas de parentesco, quando este aborda uma forma de organização no tabu do incesto e na troca de mulheres entre os homens, sugerindo que a opressão das mulheres estaria assentada em sistemas sociais e não na biologia, onde a sexualidade feminina não corresponde aos seus desejos, mas aos de outros, concluindo que a organização social do sexo é baseada na heteronormatividade compulsória e na imposição de restrições a sexualidade feminina (Moncau, 2018).

Foucault (1976/1988) se ocupa de um projeto histórico- filosófico na análise das relações de poder, que envolvem a construção de saberes sobre os corpos na sociedade moderna, cuja estratégia de apropriação consiste no dispositivo da sexualidade para as mulheres, como um conjunto de tratados, técnicas e concepções, que se ocupam de explicar todos os fenômenos da vida humana, e para isso o corpo deve que ser construído, posicionando sujeitos em condições sociais distintas, nas quais à mulher foi destinado um papel hierárquico de submissão ao homem. Neste sentido, todos os tipos de violência sobre a mulher derivam de considerá-las frágeis e inferiores, como construção de um discurso circulante, da nomeação de pessoas, “prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos os que, ponto por ponto, em nossa história, procuraram contornar essa vontade de verdade” (Foucault, 1996, p. 20).

Mulheres participam inconscientemente do esquema de gênero fundado pelo androcentrismo, através de uma modelagem sexual, “de uma prontidão generalizada de um indivíduo para processar informações na base de associações vinculadas ao sexo” (Saffioti, 2001, p.119). Porém, a autora propõe atentar-nos para um espaço aberto na indeterminação dos fenômenos sociais, para que esquemas cognitivos tornem transparente a tela do androcentrismo que interpõe entre a sociedade e as mulheres, conduzindo assim mecanismos de resistência.

A entrevistada, **Silvia**, destaca na entrevista sua experiência, que teria contribuído para o uso de antidepressivos, sobre ter sido negligenciada, e rejeitada pela mãe aos oito anos, após ter sido estuprada pelo irmão mais velho:

A minha mãe, quando eu tinha uma idade, ela sempre deixava eu com o meu irmão. E ela vivia muito na balada, em festa. E eu sempre conversava com ela, porque eu não queria ficar com ele, mas ela dizia que eu tinha que ficar. Era como se a minha... eu carregava uma mágoa, assim, como se a minha mãe soubesse de tudo que estava acontecendo. Porque quando eu conversei

com a minha irmã mais velha, que eu contei pra minha irmã, e a minha irmã contou pra minha mãe, ela me pôs pra fora de casa.

Silvia retoma o episódio várias vezes durante a sua entrevista, como um fato realmente significativo, e produtor de uma mágoa profunda da sua mãe, que não a acolheu na sua dor e ainda a expulsou de casa, protegendo assim a masculinidade do seu primogênito abusador, como representação de um machismo intrafamiliar, cuja tirania do patriarcado inclui a objetificação da mulher dentro da própria família, silenciando a dor de Silvia. Posteriormente a participante ainda é convocada pela mãe, a cuidar do irmão-abusador que ficou doente, até a sua morte, e também cuidou da mãe que adoeceu em seguida.

Silvia relata-nos sobre o estupro logo no início da entrevista, quando perguntada sobre o motivo de ter vindo à UBS, dando grande destaque ao episódio e ao fato de não ter sido acolhida pela mãe, como o grande “acontecimento” da sua vida. Silvia nos conta que, ao ser expulsa de casa, passa a morar e a trabalhar na casa de uma família, onde foi bem acolhida, mas sente saudades da mãe, ainda que tivesse uma grande mágoa dela. Identificando-se com os opressores, internaliza a misoginia e a violência da mãe e do irmão que a estuprou.

Zanello (2010) nos contextualiza sobre como a experiência subjetiva de gênero pode interferir no sofrimento psíquico grave, que leva à “quebra psíquica”. Podemos destacar a naturalização da apropriação do corpo da mulher como uma opressão de gênero grave, no qual “o sofrimento psíquico seria compreendido como resultado de papéis sociais, de relações de gênero e da pressão disso sobre o sujeito” (Zanello, 2010, p.310 apud Zanello & Bukowitz, 2012)

Discursos não são só palavras que tentam descrever a verdade, mas poder. Foucault (1971/1996) nos diz de um princípio na nossa sociedade, o da exclusão, não mais da interdição, mas da separação e da rejeição, como o sobre o louco na idade média,”cujo discurso não pode circular como o dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem importância” (Foucault, 1996, p.10).

Eurídice revela-nos ainda manter vida sexual com o marido. Ainda que os vendo como opressores, as participantes parecem aceitar com naturalidade a manutenção das relações sexuais, apontando para uma falta de conexão afetiva consigo mesmas, numa forma de submissão voluntária. Desta forma, levanta-se a hipótese de uma violência sexual velada, que leva ao adoecimento. Ao falar da menopausa, **Eurídice** queixa-se de um sintoma:

Foi ruim porque eu perdi o gosto, né, de namorar. Perdi o gosto de namorar. Mas devido a muita conversa e tudo mais, agora eu já tô... Se fosse naquela época que ele era rueiro, pra mim

era uma situação mais difícil. Como agora ele é da igreja, ele é ministro, e a cabeça dele já tá mais acomodada, sabe? E já também a idade. Já tem outros pensamentos, sabe?

Conforme a determinação do dispositivo amoroso, a mulher cumpre o seu papel:

“É o retrato da prescrição socialmente destinada ao “ser mulher”: devem ser dóceis, amorosas, devotas, recatadas e, sobretudo, amantes. A exigência social para cumprirem este padrão preestabelecido aprisiona as mulheres ao desejo do outro, silenciando-a em uma vivência de impotência apagada (Zanello, Fiuza e Costa, 2015, p.239).

Bourdieu (1998/2012) se pergunta sobre como as estruturas de dominação da ordem social androcêntrica estabelecida operam mecanismos históricos responsáveis pela des-historicização e pela eternização das estruturas da divisão sexual e dos princípios de divisão correspondentes. Para o autor a problemática poderia sugerir um progresso na ordem da ação, ao se aprender sobre a dimensão simbólica da dominação masculina em seu caráter arbitrário e violento transformado em natural, que prevê a socialização do biológico e a biologização do social.

Recorrendo à Psicanálise, Brum (2021) analisa a incidência do traumático como desencadeante de adaptações em prol da proteção e sobrevivência do indivíduo. Surge como uma falha do ambiente em reconhecer as necessidades do indivíduo e mediar sua vulnerabilidade na relação com o meio. Nesse sentido, o trauma causa no sujeito, que passa a negar a experiência vivida, como também “põe em xeque a capacidade do indivíduo em confiar em suas próprias vivências” (Brum, 2021, p. 77).

A clivagem produz um amadurecimento precoce, como consequência do trauma, com uma série de defesas acionadas pelo movimento de cisão, capazes de produzir uma negativa sobre si, despotencializando a própria identidade e produzindo uma dinâmica de identificação com o agressor, um movimento de “ausência de si”, para se proteger (Ferenczi, 1932/2011 apud Brum, 2023).

Desta forma, temos que a modificação de si, necessária a fim de dar conta do excesso traumático, promove um movimento de apassivamento a partir do qual o indivíduo adota uma postura reativa sobre a vida e suas relações, não se reconhecendo como criador de suas vivências. Essa postura reativa postulada pela ruptura promovida em sua capacidade de legitimar suas vivências lança o indivíduo diante de uma desapropriação de si. Essa consequência do traumático se inscreve justamente porque a confiança sobre o sentimento de si já alcançado é posta em xeque, juntamente com a confiança em sua própria capacidade de apreensão das experiências vividas.

Brum (2023) propõe a instauração de um si mesmo individual a partir do qual o indivíduo pode manter tanto a experiência de interioridade quanto o reconhecimento de suas expressões orgânicas e corporais, promove a integração individual em uma linha de afetação e formas de expressão mútuas. Em paralelo com a criação da ideia de um si mesmo dotado de uma interioridade e identidade próprias, emerge a construção do sentimento de existência de si. Este sentimento de existência, por sua vez, confere ao indivíduo a sensação de continuidade do si mesmo através da capacidade de experienciar a vida, e do reconhecimento de um pertencimento e apropriação de sua própria história e vivências.

[...] afirmamos que é em decorrência do sentimento de existência que o si mesmo ganha o substrato necessário para a instauração da continuidade a partir da qual o sentimento de si poderá ser alcançado. Tal ponto nos leva a referir o sentimento de si a um movimento auto afirmativo do si mesmo que se expressa em paralelo à manutenção do sentimento de existência capaz de promover a sensação particular de pertencimento e presença. Estas, alcançadas em conjunto com o reconhecimento promovem a capacidade de o indivíduo apropriar-se de si mesmo, de suas particularidades e da influência destas nas relações que irá estabelecer com os objetos. (Brum, 2023, p.109)

A história de *Silvia* mostra a sua negação de uma vivência traumática de gênero. Ela sente a dor do abandono, mas não rejeita as figuras de violência da sua vida. No trauma, ocorre um movimento de retirada de uma boa parte do conteúdo conflituoso da consciência, uma clivagem, promovendo uma cisão no próprio eu do sujeito. Um novo eu, como testemunha é criado para proteger o eu ferido e que mantém contato com o mundo que se conserva anestesiado, e o eu que sente permanece afastado e protegido do mundo, resguardando a criança sofrida e ferida que já se foi integralmente.

Segundo o Atlas da Violência, do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) de 2025, a persistência da violência contra as mulheres no Brasil segue sendo uma das expressões mais alarmantes das desigualdades de gênero no país. Como é descrito a seguir:

Em mais um ano, os dados do sistema de saúde revelam números elevados de homicídios femininos e de agressões a mulheres, evidenciando a continuidade desse fenômeno estrutural. Apesar das políticas públicas implementadas nas últimas décadas e dos avanços normativos – como a atualização da Lei do Feminicídio (Lei nº 14.994), em 2024 –, a letalidade feminina, especialmente daquelas em situação de maior vulnerabilidade, segue como um problema público grave, e que, só em 2023, matou quase 4 mil mulheres (Atlas da Violência, 2025, p.49).

O Atlas da violência (2025) reforça a necessidade de compreender a violência, não como eventos isolados, mas como resultado de trajetórias de violência de gênero, que frequentemente incluem agressões físicas, psicológicas e sexuais ao longo do tempo, e que tem como padrão de violência contra a mulher em episódios que acontecem dentro das suas próprias casas. Por grupo etário de mulheres, o Ipea (2025) relaciona à violência contra as mulheres:

Entre meninas de 0 a 9 anos o mais frequente são os casos de negligência, representando 49,5% dos casos. Já entre meninas de 10 a 14 anos se destaca a violência sexual, que representa 45,7% dos atendimentos de vítimas deste grupo etário. Entre os 15 e 19 anos a violência mais comum é a física (39,3%), embora múltiplas formas de violência também sejam frequentes (29,8%) (Atlas da Violência, 2025, p.68)

O Atlas da violência (2025) ainda nos descreve como violência sexual:

Qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo e idade, a ter, presenciar ou participar de alguma maneira de interações sexuais, ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção. Incluem-se como violência sexual situações de estupro, abuso incestuoso, assédio sexual, sexo forçado no casamento, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas, pornografia infantil, pedofilia, voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada (Atlas da violência, 2025, p.101)

Ao pensarmos a história da subjetividade das mulheres nas relações conjugais, dialogamos diretamente com questões da construção das masculinidades, onde também existe sofrimento, que é repassado para as mulheres hierarquicamente em forma de opressão. A masculinidade opera na sua maioria de forma violenta, seja sobre si ou sobre o outro em quase todas as sociedades humanas, como um jogo de hierarquias nas relações entre homens, mas: “É importante destacar que a masculinidade é histórica, não está dada, ela é um devir, ‘um fazer, um não-lugar, um processo incompleto que se opera na sua maioria de forma violenta, seja sobre si mesmo, seja sobre o outro’” (Silva 2015, p.15).

O capitalismo demanda dos homens a virilidade sexual e laborativa, inserindo-os numa economia dos afetos e de poder, que os coloca numa posição desafiadora no seu aspecto relacional, com os outros, com as mulheres, e com eles mesmos. Esta demanda de poder, direcionada aos homens, cunhada por Zanello (2018) dispositivo da eficácia, toma características como naturais em homens, como a ação enérgica, a atividade sexual, a coragem, a resistência física e moral, o controle de si (emoções e corpo), cabendo a eles o âmbito público e o trabalho reconhecido e remunerado, valores que teriam persistido, com certa constância, sobretudo a ideia de dominação e hierarquização de sujeitos sociais, como sobre as mulheres (Zanello, 2018). Para a autora, nesta perspectiva:

(...) o campo da sexualidade se manteve como um dos pontos fundamentais de expressão dessa dominação, de sua afirmação, bem como da formação do homem viril e de sua identidade. Dessa maneira, o comportamento sexual ativo e o pênis em ereção se fizeram pilares para se pensar a virilidade no ocidente (Zanello, 2018, p.179).

hooks (2000/2021) cita o livro de Stoltenberg, “O fim da masculinidade: um livro para homens com consciência”, no qual é analisada uma identidade masculina na cultura patriarcal que demandaria desde a infância a invenção de um “eu” falso para mascarar seus sentimentos, não demonstrar afetos, mágoa, solidão ou dor, ou aprender a não sentir nada, encorajados inclusive por suas mães machistas. hooks (2021, p. 70) esclarece-nos a respeito da identidade patriarcal nos homens:

O distanciamento dos sentimentos torna mais fácil para os homens mentir porque eles geralmente estão em um estado de transe, utilizando as estratégias de sobrevivência voltadas para a afirmação da masculinidade que aprenderam quando crianças. Essa inabilidade para se conectar com os outros carrega consigo uma inabilidade para assumir responsabilidade por causar dor. A negação é mais evidente em casos nos quais os homens tentam justificar a extrema violência contra quem tem menos poder, em geral mulheres, sugerindo que são eles as verdadeiras vítimas (hooks, 2021, p.70).

A violência física aparece para as mulheres pobres com frequência dentro dos casamentos. Nesse sentido, *Eurídice* descreve-nos sua experiência:

(...) É que a gente casou depois, né? E o comecinho não teve mar de rosa não, o comecinho foi bem difícil. Agora hoje em dia, mas ele é uma pessoa muito, ainda complicado, sabe? E assim de... Ele é muito calado. Ele é muito calado, mas não é violento, graças a Deus. O vício dele era bebida, mas graças a Deus já não é mais de beber. Só em Natal, só com festividade né? Certas festividades, mas o vício dele era muito de beber. Mas não era agressivo comigo porque também eu ia para cima. Eu ia para cima. No começo ele tentou, mas não conseguiu, porque eu reagi. Porque se eu fosse me amolecer, quem sabe hoje em dia é um saco de pancada, né?

Eurídice naturaliza a violência ao dizer que o marido não era agressivo com ela porque ela “também ia pra cima”, como se dependesse da mulher saber se defender para não torná-lo agressor. Neste sentido, Segato (2018, p.13), nos demonstra a sua perspectiva hegemônica da masculinidade:

[...]mais disponível para a crueldade porque a socialização e o treinamento para a vida do sujeito deverá carregar o fardo da masculinidade o obrigando a desenvolver uma afinidade significativa numa escala de tempo de grande profundidade histórica entre masculinidade e guerra, entre masculinidade e crueldade, entre masculinidade e distanciamento, entre masculinidade e baixa empatia, sendo que nós mulheres somos empurradas ao papel de objeto, disponível e descartável, submetidas a uma cadeia de comandos e expropriações de uma organização corporativa de homens (Segato, 2018, p.13).

Carolina fala sobre a violência física sofrida no seu primeiro casamento:

(...) ele me batia, ele me espancava, era horrível, era um terror (...) porque ele bebia, tinha outras mulheres na rua, era motorista de ônibus, tinha mulher na rua, tinha outras mulheres na rua, né? E aí acontecia tudo isso.

Quando questionada do porquê não ia embora de casa afirma:

Não conseguia, porque, por exemplo, eu tinha o filho, eu saí da minha casa, eu tinha, quer ver? Eu tinha 17 anos. Fui morar com esse cara, onde ele pintava, ele pintava, era o rei da cocada preta. Eu não podia sair de casa e morar com ele, daqui a pouco eu tava de volta em casa, né? Eu achava que não dava pra ser assim, né? Que não dava pra ser assim, que eu não queria aquilo pra mim.

Guida também se expressa nessa direção:

Aí, ali, ele que, assim, tentava me bater, mas, eu sempre fui uma pessoa que reagia, né? Como eu já tinha um nome de doida mesmo.

A desqualificação da figura da mulher como louca, apresenta-se como recurso machista, no momento em que manifesta um descontentamento sobre as normas patriarcais. Guida comenta sobre esse tipo de enfrentamento, apontando-nos como vê o motivo do xingamento:

Porque, algumas coisas que ele fazia, eu não concordava, porque eu não trabalhava, eu dependia dele (...) Porque, olha, eu não trabalhava, porque eu cuidava das duas crianças, tanto da minha filha mais velha como do meu filho com ele. Aí eu ficava falando que ele não era uma pessoa que servia para ser homem de uma mulher, porque ele ficava humilhando, falando de mim nos ônibus. Aí ele não trazia alimentação para casa, só para o filho dele.

O xingamento com a intenção de coroar uma posição hierárquica, do poder da heteronormatividade, a serviço de invalidar e invisibilizar a mulher dentro da família, destaca a perda da propriedade da mulher sobre o próprio corpo.

Na ação do patriarcado, a dominação masculina está associada à falta de amor nas famílias, aponta-nos hooks (2000/2021) em referência ao livro de John Bradshaw, “A criação do amor: a grande etapa do crescimento”. Para a autora, os jovens são cínicos em relação ao amor, uma grande máscara para um coração decepcionado e traído, onde o poder é uma condição estruturante do conhecimento e da produção de conhecimento de si e do outro.

Eurídice diz que o marido tentou agredi-la uma única vez, porque ela reagiu. A participante nos descreve a estratégia comunicada por sua tia, para lidar com a agressividade produzida com o alcoolismo do marido:

Ah, bebida, né? Bebida e como eu aprendi com a minha tia. Quando o marido estiver bêbado, não puxa assunto. Deixa ele chegar, tomar o banho, jantar, o que tem de jantar e pegar o caminho dele e dormir. Não discute. E eu fui discutir com ele bêbado. Aí ele foi, ele tentou ser agressivo pela primeira vez, mas não conseguiu. Graças a

Deus não conseguiu, porque eu lhe falei para ele: “Se você me bater, me deixar caída no chão que eu não possa me levantar. Porque se eu me levantar, eu te mato. Eu te mato. E tu tem hemofilia”. Hemofilia você conhece, né? Não pode perder sangue. Perder muito sangue, morre mais rápido.

O silenciamento das mulheres é valorizado pelo processo de educação, com a retenção dos afetos e do corpo no caso das meninas. “Às mulheres é permitido e aprovado apenas um tipo de agressividade “feminina”: a agressividade, o choro prolongado, a autocompaixão (Belotti, 1983, apud Zanello, 2018, p.119)

A forte presença do alcoolismo nas figuras masculinas relacionadas as entrevistadas, seus pais, maridos ou filhos, inclusive como homens violentos, sugere a necessidade de estudos sobre o tema da construção das masculinidades. Mulheres violentadas por homens alcoolizados e/ou alcoolistas, expressa a vulnerabilidade interseccional das vítimas e dos agressores, com todas as mazelas da dificuldade econômica e profissional que tensiona a performance esperada para as masculinidades. São frequentes, nos relatos, episódios de agressão por conta do uso de álcool, por parte dos homens da família, que também sofrem devido a heteronormatividade branca e hegemônica, sobre a qual provavelmente se vejam despotencializados e humilhados pela sociedade.

Albuquerque (2024) destaca o impacto de fatores interseccionais, como condições precárias de trabalho e baixos salários, ou mesmo o desemprego, na saúde mental dos homens. Tem função do significado do exercício laboral para a construção de uma masculinidade hegemônica forjada no capitalismo, responsável por atribuir valor ao homem de acordo com sua capacidade de compra e posição na cadeia de produção. Segundo o autor, o abuso de álcool e outras drogas se apresentam como identitários para os homens, expressando uma alternativa compensatória para ocupar um lugar social da masculinidade, que não pode ser conquistado no campo profissional.

O uso abusivo do álcool para os homens, revela a crise do masculino ao expor seus vícios e fragilidades. Apresentado como instrumento cultural de afirmação da masculinidade, o álcool inicialmente funciona como rito de passagem, sob pressão social, marcador de identidade como símbolo de virilidade permitindo a sensação de pertencimento no grupo dos homens e, portanto, o vício não é apenas individual, mas cultural e identitário, naturalizando a realidade de seus riscos violências envolvidos (Trevisan, 1998/2021).

A Lei federal Maria da Penha, de 2006, tem sido um instrumento fundamental para coibir, punir e prevenir a violência praticada contra as mulheres, bem como para estabelecer medidas de proteção e assistência a elas (Stochero e Pinto, 2024) se referindo à “violência

doméstica e familiar contra a mulher, qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2011). Considera-se, entretanto, o caráter meramente punitivista da ação como insuficiente, já que, a persistência da violência contra as mulheres no Brasil, que representa uma expressão alarmante da desigualdade de gênero (Atlas da Violência, 2025), dialoga com a construção das masculinidades, num campo complexo de saberes e discursos que se reproduzem por várias tecnologias de gênero.

Beauvoir (1949/1960) descreve que, ainda que não se encontre nas sociedades primitivas nenhum sentido que faça referência a uma divisão sexual, mesmo na oposição Bem e Mal, a autora sustenta que nenhuma coletividade se define como Uma sem colocar imediatamente a Outra diante de si, o sujeito só se põe em se opondo. Retomando Lévi-Strauss, Beauvoir observa a respeito do que ele diz sobre a passagem do estado natural para o cultural, definindo a aptidão por parte do homem em pensar as relações biológicas sob a forma de sistemas de oposição. Butler (1990/2003), neste caso, aponta sua crítica a distinção binária como “um ponto de partida para a crítica das representações ocidentais hegemônicas e da metafísica da substância que estrutura a própria noção de sujeito” (p. 29).

Para Bourdieu (1998/2012) a visão binarista contribui para um negativo relacionado à figura da mulher, inclusive a partir do seu órgão sexual, considerado inicialmente de forma invertida a do homem, e vai identificar signos da primazia do masculino, o desenvolvimento de conhecimentos e rituais em organização binária das categorias masculino e feminino. Beauvoir (1949/1960) aponta-nos uma feminilidade que passa por uma realidade misteriosa e ameaçada, cuja essência foi biologizada, como em São Tomás de Aquino, para ser posteriormente caracterizada arbitrariamente pelo nominalismo, o qual mulheres não são homens e, portanto, não possuem um lugar objetivamente construído, e sim complementar ao do homem, tido como um sujeito absoluto em oposição ao relativo, a mulher, o outro.

Rago (2010) propõe a dissolução das identidades para diminuir o ódio no mundo, como uma barreira a menos para des-hierarquizar a sociedade, como fazem as sexualidades plurais, e se questiona porque a identidade tem que ser estabelecida a partir da sexualidade: “O natural não é ser homem ou mulher” (Rago, 2010, p.8). Wittig (1980/2022) defende que a categoria sexo é totalitária e aprisiona fortemente as mulheres que tem que provar sua verdade:

tem suas inquisições, seus tribunais, seus conjuntos de leis, seus terrores, suas torturas, suas mutilações, suas execuções, sua polícia. Ela modela o espírito, assim como o corpo, já que controla toda a produção mental. Ela envolve nosso espírito de tal forma que não conseguimos pensar fora dela. É por isso que, se quisermos de fato começar a pensar, precisamos destruí-la e

pensar fora dela, assim como precisamos destruir os sexos como realidade sociológica se quisermos começar a existir (Wittig, 2022, p.39).

Para Rago (2010) os homens estão desconstruindo a figura da mulher, e estão acontecendo profundas transformações nas relações de gênero, já que eles repensam noções construídas por médicos, intelectuais e cientistas homens, “que definiram uma identidade da mulher que não confere com a forma como elas se entendem” (Rago, 2010, p.8). Infelizmente, nesta pesquisa verifica-se uma realidade distante da compreensão masculina sobre as mulheres, sobretudo sobre seu sofrimento psíquico engendrado no âmbito das relações conjugais.

6.2.5 O trabalho doméstico

O conceito marxista de classe está obsoleto para Delphi, “já que não leva em conta o trabalho que não tem valor de troca, que representa dois terços do trabalho exercido globalmente, de acordo com estatísticas recentes das Nações Unidas” (Wittig, 2022, p. 26). Embora se reconheçam vários avanços em temas feministas, por teóricas da revolução russa, e a teoria da superestrutura, como conceito marxista, não contemplam lugares distintos, o público das forças econômicas e dos meios de produção, e o privado, no qual se encontram as mulheres (Lauretis, 1987/1994).

Azeredo (2010) questiona em que medida a desigualdade de gênero pode incidir sobre a condição de pobreza e as formas de proteção das famílias, pensando o lugar da mulher nas famílias pobres, normalmente as responsáveis pelo espaço doméstico e pelo cuidado:

Os processos que possibilitaram a saída das mulheres para o trabalho não motivaram a revisão das funções do cuidado familiar no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas. Esse é sem dúvida um dos eixos que estruturam a desigualdade de gênero. Pensá-lo nos remete a importância de articulá-lo com a noção de autonomia pessoal e econômica e como estes aspectos incidem sobre a vida das mulheres pobres (p. 582)

Portanto, do ponto de vista econômico-social, a desigualdade não pode ser pensada enquanto um conceito em si, só tendo sentido se estabelecida em relações históricas e inter-relacionadas entre os papéis sociais e as estratificações que colocam os sujeitos em posições favoráveis ou desfavoráveis em termos de lugar social (Azeredo, 2010).

O fato é que em geral, ao tomar como referência a renda per capita, os dados quantitativos encobrem evidências qualitativas, que por sua vez não capturam variáveis importantes do ponto de vista da multidimensionalidade da pobreza e do gênero. Nesse sentido, Costa considera que deve se tomar como referência analítica as características individuais, como “o uso do tempo, a inserção no mundo do trabalho, o acesso a títulos de propriedade, que evidenciam a heterogeneidade da pobreza e indiquem que a posição dos indivíduos na família, sua idade, sexo, raça, determinam formas diferenciadas de enfrentar o fenômeno” (Costa *et al.*, 2005, p. 37).

Lauretis (1987/1994) destaca como a representação social de gênero afeta sua construção subjetiva, e vice-versa, abrindo-se “uma possibilidade de agenciamento e auto-determinação ao nível subjetivo e até individual das práticas micropolíticas cotidianas que o próprio Althusser repudiaria” (Lauretis, p. 216).

Schaber (2020, apud Yoshimura e Rodrigues, 2023), aponta que a falta de reconhecimento e valorização do trabalho doméstico pode levar a uma invisibilidade emocional, em que as emoções e as necessidades das mulheres são minimizadas ou ignoradas, fatores que podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e estresse crônico. Observamos que o cumprimento das tarefas do lar, de forma mecânica e repetitiva, em seu caráter estressante, está associado a um componente emocional, que é a falta de afeto que a invisibilidade carrega, das necessidades e pedidos de ajuda que são invisibilizados pelas filhas e pelo marido. O trabalho informal e “obrigações” familiares, construídas por relações de gênero, como responsabilidades de esposa, mãe e dona de casa, assumidas como dever moral nos cuidados com os familiares, são considerados fatores de risco a transtornos mentais comuns (quadros de depressão e ansiedade), cuja população feminina é prevalente (Ludemir, 2005).

O trabalho doméstico, imposto historicamente sob a responsabilidade da mulher, aparece de forma abusiva, como no caso de Angela, quando na sua casa ninguém mais contribui com a função, e ainda parecem não fazer questão de validar a importância de seu esforço em cozinhar, organizar, limpar a casa e cuidar das roupas. As participantes, ao tratarem do tema trabalho doméstico, fazem referência a um zelo sobre a atividade, e a um grande esforço, como que numa busca incessante por uma valorização que não chega, por parte da família.

Podemos inserir o trabalho doméstico como função naturalizada para a mulher dentro do dispositivo materno. As entrevistadas assumem este trabalho como “delas”, e só se queixam do excesso de trabalho e da falta de ajuda com a forte demanda.

Angela aponta o estresse ocasionado pelo abuso da família, em não contribuir com ela nas tarefas domésticas, como principal motivo para o uso do antidepressivo, associado a vários outros agravantes, como não estar trabalhando, ter tido relacionamentos amorosos e familiares destrutivos e ter vários problemas de saúde. Como nos relata neste trecho quanto a sobrecarga de tarefas:

P: Então, quer dizer, numa frase, você procurou aqui pelo estresse de...?

E: Ah, de tudo, eu acho que de tudo mesmo, em questão de dar... Por questão de estar bem, cuidar da sua casa. Isso causa um estresse mesmo (...) É doméstico. Do trabalho doméstico e cuidar das meninas. É, do dia-a-dia, do dia-a-dia mesmo. Quem falar que não é cansativo, que não é estressante, é mentira.

No entanto, observa-se, na percepção de *Angela*, uma naturalização do comportamento opressor do seu marido, quando fala:

Meu marido é uma ótima pessoa. Ele é maravilhoso. Mas nas questões dentro de casa, ele é bem machista. Aí ele fala, ah, eu já trabalho fora...você quer que eu chegue em casa e... lave uma louça? Aí eu explico para ele. Não é a questão de você lavar uma louça. Mas tipo, o dia que você estiver em casa, recolha o lixo, varra uma escada, vai dar banho nos gatos (...).

Angela apresenta uma contradição no seu discurso, sobre a posição do marido, a quem “protege”, na figura patriarcal, de provedor e chefe de família. A consciência da mulher sobre o jogo de forças que recai sobre ela, e sobre outras mulheres, acontece numa atmosfera de ambiguidade, ora por questões de afetividade, ora por identificar-se com seu papel de gênero. *Angela*, quando perguntada sobre o acolhimento do marido para com ela, quando ela se sente indisposta, revela-nos uma posição limitada, sobre o que poderíamos chamar de acolhimento:

Mas ele se preocupa muito com isso. Ele fala: “Esquece casa, esquece, vai cuidar de você, se você não está bem, vai deitar, vai ver filme, vai ver suas novelas, vai fazer seu tricot, seu crochet, vai fazer seu bordado”. Que eu faço todos esses negócios, né? “Vai lá, esquece, quando você se sentir melhor, você vai lá e lava sua louça”. Então nesse ponto não tem o que falar dele. Só me irrita algumas coisas, como eu já falei, e...eu não consigo ter um autocontrole sobre isso. Tipo ele tomar banho e deixar a toalha molhada em cima da cama, me deixa profundamente estressada, e eles sabem, mas também não mudam, e eu não consigo ter um auto controle.

A posição do marido de *Angela* demonstra uma chancela temporária da “sua” função doméstica. Ele não realiza o trabalho, apenas “a libera” para descansar, e quando melhorar “pode” lavar a louça. A entrevistada comenta não conseguir ter o controle sobre não se incomodar com o incômodo que o marido lhe provoca, revelando-nos um sentido contraditório, e de identificação com o opressor, razão pela qual se incumbe indefinidamente

na realização das tarefas.

Na noção de governamentalidade Foucault expressa a ideia de poder na relação do “eu” com o “outro”, tanto no nível institucional de governo quanto relativo á uma ética de subjetivação, na qual Foucault pôde explorar as práticas de si, como práticas da liberdade, tema derradeiro de seus estudos (Ferreira Neto, 2019). A governamentalidade está pautada na racionalidade de governo observável na sociedade disciplinar, que trata do conjunto de práticas e técnicas empregadas para moldar as condutas e comportamentos da população, através da normalização de seus corpos e mentes, por meio de dispositivos de vigilância, normas e regras (Foucault, 1978).

O trabalho doméstico coroou o dispositivo materno no rol de especializações que são hoje necessárias para o desempenho de uma “mãe de verdade”, já que “o papel da dona de casa surgiu como um desdobramento naturalizado da maternidade, como tarefa ‘essencialmente’ feminina” (Zanello, 2018, p.145).

Guida também expressa sua dificuldade com a família, quanto a realização de tarefas domésticas, além da vida profissional:

(...) No mesmo lugar. As mesmas coisas. Assim, quando começou, eram muitos funcionários, né? Dava pra gente dar conta. Aí, depois foi diminuindo. E, foi muita cobrança. Aí, juntou... Eu chegava em casa, ninguém me ajudava em nada. Meus filhos não queriam me ajudar...

(...) quando eu tava trabalhando, que eu saía do serviço duas horas, eu chegava em casa, eu tinha que fazer comida, porque eles não tinham almoçado, porque ninguém fazia nada. Aí começava, né? Qual é uma pessoa que ia ficar bem numa situação dessa? Porque eu não saía pra lugar nenhum, eu não vivia. Aí fui começando a querer me isolar, e não ter vontade nem de me levantar. Às vezes levantava porque eu era obrigada, porque eu tinha que ir trabalhar.

O marido de Guida é cozinheiro profissional, ainda sim, revela quando perguntada se ele cozinha para ela:

Não. Isso é muito difícil. Só se eu estiver, assim, doente, por acaso, quando eu faço cirurgia, né? Aí ele faz, mas é só aquele básico, a comida, porque roupa fica lá.

Em pesquisa de 2019, do Observatório das Desigualdades, da Fundação João Pinheiro, verificou-se que mulheres dedicam quase o dobro do tempo em trabalhos domésticos comparado aos homens, sendo assim mais vulneráveis à pobreza, seja por não gerar renda, mas por não favorecer a entrada para o trabalho formal:

O envolvimento das mulheres no trabalho não remunerado está diretamente relacionado com a pequena participação desse grupo no mercado de trabalho, e mesmo para mulheres que estão inseridas no mercado, as atividades domésticas podem impactar sua carreira profissional, visto que há a dificuldade constante em conciliar a dupla jornada entre trabalho remunerado e não remunerado (Observatório das Desigualdades, março de 2021).

Wittig (1980/2022) destaca as categorias “homem” e “mulher”, como construções políticas e econômicas, e a mulher é colocada como classe subordinada no sistema heterossexual, contemplando uma relação sujeito-objeto, na qual a mulher pertence a outra classe, como a proletária do homem. A mulher performa o cuidado na cultura, e o resto da família, cada um em seu papel social, está “isento” do esforço da performance doméstica. Wittig reflete sobre o impacto desse esforço sobre a mulher:

Existe, de um lado, o esforço físico e mental atrelado a um tipo de trabalho que consiste meramente em serviço físico para uma ou várias pessoas sem nenhuma compensação em forma de salário, e, de outro lado, as implicações físicas e mentais do tipo de trabalho que aliena a pessoa de si mesma dia e noite (Wittig, 2022, p. 27).

Lauretis (1987/1994) aponta-nos a construção de gênero e a sua representação. Podendo ser desconstruído, o gênero pode ser entendido pela pessoa como uma representação em excesso, aquilo que permanece fora do discurso como um trauma, podendo desestabilizar a representação, como a partir de um olhar crítico da mulher sobre o papel de cuidadora dentro da família.

O filme *Jeanne Dielman*, de 1975, dirigido pela diretora Chantal Akerman, ilustra a realidade psíquica da mulher cuidadora do lar, revelando um ritmo contínuo de atividades automáticas, no que a personagem vai “derretendo” subjetivamente dentro da sua casa. O filme narra três dias da personagem Jeanne, ela se dedica a cuidar da casa e do filho, com que tem uma relação cortês, porém sem nenhuma emoção ou cumplicidade. Ela se ocupa também de fazer sexo com homens, por dinheiro, no seu próprio quarto, uma vez ao dia.

Trata-se de uma mulher robotizada, cujo corpo vai se adaptando a partir do gênero, de forma a ser produzida uma fusão da sua natureza e as tarefas repetitivas como tecnologia, num arranjo entre subjetividade e todos os objetos com quem interage na casa o tempo todo. Não havendo crítica, Jeanne segue reproduzindo performances femininas, de uma “identidade instituída por uma repetição estilizada de atos” (Butler, 1990, p. 297), inclusive disponibilizando sexualmente seu corpo para outro papel de gênero, a objetificação na prostituição.

A história de Jeanne sofre uma transformação no momento em que ocorre um imprevisto, as batatas cozinham demais, e ocorre um atraso da hora do jantar, que precipita uma série de alterações na sua rotina, culminando assim no colapso da “máquina”, e seu funcionamento, se tornando primeiramente reflexiva sobre sua condição, e depois violenta.

Pensemos corpo como máquina biopolítica, como instrumento de docilidade e utilidade, o corpo cartesiano cindido da mente na modernidade, para o melhor desenvolvimento do

capitalismo, para que possa ser melhor controlado pelas relações de poder. Desta forma, a análise genealógica de Foucault (1976/1988) se atém a uma “proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência”(Foucault, 1988, p. 135).

A personagem Jeanne, ao interromper, com a hora do jantar, seus afazeres repetitivos, se vê diante de algumas alternativas de atividades pessoais suas, ela pega seu crochet e não consegue ter energia para realizá-lo, depois tenta ler o jornal e desiste, não se sentindo disposta para o não automático. Está paralisada pela ausência do trabalho repetitivo, tal como o depressivo na invenção do objeto substituto, na descrição de Kehl (2015):

O que abate o depressivo não é propriamente o vazio, é o desconhecimento do que causa seu desejo. O saber sobre o vazio, que por um lado serve de argumento a seu desejo de prostração, por outro abre uma grande perspectiva no campo simbólico; o depressivo, em sua via de cura, é capaz de inventar objetos que respondam à falta daquele que causou seu desejo, já que; “não há causa senão depois da emergência do desejo (Lacan, 1973, p. 65, apud Kehl, 2015).

O caráter repetitivo e solitário do trabalho doméstico, pode determinar um “ser no mundo” limitado no seu desempenho, em inúmeras funções psíquicas, como na criatividade e na afetividade. No engessamento dessas funções é produzida a falta de sentido da experiência. A mulher é estimulada repetidas vezes ao longo da vida, no Patriarcado, para que a ação do cuidado possa operar de forma organizatória, que pode lhe conferir um senso de “missão cumprida”, e um senso de dignidade, mas a longo prazo resulta no prejuízo do seu tempo e do seu prazer.

O conceito de gênero não foi diretamente discutido por Foucault, mas a questão da sexualidade, com a apropriação do corpo da mulher, aproximou a biopolítica da noção de gênero, através da construção de um discurso normativo sobre o corpo da mulher, seus hábitos e sua reprodução, passíveis também de uma desconstrução. Neste sentido Butler (1993/2015) discute um sentido de instabilidade das normas impostas sobre o sexo:

Fundamentalmente, então, a construção não é nem um único ato, nem um processo causal iniciado por um sujeito que culmina em um conjunto de efeitos fixos. A construção não só tem lugar no tempo, mas é ela mesma um processo temporal que opera através da reiteração de normas; o sexo é tanto produzido e desestabilizado no decorrer desta reiteração.(7) Como um efeito sedimentado de uma prática reiterativa ou ritual, o sexo adquire seu efeito naturalizado, e, ainda assim, é por virtude dessa reiteração que fossos e fissuras são abertos como as instabilidades constitutivas em tais construções, como aquilo que escapa ou excede a norma, como aquilo que não pode ser totalmente definido ou fixado pelo labor repetitivo daquela norma. Esta instabilidade é a possibilidade de desconstituição no próprio processo de repetição, o poder que desfaz os próprios efeitos pelos quais o sexo é estabilizado, a possibilidade de colocar a consolidação das normas do sexo em uma crise produtiva potencial. (8) (Butler, 2015, p.5).

As filhas adolescentes se tornam herdeiras do trabalho doméstico. No relato de *Angela*, antes do confronto com o marido, a solicitação recai sobre as meninas. Quando Lauretis (1987/1994) aponta a representação do gênero pela reiteração discursiva, lemos que *Angela* solicita e reclama por ajuda, comunicando repetidamente os horrores do trabalho doméstico, e suas queixas dentro da família, e suas filhas, por sua vez, optam por uma resistência intergeracional de gênero, na contra identificação com a mãe, como figura vitimada pelo seu papel doméstico. A perspectiva de assujeitamento aos dispositivos materno e amoroso aponta um caráter intergeracional, na sua comunicação entre as participantes com suas mães e com as suas filhas. *Angela* opera uma resistência, ao se impor frente ao marido e filhas, mas não é ouvida. Badinter (1985) analisa a mulher casada, e com filhos, como uma personagem relativa e tridimensional. Relativa porque ela só se concebe em relação ao pai e ao filho, e tridimensional porque também é um ser específico, dotado de aspirações próprias que nada tem a ver com a do esposo ou com os desejos dos filhos. Badinter (1985) se refere assim a uma estrutura triangular com papéis definidos em função das necessidades e dos valores dominantes de uma sociedade:

Quando o farol ideológico ilumina apenas o homem-pai e lhe dá todos os poderes, a mãe passa à sombra e sua condição se assemelha à da criança. Inversamente, quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação, o foco é apontado para a mãe, que se torna a personagem essencial, em detrimento do pai. Em um ou outro caso, seu comportamento se modifica em relação ao filho ou ao esposo. Segundo a sociedade valorize ou deprecie a maternidade, a mulher será, em maior ou menor medida, uma boa mãe (Badinter, 1985, p.26).

A construção de gênero é o produto de uma representação, de um masculino ou um feminino, categorias para as quais as atribuições de tarefas estão bastante definidas. Embora a figura do marido, como homem, é preservada das tarefas domésticas, as filhas também são liberadas pela chancela paterna, o que *Angela* nos revela:

Não, ele não bebe, não fuma, ele não curte nada, ele é zem. E essa diferença da gente eu acho que dá aquele, equilibra um pouco nisso. Ele naquela paciência toda, aquela calma toda, eu não, já sou estourada. Que nem, essa semana eu falei pra ele assim: "Pô, eu falei pra Rubi (a filha do casal) e tal, pra Rubi fazer isso, isso e isso e não fez, você também tá errado porque você tá vendo que ela não fez, porque você não foi e não chamou a atenção dela. Aí ele falou pra mim: "Ah, não vou me estressar". Então quer dizer, ele não quer se estressar, e eu acabo me estressando, acabo me estressando muito. Estas questões da menina tá sendo do jeito que é, eu me aborreo demais com tudo. Não é à toa que na semana passada fui parar no UPA com dores fortes no peito. Então são questões, eu carrego um elefante nas costas, eu tenho que carregar todos, tudo eu tenho que resolver, tudo, eu tenho que resolver os meus problemas da minha saúde, olhar o que tá acontecendo dentro de casa, cuidar de criança, cuidar da casa, cuidar de uma roupa, "ah, meu uniforme", eu tenho que prestar atenção porque ele tem o uniforme e tem que estar limpo, é o material das meninas agora, é roupa das meninas, é uniforme, então é tudo

eu que tenho, que nem, ele trabalha à noite, chega de manhã a gente toma café junto e ele vai dormir, aí quando é lá pra 2 horas, 3 horas, aí eu tenho que começar a preparar o almoço, porque quando é pra lá de uma 5, 6 horas, ele já almoça, ele come, aí ele deita mais um pouco, e dorme até a hora dele ir embora.

Angela diz que o marido é “zem”, e ela “estourada”, e que isso equilibra a relação, uma polarização gerada pelo estresse da não contribuição do marido e da filha, cancelados pela regra social da obrigatoriedade feminina. Embora Angela reconheça que “carrega um elefante nas costas”, demonstra identificar-se com um discurso de poder vigente, responsável pela manutenção da condição de opressão feminina.

Judith Butler (2024) considera que recusamos interpelações que nos foram dirigidas, encontrando a liberdade naquele “não”, e optando por um outro caminho e quebrando normas impostas num processo de reiteração. Esse processo abre possibilidades de revisão e recusa. Sendo historicamente constituído, Butler lança o questionamento sobre o gênero: “Serei eu livre ou determinado?”. Simplificando, nunca sou simplesmente formado nem sou incondicionalmente autoformado” (Butler, 2024, p.41).

Na perspectiva de anular as categorias estáticas feminino e masculino, que operam no sistema político patriarcal, Monique Wittig (1980/2022) observa a diferença entre os sexos representada ideologicamente na dimensão material da luta de classes de Marx, cujo conflito é necessário para que o pensamento dominante, que se recusa a se voltar para dentro de si, possa apreender aquilo que o questiona. Wittig defende: “enquanto não existir uma luta das mulheres, não haverá conflito entre homens e mulheres” (Monique Wittig, 2022, p.34).

Em referência aos gregos, Foucault (2008/2009) fala-nos sobre a parrésia, cujo significado é falar francamente de si não importa para quem, como uma enunciação da verdade que comporta um risco. Uma vez que esta verdade de si implica na verdade do outro, existe o risco de machucá-lo, irritá-lo, o que poderia conduzir até a mais extrema violência (Rago, 2011).

Considerando que a dominação masculina opera através da ideologia da inferioridade feminina, às mulheres é sugerida uma compensação. Para a manutenção do agenciamento da mulher, são comumente valorizadas como “guerreiras”, por trabalharem fora e dentro de casa. Mulheres pobres trabalham por necessidade material, mas Carolina exalta um incômodo em não ser devidamente reconhecida na função do trabalho, por ter interrompido sua vida profissional, em função do seu problema de coração:

Eu fico com raiva, porque eles não fizeram isso (a cirurgia de coração), eu não pedi mesmo, eu não, sabe, porque assim, eu não precisava perder o meu emprego, que eu trabalhei lá tantos anos, você entendeu? Eu não aguento, sabe, eu fico muito irritada com isso, porque assim, quando eles veem a pessoa, eles veem, eles pensam que a pessoa não quer trabalhar, sabe, que a pessoa não quer fazer nada, que a pessoa é preguiçosa, eu nunca fui preguiçosa, eu só me cuido dos meus filhos, da minha casa, do meu marido, você entendeu? (Chorando). E ando fazendo isso até hoje, sabe, que ainda cuido de três filhos, ainda criei um neto que tem 18 anos hoje, foi criado por mim, senhora entendeu? Então, quer dizer, eu falo para a senhora que hoje em dia eu ainda tenho vontade de ensinar alguém a fazer crochê, sabe, a fazer alguma coisa, um artesanato, você entende?

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os relatos das mulheres entrevistadas evidenciam uma realidade permeada pela opressão no âmbito conjugal e pela ausência de um cuidado adequado por parte da Unidade Básica de Saúde Jd. Herculano. O estudo destaca categorias que expressam fatores determinantes para o processo de desempoderamento e para o agravamento da vulnerabilidade psíquica dessas mulheres, revelando uma associação direta destes com a prescrição de antidepressivos, única forma de tratamento disponibilizada à essa população no contexto da UBS Jd. Herculano.

Observou-se, ao longo da pesquisa, a adequação da metodologia empregada, a Análise Temática, por permitir explorar experiências vividas a partir das narrativas singulares de sofrimento, cuidado e medicalização das entrevistadas, identificando padrões discursivos e temas recorrentes. Foram construídas cinco categorias analíticas, descritas nos resultados desta pesquisa, que, ao serem articuladas com o referencial teórico, permitiram relacionar aspectos estruturais da opressão às dinâmicas individuais vivenciadas pelas mulheres entrevistadas. Essa correlação aprofundou a compreensão dos mecanismos interseccionais que sustentam a vulnerabilidade e a medicalização das mulheres, evidenciando como estruturas sociais e institucionais se entrelaçam na produção do sofrimento psíquico. Através dessa flexibilidade metodológica, foi possível respeitar a voz das participantes, e a partir de seus relatos, dialogar com as teorias críticas da medicalização e das interseccionalidades, sob o viés foucaultiano e de outros teóricos que com ele se encontram conectados.

Conforme observado nos relatos das entrevistadas, destacam-se aspectos interseccionais que definem o primeiro objetivo específico desta pesquisa, que consiste em identificar as mulheres entrevistadas. Encontramos os seguintes marcadores: a exaustão psicológica decorrente de condições socioeconômicas precárias, insegurança alimentar, condições laborais degradantes, remunerações insuficientes, subordinação e ausência de autonomia financeira nas

relações conjugais, exploração sem reconhecimento do seu trabalho doméstico, e um histórico de violências físicas, psicológicas e sexuais. Esses aspectos estão relacionados à opressão interseccional analisada ao longo da pesquisa, e permitiram destacarmos categorias intercambiantes, representativas num contexto de opressões simultâneas na vida das mulheres entrevistadas.

Nos relatos, o dispositivo amoroso emerge como expressão de um padrão estereotipado de vínculo da mulher com o homem, e mesmo quando este é quase um desconhecido, posiciona a mulher em uma busca por validação afetiva a partir do olhar masculino (Zanello, 2018). As narrativas das entrevistadas revelam relacionamentos familiares e conjugais muitas vezes violentos em algum momento das suas vidas, com maior frequência nas primeiras relações estabelecidas, nas quais estas mulheres travavam relacionamentos com os parceiros pelo viés do amor romântico, uma das faces do dispositivo amoroso. Tal dispositivo não apenas contribui para a produção de conflitos conjugais, visto que a convivência revela ao longo do tempo outras facetas destes homens, mas também com a manutenção das condições de opressão das mulheres pelo caráter de acomodação do casamento, principalmente em função da dependência financeira, da criação dos filhos e da manutenção da sua própria vida.

A exploração da mulher na manutenção do trabalho doméstico aparece no relato das participantes como um fator significativo de opressão, pelo caráter contínuo, solitário e invisibilizado da atividade, representando um forte aspecto de desgaste emocional e humilhação ao ser naturalizado como uma ocupação exclusivamente feminina no imaginário dos homens. Paradoxalmente, as entrevistadas criticam as expectativas dos companheiros mas seguem realizando a função do trabalho doméstico e do cuidado com a família por não conseguirem criar estratégias de enfrentamento do problema, tema este que poderia ser amplamente investigado em outros estudos.

Partimos de um aporte teórico de estudos que verificam a naturalização de um sofrimento psíquico vivenciado por mulheres em contextos interseccionais, atravessadas por marcadores como raça, classe e gênero. Essa naturalização opera como um dispositivo de silenciamento, que deslegitima a dor e a complexidade dessas experiências, reduzindo-as a uma suposta condição "normal" da vida feminina. No entanto, ao longo da pesquisa, observamos a emergência de um senso crítico apurado entre essas mulheres, revelando uma capacidade de leitura dos sistemas de opressão envolvidos, na direção de um letramento interseccional, relacionado a uma habilidade de reconhecer e nomear situações de subordinação a dispositivos de poder historicamente estabelecidos. Tal leitura, no entanto, não se mostra suficiente para resistir às múltiplas camadas de violência simbólica e material, uma

vez que todas as participantes não conseguem produzir estratégias consistentes de enfrentamento, seja pelo atravessamento de dificuldades materiais para sua autonomia, como para abandonarem um casamento machista, violento ou de exploração do seu trabalho doméstico, seja por se encontrarem cooptadas pela esperança na melhora do casamento.

Embora tenha sido verificado um viés crítico das opressões nas narrativas das entrevistadas, o desejo de reconhecimento e validação por parte do marido ou companheiro se destaca como aspecto de vulnerabilidade nas entrevistadas operando a favor da manutenção das relações conjugais, ainda que se apresentem como espaços insalubres de convivência, violentos e desempoderadores para as mulheres. Observa-se a influência dos dispositivos amoroso e materno na conformação dessas experiências, os quais perpetuam estereótipos sociais que limitam a visibilidade e a capacidade de ação das mulheres em relação às suas vivências afetivas, corporais e reprodutivas. Tais dispositivos, em articulação com o discurso médico, funcionam como instrumentos de regulação que restringem o exercício da autonomia feminina, especialmente por se encontrarem em situações de vulnerabilidade social.

As mulheres entrevistadas revelam, em seus relatos, uma dupla relação com o desconhecido: por um lado, entregam suas vidas a homens sem os conhecer, muitas vezes sob a influência do dispositivo amoroso; por outro, submete-se à promessa de medicamentos igualmente desconhecidos, impostos pela medicina moderna por meio do dispositivo da medicalização. Embora façam uso de antidepressivos, essa adesão ocorre sem plena convicção sobre seus benefícios, permeada por dúvidas e inseguranças. Tal postura imprime uma crítica contundente à medicalização, evidenciada nas respostas sobre os motivos que levaram à prescrição dos psicofármacos, quando frequentemente as entrevistadas associam a prescrição a múltiplos episódios de dor e abandono, e não a processos biológicos. Os relatos validam a dimensão etiológica interseccional na constituição do sofrimento psíquico, apontando para o uso indiscriminado de medicamentos e para o desconhecimento sobre os tratamentos adotados. Observam-se, ainda, diversos comprometimentos na saúde dessas mulheres, decorrentes das múltiplas formas de violência interseccional vivenciadas.

A medicina hegemônica, centrada na perspectiva do bem-estar da população, inclui também a ideia de uma normatização dos corpos e da sexualidade a partir de ideias pré-concebidas de gênero, raça e classe. Como nos coloca Szasz (1961/1980), não se trata de negar ocorrências sociais e psicológicas dos problemas humanos, mas tem-se a preocupação de como os rótulos que lhe são dados teriam a capacidade de traduzir as questões existenciais, implicadas na subjetividade humana.

A vulnerabilidade interseccional nomeada pela semiologia do DSM, é oferecida de forma identitária para homens e mulheres, como o choro para as mulheres, não sendo incluídos aspectos subjetivos no planejamento do manual, ao não considerar principalmente que mulheres e homens expressam seus sentimentos de forma diferenciada numa cultura que valoriza ou chancela comportamentos diferenciados para ambos (Zanello, 2018).

Na perspectiva do segundo objetivo específico desta pesquisa, a relação entre estereótipos de gênero e a medicalização nas narrativas, as entrevistadas evidenciam a perspectiva foucaultiana de biopolítica, ao revelarem como forças discursivas atuam na produção de subjetividades e na conformação de modos de ser e estar no mundo. O mecanismo do *looping effect* aparece como eficaz estratégia de apropriação do corpo (Hacking, 1995) operando como instrumento de dominação por meio do discurso (Foucault, 1971/1996). Quando Guida é chamada de "louca", ela incorpora essa "verdade" como parte de sua identidade, pois reconhece que, historicamente, a mulher tem sido nomeada dessa forma, ainda que tal nomeação carregue um viés de desqualificação. Da mesma forma, atuam saberes cronificados que conduzem as mulheres a ocuparem lugares sociais específicos, através de nomeações médicas, mas também nos lugares que ocupam na família e na sociedade, reforçando estruturas de poder que moldam o feminino como objeto de controle e normatização.

Considera-se que marcadores sociais de opressão como gênero, sexualidade, raça/etnia e classe social/econômica são determinantes para a produção de sofrimento psíquico que leva à medicalização de mulheres brancas, negras e periféricas, por se tratarem de fatores estruturais. Levando-se em conta a experiência das mulheres entrevistadas aponta-se para um impacto significativo do machismo, do racismo e do classicismo sobre a saúde integral dessas mulheres, ainda que aspectos de gênero e classe tenham aparecido com mais frequência que o de raça, que quase não apareceu. A evidência desses fatores reforça a necessidade de abordagens interseccionais que considerem os marcadores sociais de opressão como elementos constitutivos da experiência subjetiva e da medicalização contemporânea, compreendendo um grave quadro de vulnerabilidade social.

Como abordagem no terceiro objetivo específico, quanto à identificação da rede de cuidados, observou-se o caráter coletivo do trabalho em equipe na Atenção Primária, fundamental para a multiplicação e o alcance do cuidado, a presença de uma escuta adequada e um trabalho de Psicoeducação consistem em demandas importantes por parte das mulheres de meia idade entrevistadas, num programa de saúde mental que dialogue e informe as mulheres sobre seus diagnósticos, medicações, questões relacionadas à menopausa e

atravessamentos interseccionais nas suas vivências, por parte da equipe da Unidade Básica de Saúde do Jd. Herculano. As mulheres entrevistadas manifestam importante necessidade de serem acolhidas por uma escuta adequada, que dê voz às suas histórias de vida complexas, sendo que o atendimento prestado à elas não corresponde ao que poderíamos chamar de tratamento de saúde integral.

Verifica-se a existência de políticas públicas que buscam contemplar as necessidades relacionadas à saúde mental das mulheres. No entanto, tais políticas permanecem distantes da realidade vivenciada por grande parte dessa população, revelando a necessidade urgente de maior articulação entre as diretrizes institucionais e os contextos concretos de vida. É fundamental que essas políticas sejam efetivamente implementadas com sensibilidade às interseccionalidades de gênero, raça e classe, garantindo abordagens integradas, inclusivas e comprometidas com o cuidado em sua dimensão social e subjetiva.

As mulheres são medicadas com antidepressivos como forma de suportarem os sofrimentos decorrentes de experiências interseccionais, que atravessam seus processos de subjetivação. Tal prática evidencia a urgência de uma revisão epistemológica sobre esse fenômeno, assim como dos protocolos de prescrição para antidepressivos na Atenção Básica, considerando as trajetórias históricas e sociais dessas mulheres. É necessário adotar um olhar despatologizante para a vida, no qual características singulares não sejam convertidas em sintomas clínicos, e onde os reais problemas relacionados às dimensões de gênero, raça e classe sejam reconhecidos e incorporados às abordagens terapêuticas, superando, assim, os limites de uma perspectiva estritamente biologicista.

Os achados desta pesquisa sugerem um maior aprofundamento do tema, por meio de uma investigação de mulheres com outros perfis, como sem companheiros, lésbicas ou mais jovens, para que se possa contrastar o impacto dos dispositivos de poder sobre o sofrimento psíquico, e a medicalização, através da lente de outras realidades. Um estudo focado na perspectiva de profissionais de saúde também poderia indicar seus aspectos subjetivos relacionados à visão sobre a medicalização e a população atendida, avaliando o caráter e a forma de envolvimento dos profissionais com saberes historicamente construídos a partir de dispositivos de poder.

A Psicoeducação com enfoque interseccional aparece como uma estratégia concreta de contribuição, amplamente voltada para o esclarecimento para a população da dinâmica estrutural instalada nas instituições, na família, nos casamentos e na sociedade, desvelando as estruturas sociais que moldam o sofrimento psíquico, nas interpelações do racismo, padrões relacionais de poder e afeto nos casamentos, naturalizados em violências simbólicas ou

explícitas. A ampliação da consciência crítica sobre como o sofrimento psíquico pode ser uma resposta a contextos de exclusão que responsabilizam as mulheres individualmente. Mais do que informar, a psicoeducação interseccional empodera, convida à reflexão crítica, promove a autonomia e estimula a transformação social, ao reconhecer que o cuidado em saúde mental precisa ser também um ato político e ético.

Além da Psicoeducação, investigações em pesquisas sobre a eficácia e os limites de intervenções não-farmacológicas na AB podem abrir novas portas para tratamentos eficazes. Embora as entrevistadas relatem a falta de ofertas de atividades terapêuticas além das prescrições medicamentosas, o SUS, através da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), recomenda a adoção pelas Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a implantação e a implementação das ações e serviços relativos às práticas integrativas, como a Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Fitoterapia, Termalismo Social/Crenologia, entre outros (Ministério da Saúde, 2006). A manutenção de tais práticas, no entanto, sofrem com a falta de financiamento, capacitação limitada de profissionais e resistência institucional e cultural (Nunes et al., 2021).

A real eficácia do tratamento com antidepressivos na AB precisa ser avaliada em estudos de abordagem transversal sobre o tema. Embora existam estudos médicos, como o de Moncrieff et al. (2023), com uma crítica à hipótese serotoninérgica, não existe um consenso no ambiente da medicina sobre a importância do uso do psicotrópico. Foram encontrados por ocasião desta pesquisa, trabalhos médicos discordantes sobre o tema, possivelmente com interesses e agendas particulares envolvidas em seus resultados.

De qualquer forma, independentemente da crítica a poderosa medicina moderna e psiquiátrica, muitas ações podem ser praticadas para a melhora do atendimento público em saúde. Esta pesquisadora sugere a criação de um projeto-piloto na UBS Jd. Herculano, em parceria com a universidade, para capacitar a equipe na escuta qualificada interseccional, ampliando a oferta do grupo “Ansiedade e Depressão, para um espaço ampliado de Psicoeducação e cuidado, que permita às mulheres atendidas um deslocamento de uma posição de passividade, para se lançarem a uma nova oportunidade de adquirirem autonomia psíquica e material.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHMED, S. **Viver uma vida feminista**. São Paulo: Abu Editora. 2022.

ALBUQUERQUE, F. P. de. “**Um homem sem trabalho não é nada**”. *Fractal Rev. Psicol.* v.36. Niterói. 2024.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4. ed.). Porto Alegre, RS: Artmed. 2002.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANTUNES, Luísa Marinho. **As malícias das mulheres: discursos sobre poderes e artes das mulheres na cultura portuguesa e europeia**. Lisboa: Esfera do Caos, 2014.

AKOTIRENE, CARLA. **Interseccionalidade**. *Feminismos Plurais*. São Paulo: Sueli Carneiro. Pólen. ISBN 978-85-98349-69-5. 2019.

ALVES, E. de O.; VIEIRA, P. D. A.; OLIVEIRA, R. A. de S.; RODRIGUES, R. F.; SILVA, S. da C.; MARTINS, T. P.; VIDAL, C. E. L. (2022). **Prevalência no uso de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde em um município do interior de Minas Gerais**. Faculdade de Medicina de Barbacena. Vol.30 (Supl.4).
doi:<http://www.dx.doi.org/10.5935/2238-3182.v30supl.4.09>.

ALVES, G. C.; PERES, F. S.; SILVA, C. M.; FRIEDRICH, J. de C. P.; ZUCCO, J. V. G.; MACUCH, R. da S.; GROSSI-MILANI, R. **Psicoeducação em contextos de Saúde Mental: Uma revisão sistemática**. UNIPAR. Umuarama - Pr. v.28, no 1. 2024.

AMARANTE, P. **Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. 4a ed. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz. 2013.

AZEREDO, V. G. **Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres**. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 103, p. 576-590, jul./set. 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 70 ed. Lisboa. 1995.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Volume 2. Oficinas gráficas da Edipe. 1960.

BIRMAN, J. (2006). **O Mal-estar na Modernidade e a Psicanálise: a Psicanálise à Prova do social**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 15 (suplemento): 203-224, 2005.

BONASSI, B. C. **Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero**. Dissertação de Mestrado em Psicologia. UFSC - Florianópolis. 2017.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

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**. Brasília - DF. 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no. 971 aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde..03/05/2006**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa** Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM). **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: SPM; 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados** – 12. Brasília, 2015

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: Uma política para o SUS**. 3a ed. Brasília. Editora do Ministério da Saúde. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso de Medicamentos e Medicalização da Vida: recomendações e estratégias**. [recurso eletrônico] / Brasília : Ministério da Saúde 2018. 33 p.: il. Modo de acesso: World Wide Web: ISBN 978-85-334-2688-7 1. Medicamentos. 2. Uso de Medicamentos. 3. Promoção da Saúde. I. Título. p.13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Síntese de evidências para políticas de saúde: **Estratégias para a redução de prescrições inadequadas de antidepressivos no município de Franco da Rocha**. Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Agência IBGE. 2020. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) .2020

BRASILINO, J.. **Relações conjugais violentas: Processos de subjetivação e suas várias obras**. In: Psicologia Social e Pessoaalidade. Abrapso. Rio de Janeiro, 2011.

BRUM, S. **Trauma e o reconhecimento na clínica psicanalítica**. Revista latinoamericana de psicopatologia fundamental. São Paulo, 24 (1), 75 - 91. Março/2021.

BRAUN, V; CLARKE, V. **Using Thematic analysis in psychology. Quantitative research in Psychology**. 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>. 2006.

BUTLER, J. **Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenologia y teoria feminista**. In: Case, S. h (Orgs. Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theatre, Baltimore: Johns Hopkins Press. p. 296-314. 1990.

BUTLER, J. **Bodies that matter: on the discursive limits of “sex”**. New York & London: Routledge, 1993. Tradução de Ronai Rocha. **Corpos que importam: sobre os limites discursivos do sexo**. Segunda sessão da introdução do livro. PIBID-UFSM. 2015

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade** (1990). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, J. **Quem tem medo do gênero?** 1a edição. São Paulo: Boitempo, 2024.

BVS - Atenção Primária em Saúde. Núcleo de Telessaúde Santa Catarina. **Como o apoio matricial pode ser desenvolvido na Atenção Básica de Saúde/Atenção Primária em Saúde**. 06/04/2015.

CANGUILHEM, G. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2009.

CARVALHEIRA, A. A.; SILVA, I.; D’ALTE, I; MENDES, M. N.; RIBEIRO, O; LOPES, S. D.; SAMICO, S. **O papel dos psicólogos e psicólogas na intervenção em saúde na menopausa**. Ordem dos Psicólogos Portugueses. Lisboa. 2024.

CARVALHO, S. R.; RODRIGUES, C. de O.; COSTA, F. D. da; ANDRADE, H. S. **Medicalização: uma crítica (im) pertinente?** Physis 25 (4). Out-dez. 2015.

CARVALHO, A. S. de A.; OLIVEIRA, J. G. D.; LACERDA, H. C.; ABREU, H. M. B. F. **Mulheres na menopausa: um estudo de revisão narrativa acerca dos desafios físicos, hormonais e psicológicos**. Revista Interdisciplinar em Saúde. Cajazeiras. 2024.

CECCARELLI, P. R. **Psicanálise, sexo e gênero**. Estudos de Psicanálise | Belo Horizonte-MG | n. 48 | p. 135–146 | dezembro/2017

CHAVES, S. C. da S.; NOBREGA, M. DO S. DE S.; SILVA, T. DOS SANTOS. **Intervenções não farmacológicas ofertadas ao usuário com transtorno mental comum na Atenção Primária à Saúde**. Journal of Nursing and Health. v. 9. 2019.

CISNE, MIRLA (2015). **Feminismo e consciência de classe no Brasil** [livro eletrônico] / Mirla Cisne. São Paulo : Cortez, 2015.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1a edição. São Paulo: Boitempo. 2020.

COSTA, J. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro : Graal, 1989

COSTA J. S.; PINHEIRO, L.; MEDEIROS, M.; QUEIROZ, C. **A face feminina da pobreza: sobre-representação e feminização da pobreza no Brasil**. Texto para Discussão, n. 1.137. Brasília, nov. 2005.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRYNSZPAN, D.; SOUZA, M. C. B. (2006). **Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução**. (2006) • <https://doi.org/10.1590/S1414-32832006000200007>

COELHO, Thalita da Silva. “**O eco de fantasmas: perpetuação da misoginia no cânone**”. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 27, n. 1, e56309, 2019.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos de discriminação racial relativos a gênero**. Estudos feministas. Universidade da Califórnia. Los Angeles. Ano 10. 2002.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe** [recurso eletrônico] / tradução Heci Carolina Candiani. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2016.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana**. Cap. O que é um dispositivo. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro. Editora Vega. Lisboa. 1996.

DICIONÁRIO MICHAELIS. Editora Melhoramentos. 2025.
ISBN: 978-85-06-04024-9

DIEMER, A. S. Q.; CAVAGNOLI, M. **Interseccionalidade entre gênero, classe e diagnóstico: práticas de atenção à saúde mental no CAPS**. Revista Pegada, v. 22, no 2. 2021.

DUARTE JUNIOR, D. P. **A autodeclaração e as medidas afirmativas para a promoção da igualdade racial no Brasil**. Revista Faculdade de Direito UFG. V.43. 2019.

DUNKER, C. I. L.; KYRILLOS NETO, F. **A psicopatologia no limiar entre psicanálise e a psiquiatria: estudo comparativo sobre o DSM**. Vínculo, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-15, dez. 2011.

DUNKER, C. I. L. **Mal-estar, sofrimento e sintoma: uma psicopatologia do Brasil entre muros**. São Paulo: Boitempo. Acesso em: 01 nov. 2023. , 2015

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo. Planeta. 2021.

FEDERICI, S.. **Calibã e a bruxa : mulheres, corpo e acumulação primitiva** .Título original: Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation Tradução: coletivo Sycorax São Paulo : Elefante, 2017.

FEDERICI, S. **O ponto zero da revolução: trabalho doméstico, reprodução e luta feminista**. São Paulo: Elefante. 2019.

FERREIRA-NETO, J. L. **Pesquisa e metodologia em Michel Foucault**. DOI: 10.1590/0102-377220150321914100420

FERREIRA-NETO, J. L. **Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos**. 2004.

FERREIRA NETO, J. L. **Foucault, governamentalidade neoliberal e subjetivação**. Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 35. 2019. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35512>

FERREIRA, M. S..**Ecos - Estudos Contemporâneos da Subjetividade**. Vol. 2. Número 2. 2012.

FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Manifesto do Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade**, 2010a. Disponível em:

<http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-a-medicalizacao-da-educacao-e-dasociedade/> Acesso em: 10 jan. 2014.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população**. Aula de 1 de fevereiro de 1978. 143-146. São Paulo: Martins Fontes. 1978.

FOUCAULT, M. **A Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M.. **História da Loucura** (2a ed.). São Paulo. Editora Perspectiva. 1987.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica** Tradução de Roberto Machado. 3a ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber** (7th ed.). Edições Graal. p. 127-130. Rio de Janeiro. 1988.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 8a edição. Petrópolis: Vozes. 1991.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola. 3a edição. 1996.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 2: o uso dos prazeres**. São Paulo. Ed. Graal. 8a edição. 1998.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**; tradução Salma Tannus Muchail. — 8ª ed. — São Paulo: Martins Fontes, 1999. — (Coleção tópicos)

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; tradução Márcio Alves da Fonseca. Salma Tannus Muchail. - 2a ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Tópicos).

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes. 2008.

FRANÇA, E. **Saúde mental das mulheres negras precisa ser pensada considerando desigualdades estruturais, aponta psicanalista.** Entrevista de Lorena Andrade. Geledés: Instituto da Mulher Negra. Brasil de fato. 31/07/2025.

FREUD, S. (1977). **Histeria.** In J. Strachey (Ed.), J. Salomão (Trad.), Obras completas (Vol. 1, pp. 75-102). Rio de Janeiro: Imago, 1977. (Publicado originalmente em 1888)

GALINDO, D.; LEMOS, F. C. S.; LEE, H. d. O.; RODRIGUES, R. V. (2014). **Vidas Medicalizadas: por uma Genealogia das Resistências à Farmacologização.** *Scielo Brasil - Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(4), 821 - 834. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1590/1982-370001492013>

GELUDA, K.; BOSI, M. L. M.; DA CUNHA, A. J. L. A.; TRAJMAN, A. **“Quando um não quer dois não brigam”:** um estudo sobre um não uso constante de preservativo masculino por adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(8):1671-1680, ago, 2006.

GIMENES, G. F. Ortega, Francisco. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea, Rio de Janeiro, Garamond, 2008, pp. 256.** *Revista de Antropologia. São Paulo, USP, v. 54, número 1. 2011.*

HACKING, I. **Ontologia Histórica.** Cap. 6 - Inventando pessoas. Rio Grande do Sul: Ed. Unisinos. 2009.

HACKING, I. **The looping effects of Human Kinds.** In: September, D.; Premack, A. J. (Orgs). *Casual Cognition: A Multidisciplinary debate.* Oxford Scholarship online, 1995.

HOOKS, b. **Teoria feminista: da margem ao centro .** Trad. de Patriota, Rainer. São Paulo: Perspectiva, 2019.

HOOKS, b. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas.** São Paulo. Ed. Elefante. 2021.

HOLLANDA, H. **O pensamento feminista hoje.** Rio de Janeiro: Bazar do Tempo, 2020.

ILLICH, I. (1975). **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Editora Nova Fronteira S.A.

JORNAL DA USP (2023): **Busca por medicamentos para a saúde mental cresce a cada ano no Brasil** - <https://jornal.usp.br/atualidades/busca-por-medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-a-cada-ano-no-brasil/> 13/1/2023

JUNGES, M. **“Os comportamentos ligados à sexualidade são históricos”**. Entrevista com Tania Navarro. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. São Leopoldo. 28 de junho de 2010. Edição 335.

JUNGES, M. **“O natural não é ser homem ou mulher”**. A dissolução da Identidade. Entrevista com Margareth Rago. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. On-line. Edição 335 de 28/06/2010.

KANTOVISKI, A. L. L.; VARGENS, O. M. da C. **O cuidado à mulher que vivencia a menopausa sob a perspectiva da desmedicalização**. Revista Eletrônica de Enfermagem [Internet]. 2010.

KWAME, Y. D. dos S. (2014). **Uma Análise dos Efeitos do Uso a Longo Prazo de Antidepressivos**. Dissertação de Mestrado. UNESP/Assis.

LAURETIS, T. **A tecnologia de gênero**. In: Hollanda, Heloisa Buarque. Tendências e Impasses - O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, pp. 206-241. 1994.

LEMES, C. B; ONDERE NETO, J. **Aplicações da Psicoeducação no contexto da saúde**. Temas em Psicologia. vol. 25 no.1. Ribeirão Preto - SP. 2017.

LIMA, V. M.; BEDÊ, H. M.; ROCHA, G. M. **A insustentável mestria do gênero: a divisão do sujeito entre Butler e a psicanálise lacaniana**. Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica. Rio de Janeiro, número 3. 2021.

MACÁRIO, A. S.. **Solidão da mulher negra e a negação das afetividades como herança do período escravocrata**. 33 f. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social) - Instituto de Saúde e Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, Santos, 2023.

MACHADO, L. A.; NEGREIROS, E. C. **Teoria da Interseccionalidade e feminismo contemporâneo: uma análise crítica das complexas experiências das mulheres**. Revista Direito e Sexualidade. Salvador - UFBA. 2024.

MARQUES, R. F. R.; GRAEFF, B. **Análise Temática Reflexiva: Interpretações e experiências em educação, sociologia, educação física e esporte**. Motricidades. Rev. SPQMH. V. 6, no 2. 2022.

MARTINHAGO, F. et CAPONI, S.. **Controvérsias sobre o uso do DSM para diagnósticos de transtornos mentais**. Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V. 29(2). 2019

MEDEIROS FILHO, J. S. de A.; AZEVEDO, D. M. de ; PINTO, T. R.; SILVA, G. W. dos S.. (2018). **Uso de Psicofármacos na Atenção Primária à Saúde**. Rev Bras Promoç Saúde, 31(3): 1-12, jul./set.. DOI: 10.5020/18061230.2018.7670. 2018.

MENDONÇA, R. T.; CARVALHO, A. C. D. de, VIEIRA, E. M.; ADORNO, R. de C. F.. (2008, Junho). **Parte I - Artigos Temáticos - Gênero, Corpo e Conhecimento - Saúde soc** 17(2). <https://doi.org/10.1590/SO104-12902008000200010>

MISKOLCI, R. **O desejo da nação: masculinidade e branquitude no Brasil de fins do XIX**. São Paulo: Annablume. 2013 (Coleção Queer).

MONCAU, G. **"Sistema sexo-gênero - Gayle Rubin"**. In: Enciclopédia de Antropologia. São Paulo: Universidade de São Paulo, Departamento de Antropologia. 2018.

MONCRIEFF, J.; COOPER, R. E.; STOCKMANN, T.; AMENDOLA, S.; HENGARTNER, M. P.; HOROWITZ, M. A. **The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence**. Molecular Psychiatry, 28: 3243-3256. 2023.

MONTEIRO, A. C. L.; RAIMUNDO, M. P. B.; MARTINS, B. G.(2019). **A questão do sigilo em pesquisa e a construção dos nomes fictícios**. Universidad de la República. Uruguai.

<https://doi.org/10.26864/PCS.v9.n2.6>

MORENO, H. F.; DE ALMEIDA, A. C. G. O. **Prescrição de antidepressivos na atenção primária: um estudo descritivo acerca da confiança dos profissionais médicos**. Cadernos de saúde pública. 2024; 40(7):e00130323. doi: 10.1590/0102-311XPT130323

MORI, M. E.; COELHO, V. L. D.; ESTRELLA, R. da C. N. **Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa do Distrito Federal, Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2006

MOURA, D.C.N.; PINTO, J.R. ; MARTINS, P.; PEDROSA, K. A. e CARNEIRO, M. das G.D. (2017). **Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da estratégia saúde da família: revisão integrativa da literatura**. *SANARE - Revista de Políticas Públicas*. 15, 2 (jan. 2017).

MURTA, C.; SANSON JUNIOR, J. S. **O corpo-máquina de Descartes em técnicas médico-terapêuticas**. Pensando - revista de Filosofia, vol. 8, número 15. 2017.

MYNAYO, M. C. de S. **Análise Qualitativa: teoria, passos e fidedignidade**. Ciência & Saúde Coletiva. V. 17, no 3. Rio de Janeiro. 2012.

NEUMANN, E. **Amor e Psiquê: Uma interpretação psicológica do conto de apuleio. Uma Contribuição para o Desenvolvimento da Psique Feminina**. São Paulo: Editora Cultrix Ltda. 1995.

NIETZSCHE, F. **Genealogia da moral**. Tradução brasileira publicada em São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

NUNES, G. M.; MACHADO, K.; SÉRGIO, J. V.; MARIANO, G.; GHELMAN, R.; PORTELLA, C. **Trajetórias das práticas integrativas e complementares no SUS**. v. 2. Rio de Janeiro: Ideia SUS. Fiocruz. 2021.

OLIVEIRA, D. **Repórter SUS: Saúde da mulher negra é negligenciada no Brasil por herança escravocrata**. Entrevista concedida a Letycia Holanda e Nara Lacerda. EPSJV/ Fio Cruz. 29/07/2025.

OLIVEIRA, D. F. de . **A histeria em Freud e suas relações com a psiquiatria: rupturas epistemológicas** / Dissertação de mestrado. PUC-MG. Belo Horizonte, 2020.

PAIVA, V. L. M. de O.. **A pesquisa narrativa: uma introdução**. Revista Brasileira de Linguística Aplicada. UFMG. 8 (2). 2008.

PANDE, M.; AMARANTE, P. **Anatomia de uma Epidemia: pílulas mágicas, drogas psiquiátricas e o aumento assombroso da doença mental**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2017.

PASSOS, R. G. **Na mira do fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão**. São Paulo: Hucitec Editora. 2023.

PEREIRA, M. E. C. **A psicopatologia sob a perspectiva do sujeito singular**. Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., São Paulo, 24(3), 501-508, set. 2021.
<https://doi.org/10.1590/1415-4714>.

PEREZ, C. C. **Mulheres Invisíveis: O viés dos dados em um mundo projetado para homens**. Ed. Intrínseca. Rio de Janeiro. 1a Edição. 2022.

PIMENTEL, M. E. P.; SIQUARA, G. M. **A utilização da Psicoeducação no tratamento de pacientes com Transtorno Bipolar: uma revisão sistemática**. Revista Brasileira de Psicoterapia. v.19, no. 1. 2017

POLLI, G. M., JOAQUIM, B. O., TAGLIAMENTO. **Representações sociais e práticas corporais: influências do padrão de beleza**. Pepsic. Arq. bras. psicol. vol.73 no.3. Rio de Janeiro set./dez. 2021.

QUIJANO, A. **A Colonialidade do poder, Eurocentrismo e América Latina**. A colonialidade do saber: eurocentrismo e ciências sociais. Perspectivas latino-americanas. Buenos Aires. CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales. 2005.

RAGO, L. M. (2010). **“O natural não é ser homem ou mulher”. A dissolução da Identidade**. Revista do Instituto Humanitas Unisinos. On-line. Edição 335 de 28/06/2010.

RAGO, L. M. (2011). **Escritas de si, Parrésia e Feminismos**. Publicado em VEIGA-NETO, A.; CASTELO BRANCO, G. (orgs). *Foucault, Filosofia e Política*. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2011, p. 251-267 ISBN 978-85-7526-574-1

RAIMUNDO, J. S.; CADETE, M. M. M. **Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde**. Revista Escola Paulista de Enfermagem. 2012.

REZENDE, A. L. **Psicoeducação como ferramenta terapêutica: quando e como utilizar**. Portal Artmed. 21/07/2025.

ROSA, B. P. G. d. & WINOGRAD, M. **Palavras e pílulas: sobre a medicamentação do mal-estar psíquico na atualidade**. Psicologia & Sociedade, 23(n. spe.), 37-44. 2011.

ROSA, N. B.; SILVA-ROOSLI, A. C. B. **A Psicologia na Atenção Básica: Possibilidades de Intervenção na Promoção e Prevenção à Saúde**. Universidade Estadual de Londrina. Revista Psicologia e Saúde. V.11. 2019.

ROTONDARO, T. (2013). **Novos projetos de cidadania biológica: a (re)construção racial dos selves neuroquímicos**. Artigo Scielo Brasil, 2013. Soc. estado. 28 (1) • Abr 2013 • <https://doi.org/10.1590/S0102-69922013000100009>.

SAFFIOTTI, H.I.B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero**. Cad Pagu ; 16:115-136. 2001.

SCHMIDT, E. **Charcot e a Escola da Salpêtrière: a afirmação de uma histeria neurológica**. Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. 2017.

SOTO, B.; TEREZINHA, K. A.; MOERBECK, F.; FRANCO, S.; REZENDE, M. **O uso de psicofármacos e/ou psicotrópicos: uma revisão integrativa**. New Trends in Qualitative Research. v. 8. 2021.

SOUTO, K.; MOREIRA, M. R. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres.** Saúde debate 45. 2021.

SOUZA, L. K. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** Arquivos Brasileiros de Psicologia. v. 71, no. 2. Rio de Janeiro. 2019.

RODRIGUES, C. M. L. A mulher no trabalho doméstico e nos cuidados com a família. Caderno Humanidades em Perspectivas. Curitiba, v. 7, n. 18, p. 48-61. 2023.

SANTOS, A. B. **Escuta qualificada como ferramenta de humanização do cuidado em saúde mental na Atenção Básica.** APS em revista. Revista da Rede de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde. v.1, no 2. 2019

SCHMIDT, E. **Charcot e a Escola da Salpêtrière: a afirmação de uma histeria neurológica.** Doutorado em Psicologia. Universidade Federal de Juiz de Fora - MG. 2017.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** Educação & Realidade, Porto Alegre, v. 15, n. 2, p. 71-99. 1990.

SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada** – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

SELBAC, M. T.; FERNANDES, C. G. C.; MARRONE, L. C. P. M.; VIEIRA, A. G.; SILVEIRA, E. F.; MARTINS, M. I. **Mudanças comportamentais e fisiológicas determinadas pelo ciclo biológico feminino - climatério à menopausa.** Universidade Luterana do Brasil. Canoas/RS. Aletheia v.51. 2018.

SILVA, N. F. Historicizando as masculinidades: **Considerações e apontamentos à luz de Richard Miskolci e Albuquerque Junior.** Revista do programa de pós-graduação em história - UNB. Brasília, vol. 1, número 5. 2015.

SILVEIRA, F. DE. A.; FURLAN, R. (2003). **Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia**. *Psicologia USP*, 14(3), 171-194. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n3/v14n3a12>

SZASZ, T. **Ideologia e doença mental - Ensaio sobre a desumanização psiquiátrica do homem**. Rio de Janeiro: Zahar. 1980.

TABET, L. P., MARTINS, V. C. S., ROMANO, A. C. L., DE SÁ, N. M., GARAFFA, V.. **Ivan Illich: Da expropriação à desmedicalização da saúde**. *Saúde debate*; Rio de Janeiro 41(115): 1187-1198, Out.-Dez. 2017.

TABET, L. P. **Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde**. Artigo em Português | LILACS-Express | LILACS | ID: biblio-903949 Biblioteca responsável: BR430.1. 2017.

TREVISAN, J. S. **Seis balas num buraco só: a crise do masculino**. 2. ed. Revista Ampliada. São Paulo: Companhia das Letras. 2021.

UHR, D. **A medicalização e a redução biológica no discurso psiquiátrico**. Lipis: Revista eletrônica. 2012.

VIALE, G. **A raiz do patriarcado e o conceito de propriedade privada**. Instituto Humanitas Unisinos. 2018.

WIGG, C. M. D. **A relação entre depressão, ansiedade, ideação suicida, estresse e sono em mulheres na pós-menopausa**. Tese de doutorado. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 2020.

WITTIG, M. **O pensamento heterossexual**. 1a edição. Belo Horizonte, MG: Autêntica. 2022.

YOSHIMURA, S. da S. S; RODRIGUES, C. M. L. **A mulher no trabalho doméstico e nos cuidados com a família**. *Cadernos Humanidades em Perspectivas*, Curitiba, v. 7, n. 18, p.48-61. 2023.

ZANELLO, V.; BUKOWITZ, B. **Loucura e cultura: uma escuta das relações de gênero nas falas de pacientes psiquiatrizados**. Labrys estudos feministas. 2011/2012.

ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. **A Saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica**. In: Zanello, V.; Andrade, A., P., M. (Org.) *Saúde Mental e gênero - Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, pp 41-58. 2014.

ZANELLO, V.; FIUZA, G.; COSTA, H. S. **Saúde Mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico**. Fractal: Revista de Psicologia, v.27, número 3, p. 238-246. 2015.

ZANELLO, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação* (1a ed.). Curitiba. Appris. p.19-45-46.

ZAVERI, A. **A Análise de conteúdo versus análise temática: um olhar mais atento**. Mind the Graph. 09/07/2023.

ZIMMERMANN, D. E. **Os quatro vínculos [recurso eletrônico]: amor,ódio, conhecimento, reconhecimento na psicanálise e em nossas vidas**. Porto Alegre: Artmed. 2010.

ZORZANELLI, R. T., & CRUZ, M. G. A. (2018). **O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970**. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 22(66), 722. <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0194>.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Artigo publicado no livro “Processos Psicossociais e de Subjetivação na Contemporaneidade: implicações políticas, éticas e estéticas”. GALINDO, D. C. G; NAVASCONI, P. V. P. (orgs.). Gradus Editora, 2024.

Relações conjugais, mulheres e dispositivos de poder

Buscamos contextualizar os dispositivos de poder, em particular os de gênero, a partir de determinados recortes históricos, como o período entre colônia e república no Brasil e períodos da modernidade na Europa. Tal contextualização focará nas relações conjugais, nas quais o casamento se coloca como instituição convenientemente valorizada, responsável por tensionar a condição da mulher como sujeito na sociedade, observando-se o assujeitamento desta às relações de poder entre os gêneros.

O dispositivo de poder na história dos casamentos

As relações conjugais, mais propriamente a instituição do casamento, tem sido palco de incompatibilidades, interesses diversos e disputas, revelando-nos que não se constituem apenas a partir do amor entre duas pessoas, mas são também influenciadas por toda a sociedade e suas regras, por meio de dispositivos que atuam no eixo do saber-poder em torno da sexualidade. Como nos desafia Goldman (2016, p.128): “Casamento e amor não possuem nada em comum; são tão apartados como polos opostos; e são, com efeito, antagônicos entre si”.

Foucault, em seu estudo histórico-filosófico, contribui com a noção da construção de um sujeito moderno submetido aos jogos da verdade, implicado numa problematização ética e política da sexualidade. Neste aspecto, o autor não se ocupa do espaço macro do estado e dos soberanos, mas do campo empírico do micropoder produzido nas micro relações, dentro das famílias, das instituições e da sociedade, a partir da discursividade a respeito dos corpos, de forças que partem de um jogo teatral de palavras (Foucault, 1996).

Entrar em contato com leituras críticas sobre o passado, para entender novas formas de existência, a partir dos operadores foucaultianos, orienta-nos a situar a conjugalidade num cenário de poder e discursividade sobre as relações. Nessa direção Foucault (1996) informa nos sobre seu trabalho:

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por

função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu conhecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade (Idem, p. 8).

D’Incao (2004, p.189) situa a importância do casamento no Brasil do século XVIII e XIX como forma de manutenção da família e da sociedade: “A vida burguesa reorganiza as vivências domésticas. Um sólido ambiente familiar, lar acolhedor, filhos educados e a esposa dedicada ao marido e sua companheira na vida social são considerados um verdadeiro tesouro”, um poderoso recurso de gênero centralizado nas mãos do patriarca, detentor do corpo da esposa por contrato de casamento, e das escravas por posse de compra (Beauvoir, 1949/1960), compondo um sistema de valores morais nas relações entre indivíduo e sociedade no Brasil nos planos público e o privado (Miskolci, 2013).

Pimentel (2007) destaca no Brasil colonial o sentido do casamento legal, como solução ao desregramento moral, avaliado pela Igreja e pelo Estado, que impõe uma legislação com o interesse na normatização da sociedade. O casamento legal, como elemento normatizador das relações sociais, divisor de água entre a sexualidade lícita e ilícita, diferenças de gênero e de etnia, passa a representar aspectos constitutivos da maneira de ver o mundo da época.

Miskolci (2013) enfatiza num passado autoritário no Brasil, particularmente no período de transição colônia-república, um caráter biopolítico do projeto de nação brasileiro e a aplicação de um conjunto de saberes e práticas sobre a vida, sendo as mulheres submetidas ao agenciamento de seus corpos para que o desejo da nação tivesse seu lugar. Rago (apud Miskolci, 2013, p.1) esclarece-nos sobre o desejo neste momento histórico: “Em outras palavras, trata-se dos meios e dispositivos pelos quais se ensina o que cada um deve querer, gostar, valorizar, desejar, amar e pensar...”

Foucault (1988) admite que as relações de sexo tenham dado lugar em toda a sociedade a um dispositivo da aliança: sistema de matrimônio, de fixação e desenvolvimento de parentescos, de transmissão dos nomes e dos bens. Técnicas disciplinares atuavam no Brasil desde os primórdios da colônia, ao ser aplicada uma legislação “civilizatória” baseada no imaginário hegemônico, considerando um país habitado por um povo dominado pelos vícios da lascívia, precisando ser moralizado contra ação do demônio, trouxe o casamento como instrumento disciplinar dos corpos e dos costumes (Pimentel, 2007).

A Igreja se apropriou do argumento de superioridade masculina para o adestramento de mulheres, muito ancorado num saber sobre corpos destinados a pagar pelo erro de Eva, que teria levado Adão ao pecado, e, portanto, tirado na humanidade futura a possibilidade de

gozar da inocência paradisíaca (Araújo, 2004). O método genealógico de Foucault, ao analisar a forma como a sexualidade e a subjetividade desenvolvem uma rede de saber e poder (Foucault, 1988), possibilita a partir da construção de estereótipos machistas, uma análise crítica sobre a construção de uma verdade fictícia sobre os corpos.

Foucault (1988) aponta a prática do dispositivo da aliança, até o século XVIII, com o objetivo de reproduzir a trama de relações e manter a lei que as rege, e nomeia dispositivo da sexualidade uma extensão permanente dos domínios e das formas de controle. O autor descreve as práticas do dispositivo da aliança nos eixos marido e mulher e pais e filhos, contribuindo para o desenvolvimento dos principais elementos do dispositivo da sexualidade e ampliando seu sentido de controle social baseado na histerização do corpo da mulher. Este corpo é, então, patologizado, na construção de uma representação de mulher nervosa que precisa de cuidados porque é responsável pela reprodução.

A noção de dispositivo

O conceito de dispositivo para Foucault parte da ideia de mobilidade, mais do que estrutura fixa. Sugere a construção de verdades em regimes de enunciação, ou seja, ideias que se repetem e se tornam verdades pela repetição, constituindo assim sujeitos (Foucault, 1988). Como uma dobradiça, o dispositivo permite a articulação de linhas de força e resistência. No caso das relações conjugais, estas assumem um papel equivalente ao dispositivo da sexualidade ocupando-se na história com a produção de gênero, pensando-se na produção de performances como o “que é ser uma mulher de verdade” e o que “é ser um homem de verdade”.

Deleuze (1976, p.1) descreve os dispositivos como “máquinas de fazer ver e de fazer falar”, e estes:

têm por componentes linhas de visibilidade, linhas de enunciação, linhas de força, linhas de subjetivação, linhas de brecha, de fissura, de fractura, que se entrecruzam e se misturam, acabando por dar uma nas outras, ou suscitar outras, por meio de variações ou mesmo mutações de agenciamento (Idem, p.3).

Atravessamentos da cultura e apropriação de verdades sobre os corpos, racismo, misoginia, o engendramento do binarismo e estereótipos de performance de gênero, determinantes da construção do que as mulheres vão entender a respeito de si mesmas, definem seus processos de subjetivação. Agamben (2009) compreende um ilimitado

crescimento de dispositivos no nosso tempo, correspondendo à disseminada proliferação de processos de subjetivação, o que pode produzir a impressão de que a categoria da subjetividade no nosso tempo vacila e perde a consistência. Nesse sentido pode ser produzido um mascaramento, que sempre acompanhou toda a identidade pessoal.

O dispositivo amoroso

Ariés (1978) destaca que na Europa pré-renascimento o sentimento entre os cônjuges, e entre pais e filhos, não era necessário à existência ou ao equilíbrio da família, mas se existisse tanto melhor, já que a família era restrita à conservação de bens, à prática comum de um ofício e à ajuda mútua entre o homem e a mulher para a sobrevivência.

A modernidade, como empreendimento capitalista, inaugura o amor romântico como poderosa invenção, capaz de colocar homens e mulheres na perspectiva do casamento, num imaginário forjado entre a fantasia e a realidade, cujo projeto tende a culminar no casamento como lugar de acordos e confinamento das mulheres, que se tornam símbolo de respeitabilidade. Tais acordos permitiam que os homens conservassem distância da intimidade, e mantivessem a situação do casamento como objetivo primário das mulheres (Giddens, 1993).

A experiência de ser mulher, em se dedicar à reprodução e aos afazeres domésticos, em se submeter a todas as expectativas sobre “o que é ser uma mulher de verdade”, acaba por impactar diretamente a sua saúde mental no horizonte dos afetos. Zanello (2018) vai dizer que na contemporaneidade há uma pedagogia afetiva e performática fazendo parte de um “tornar-se pessoa”, membro de um grupo, em determinada cultura, por meio daquilo que ela denominou dispositivo amoroso. Tal dispositivo, segundo a autora, é responsável pelo maior fator de desempoderamento das mulheres e empoderamento psíquico para os homens.

Zanello (2018) esclarece-nos que os sentimentos não são naturais, mas configurados culturalmente, e que há mecanismos sociais e políticos que interpelam determinadas performances e formas de sentir, em momentos históricos e sociedades específicas. A respeito do amor a autora refere-se às palavras de Lipovetsky:

O amor não deixa de ser um dispositivo que se edificou socialmente a partir da desigualdade estrutural dos lugares dos homens e das mulheres (...) ao longo da história, os homens e as mulheres não atribuíram ao amor o mesmo lugar, não lhe conferiram nem a mesma importância nem o mesmo significado (...) o amor no masculino não é senão uma ocupação entre outras, ao passo que, no feminino, preenche a sua existência (Zanello, 2018, p.81).

Féres-Carneiro (1998) retoma a relevância institucional do casamento colocada por Berger e Kellner (1970), os quais relembram que, desde Durkheim, é um lugar-comum na sociologia familiar dizer que o casamento serve como proteção à anomia do indivíduo, permitindo que ele experimente a vida com um sentido num contexto de relações validadas pelos adultos na sociedade.

Para as mulheres o amor diz respeito à sua identidade, como uma expressão vital, sendo que elas se submetem às “prateleiras do amor”. Tal conceito trazido por Zanello (2018), traduz uma metáfora do assujeitamento de mulheres que se disponibilizam para a aceitação dos homens, disputando lugares dentro de uma hierarquia valorativa da sociedade, entre mulheres jovens, velhas, bonitas, feias, brancas e negras, etc. Para tal, as mulheres se submetem a um ideal de beleza e estética para serem validadas pelos homens, e subjetivam se na relação umas com as outras a partir da rivalidade.

As mulheres não percebem, muitas vezes, as redes de poder/saber na qual estão inseridas, ou na realidade do machismo ou da misoginia, permanecendo numa posição de assujeitamento. Brasilino (2011, p.80) nos lembra sobre a subjetivação das mulheres:

O processo de subjetivação consiste das práticas e processos heterogêneos que permitem aos seres humanos se relacionarem consigo mesmos e com os outros sujeitos. A história da subjetivação é composta das práticas e técnicas que localizam os seres humanos em regimes de pessoa. Tais regimes são particulares e sua análise precisa dar conta da diversidade de linguagens possíveis. A pessoa é entendida como o alvo de uma multiplicidade que não pode ser capturada ou diagnosticada pela ciência psi, por exemplo.

O debate de gênero é relevante, assim como lugar social das mulheres, mas observando a realidade da conjugalidade, e dos arranjos que o conceito pode delinear, suscitam a análise do amor e do uso da sexualidade na ordem emocional da vida das mulheres e dos homens, na possibilidade de um sentimento puro, de igualdade sexual e emocional (Giddens, 1993).

Terezinha Féres-Carneiro (1998, p.1) situa-nos acerca da conjugalidade:

Costumo dizer que todo fascínio e toda dificuldade de ser casal, reside no fato de o casal encerrar, ao mesmo tempo, na sua dinâmica, duas individualidades e uma conjugalidade, ou seja, de o casal conter dois sujeitos, dois desejos, duas inserções no mundo, duas percepções do mundo, duas histórias de vida, dois projetos de vida, duas identidades individuais que, na relação amorosa, convivem com uma conjugalidade, um desejo conjunto, uma história de vida conjugal, um projeto de vida de casal, uma identidade conjugal.

Na divisão afetiva das funções na modernidade, Giddens (1993) coloca que os homens ficaram especialistas em técnicas de sedução e conquista, já que o objetivo dos homens se

limitava apenas à concretização do casamento. Assim, a conjugalidade ficou restrita à necessidade das mulheres em suavizar a natureza rude do amado, que se mantinha frio e distante até que seu coração fosse conquistado.

O equívoco em considerar o casamento como um encontro entre iguais está presente em algumas teorias apaziguadoras, de várias abordagens sobre o tema. De fato, não foi construído para as mulheres um campo crítico de um Outro opressor, diferentemente dos negros escravizados, dos judeus em diáspora, ou dos trabalhadores explorados pelo capital e observados por Marx, já que as mulheres estiveram sempre ao lado dos homens, invisibilizadas nas suas próprias questões (Beauvoir, 1949/1960).

Goldman (2016) compara o casamento a um arranjo com retornos insignificamente pequenos se comparados aos investimentos, no qual a esposa paga com seu nome, com sua privacidade, com sua autoestima e com sua própria vida. Condenada ao parasitismo, à mais completa inutilidade individual e social, sendo que “o homem também paga a sua quota, mas como sua esfera é mais ampla, o casamento não o limita tanto quanto à mulher. Ele sente suas correntes pesarem num sentido mais econômico” (Idem, p.129).

Giddens (1993) descreve um abismo emocional entre os sexos, com a perda do controle dos homens sobre as mulheres, de forma a emergir o caráter compulsivo da sexualidade masculina, e um fluxo crescente de violência sobre as mulheres. As mulheres dentro do universo das relações conjugais, muitas vezes restritas às tarefas domésticas e à reprodução, assumem uma posição fluida na qual seu conjunto de referências é o mesmo que o de seus agressores (parceiros), e “embora se queixando da violência que sofrem, não conseguem (muitas vezes) negar a ordem moral que legitima tal violência (Brasilino, 2011, p.86). A relação estabelecida com aquele que agride é também de intimidade “um laço que supõe uma tensão, mas também uma simbiose entre ódio e amor” (Gregori, 1993, p.196, apud Brasilino, 2011, p.86).

Além disso, muitas mulheres costumam entender a violência sofrida como destino ou fatalidade, da qual só se escapa por sorte, mas que pode acontecer sempre em suas vidas. Também acontece de as mulheres acharem que são culpadas pela agressão sofrida e se envergonharem, sem perceber que se trata de um fenômeno social e cultural que acontece no mundo todo e não resulta apenas de problemas pessoais (Schraiber *et al.* apud Lima, 2010).

Numa perspectiva diversa de outros estudos, na tentativa de se esquivar dos antigos contornos conjugais, Bauman (2004) propõe que a sociedade contemporânea teria optado por

amores líquidos, no qual “o compromisso a longo prazo é a maior armadilha a ser evitada no esforço por relacionar-se”(Bauman, 2004, p.14) , de forma que no fracasso da promessa do amor romântico, “casais semi-separados merecem louvor como revolucionários do relacionamento que romperam a bolha sufocante dos casais”(Idem, p.14), criando assim modificações na equação entre dois seres e duas incógnitas num mundo de sobrevivência e sentimentos descartáveis.

Por fim, para Bauman (2004), a modernidade líquida é uma transformação na sociedade onde os formatos se alteram, mas não a essência, onde a tecnologia se transforma, mas não as expectativas que continuam conservadoras, as relações são descartadas porque não cumprem as expectativas.

Apropriação de gênero para dominação

A produção de gênero das mulheres e homens no casamento é fundamental para a manutenção da instituição e seu funcionamento. A modernidade mantém a ideia de gênero como construção de uma identidade estática, debilmente construída no tempo, com a ideia de indivíduos ontologicamente constituídos biológica e culturalmente no binarismo, e na cisheterossexualidade (Butler, 2016).

A partir do século XVIII, a medicina se incumbiu de manter a ordem social por meio do que seriam, então, consideradas verdades sobre os corpos, adotando diferenças sexuais entre homens e mulheres em função de características biológicas, já que ambos eram considerados do mesmo sexo desde os gregos. Laqueur (2001) propõe que a diferenciação sexual, permitiria também a diferenciação entre homens e mulheres, julgando-as incapazes em função da sua função reprodutiva, cuja ideia seria amparada por uma biologia como fundamento epistêmico das afirmações consagradas sobre a ordem social.

Saffioti (1976) também destaca o papel da psicanálise no final do século XIX, com sua perspectiva sexual e de gênero, chegando mesmo a ter repercussões sobre a moral social ordenadas por aspectos biológicos. Fatores sexuais relacionados à personalidade humana foram capazes de criar um sistema de valores falocêntricos, cujo sentido só tem existência no tempo histórico. A autora descreve as palavras de Freud (1948) sobre a condição da mulher:

(...) Enfim, a constituição anatômica é o determinante essencial do comportamento manifesto e não-manifesto do elemento feminino e se expressa na incapacidade de formar um superego apto a alcançar a robustez e a independência que lhe conferem seu valor cultural, na negação do seu sexo, no exagero obstinadamente rebelde de sua masculinidade; na manutenção e sua

atividade clitoriana; no narcisismo; na vaidade; na necessidade de ser amada mais do que 141
Relações Conjugais, Mulheres e Dispositivos de Poder amar; na sua menor capacidade de
realização intelectual; no seu desejo de independência etc., traços de personalidade feminina que
funcionem como compensação de seu defeito anatômico básico (Saffioti, 1976, p.165).

Freud no século XIX, ao patologizar a mulher histérica não reconhece nela seu caráter de portadora de uma feminilidade historicamente situada no sofrimento e no adoecimento. Desta forma a psicanálise não tinha uma compreensão dos prejuízos causados pela subordinação da mulher ao homem, uma condição hoje relativa ao comprometimento da saúde mental das mulheres ao se submeterem a performances sociais que lhe são impostas, sendo que o comportamento histérico é valorizado, pois situa a mulher na sua performance mais aceita na sociedade, colocar-se na posição feminina frente ao homem (Kehl, 2008).

Ao mito da vassalagem feminina, habilmente nutrido até os dias atuais, Freud acrescentou o mito da passividade. Assimilando o ativo ao viril e o passivo ao feminino, a Psicanálise freudiana legitimou cientificamente o velho mito, promovendo sua ampla aceitação nas sociedades baseadas na ciência e na tecnologia científica. Assim, acabou o mito da passividade feminina transformando-se numa verdadeira profecia auto-realizadora (Saffioti, 1976).

Com efeito, a própria mulher passa a acreditar na sua passividade como propriedade ontológica da personalidade, uma verdade produzida pela ciência, principalmente a partir de estatísticas oficiais no século XIX com sua atenção a uma perspectiva moral das práticas sociais e patologias, refletindo a noção de um nominalismo dinâmico e classificatório, que determina a existência do sujeito a partir do momento em que é inventado (Hacking, 1995)

Silveira & Furlan (2003) enfatizam o caráter classificatório de algumas abordagens da psicologia, que propõem conhecer a natureza do que pode ser o louco, o normal, o anormal, ou o homossexual, dando-lhe assim um lugar social, “inserindo-o numa rede de agenciamentos e de discursos para seu controle, ou percepção estratégica de suas mutações e de seus deslocamentos constantes a partir daí” (Silveira&Furlan, 2003, p.190).

A conjugalidade, na roupagem de um matrimônio, ganha destaque na modernidade como o pensar o corpo como um campo de assujeitamento e resistência. A ideia de retomar histórica e filosoficamente o sujeito moderno diz respeito a compreensão de um momento que se reproduz até a contemporaneidade, uma forma específica de poder na subjetividade das mulheres e consequentemente no modelo das relações conjugais. Kehl (2007) coloca que o que é específico no caso das mulheres, tanto em sua posição subjetiva quanto em sua condição social, é a dificuldade que enfrentaram e enfrentam em deixar de ser objetos de uma

produção de saberes de grande consistência imaginária, a partir da qual foi se estabelecendo a verdade sobre a sua “natureza”.

Mulheres, trabalho e autonomia material

A história da sociedade ocidental sofre um epistemicídio, a partir da ocultação do sentido de submissão das mulheres pelos homens para a operação do capitalismo. O processo apenas é contrariado quando se mostram capazes de trazer uma consciência diferente de si, para além do instituído, principalmente ao perceber-se a partir das relações conjugais, uma experiência bastante profunda para as mulheres, capaz de comprometer sua vida como um todo, neutralizar sua energia para produzir autonomia material. Saffioti (1996) aponta-nos a condição de autonomia da mulher, mesmo na fase capitalista da república, de forma atrelada à condição de subalternidade ao homem, porque acompanha o mesmo ordenamento do Brasil-colônia. Envolvida de forma naturalizada com trabalhos no lar, relacionados ao cuidar 142 Processos Psicossociais e de Subjetivação na Contemporaneidade e todo o trabalho doméstico, sem a devida remuneração, e a existência de uma precarização das condições de trabalho nos meios de produção, acabam por empurrar a mulher para o casamento como única alternativa possível. Sousa & Guedes (2016, p.124) definem a divisão social do trabalho:

A não consideração dos afazeres domésticos como trabalho silenciou e tornou invisível, por muito tempo, relações assimétricas e de poder entre os sexos. Como as atividades domésticas eram baseadas nos vínculos de casamento e reciprocidades parentais, as relações de subalternidade e opressão entre os sexos ficavam escondidas na cumplicidade familiar, que reserva às mulheres o amor e cuidado à família, e ao homem a provisão financeira.

Saffioti (1996) considera que a mulher participou, desde a era medieval, na atividade econômica realizada pelo marido. Com a entrada do capitalismo, os meios de produção e o seu monopólio se colocaram nas mãos de poucos, sendo a sociedade e as famílias, em grande parte destituídas de estabilidade. A autora nos descreve:

O aparecimento do capitalismo se dá, pois, em condições extremamente adversas à mulher. No processo de individualização inaugurado pelo modo de produção capitalista, a mulher contaria com uma desvantagem social de dupla dimensão: no nível superestrutural era tradicional uma subvalorização das capacidades femininas traduzidas em termos de mitos justificadores da supremacia masculina e, portanto, da ordem social que a gerara; no plano estrutural, a medida que se desenvolviam as forças produtivas, a mulher vinha sendo

progressivamente marginalizada das funções produtivas, ou seja, periféricamente situada no sistema de produção (Saffioti, 1996, p.18).

Abdalla (2015) situa a questão do trabalho para as mulheres como preocupação dos movimentos organizados em torno das desigualdades das mulheres, dividida entre as possibilidades de as mulheres acessarem o mercado de trabalho, inserindo-se na gama de atividades socialmente reconhecidas, mas também quanto ao debate sobre o trabalho doméstico não remunerado exercido por essas mulheres. Federici (2012/2019) propõe a análise marxiana do trabalho não remunerado, compreendendo que a casa e o trabalho doméstico não são estranhos ao sistema fabril, mas sim sua base, o que deslocaria os protagonistas da luta de classes não apenas entre o proletariado industrial masculino, mas sobretudo entre os escravizados, os colonizados e a massa de trabalhadores não remunerados como a mulher, sujeito da (re)produção da força de trabalho.

Quanto à relação da mulher com o trabalho na era capitalista, Abdalla (2015, p.1) esclarece-nos: No primeiro ponto, temos como principal conquista a inserção das mulheres no mercado de trabalho ao longo das últimas décadas. Essa inegável vitória, longe de selar a questão, abre um leque de novas preocupações. Por um lado, as mulheres ganham novos direitos, ampliam sua possibilidade efetiva de autodeterminação e acessam a esfera pública, participando da comunidade política e dando passos em direção à cidadania plena. Por outro, sua posição no mercado não resulta tão simplesmente em novas liberdades, mas também em renovadas clivagens, agora dentro do emprego formal, a serem superadas – por exemplo, a diferença de pagamento, a segmentação das funções e profissões por gênero e os efeitos dessa segmentação em termos de status, etc.

Federici (2019) defende a proposta da remuneração para o trabalho doméstico, e aponta sua crítica à Esquerda, que considera a inserção das mulheres no mercado de trabalho como objetivo da luta de emancipação, considerando o salário como a linha divisória entre o trabalho e o não trabalho, ou sobre a energia potencial e a impotência. O trabalho doméstico e a reprodução realizados pelas mulheres, chamados trabalhos reprodutivos por Federici (2019), tantas vezes criticado pelo seu caráter de subserviência e discriminação, é sem dúvida, também, um capital de manutenção da sociedade por reunir características de humanidade, afetividade e saúde. A autora tem um entendimento de que a reprodução de seres humanos é o fundamento de todo o sistema político e econômico, assim como, a imensa quantidade de trabalho doméstico remunerado e não remunerado realizado por mulheres dentro de casa, é o que mantém o mundo em movimento. Porém, para além das questões capitalistas, algo se colocou para a autora no campo prático e emocional da sua experiência familiar amorosa, na

forma de um duplo caráter do trabalho, não apenas de subordinação, mas de luta, com o qual é possível a realização de desejos, na produção de nossa existência, na capacidade de cooperação, criando assim um mundo de educação, criatividade e cuidado.

bell hooks (2021, p. 13) sugere que: “O trabalho quando percebido como um fardo, por se realizar em empregos ruins, em vez de aprimorar a autoestima, deprime o espírito. Como lidar com essa questão se a maioria de nós não pode fazer o trabalho que ama?”. A autora propõe que uma das formas de obter satisfação será nos comprometemos totalmente com o trabalho a ser realizado, seja ele qual for: “Quando trabalhamos com amor, renovamos nosso espírito, e essa renovação é um ato de amor-próprio que alimenta nosso crescimento” (hooks, 2021, p.13). “É o amor-próprio que garante que nossos esforços amorosos com outras pessoas não falhem” (idem, p.13).

Saffioti (1976) considera o trabalho em domicílio, e sua aparente integração social da mulher na sociedade, como a constituição de uma capa de marginalização e o disfarce de sua heteronomia, para seres socialmente deserdados, acorrentados ao mito de sua subordinação, uma vez que pontua a importância do trabalho feminino independentemente do retorno financeiro. Federici (2019) avalia que a família representa a institucionalização do trabalho não assalariado e da dependência das mulheres dos homens e, conseqüentemente, a institucionalização da divisão desigual do trabalho, que torna homens dependentes dos seus empregos e mulheres dependentes dos homens, e que ainda que a mulher também seja assalariada, seu emprego é apenas uma extensão do trabalho doméstico, já que os salários pagos às mulheres são baixos e o trabalho doméstico no retorno ao lar está garantido.

Considerações Finais

Refletir sobre os atravessamentos do poder sobre as mulheres nas relações conjugais, implica em reconhecer-se num emaranhado de linhas de forças, de inúmeros outros dispositivos além dos descritos neste trabalho. Percebemos que existe a necessidade de um aprofundamento sobre o tema, de importância crucial, já que causa impacto na vida de todas as pessoas e em todos os espaços de forma contundente, considerando-se uma problemática política e de saúde mental, a partir de processos de opressão e desempoderamento das mulheres.

Historicamente, na esmagadora maioria do tempo, as mulheres estiveram em situação de subalternidade em relação aos homens, e aos propósitos da sociedade, de forma consciente

e inconsciente, a partir de dispositivos de poder e atravessamentos no nível da sua realidade material e afetiva; de forma conduzida pelos discursos, mas também de interesses do capitalismo de modo encadeado.

Mostram-se necessárias reflexões sobre os novos arranjos conjugais surgidos na contemporaneidade, reveladores de transformações subjetivas significativas, como a negação do modelo tradicional de casamento, e dos contornos relativos aos direitos e deveres das pessoas. Um sentimento crítico se manifesta gradativamente em relação a formas equivocadas dos relacionamentos, e se abrem perspectivas amorosas, e um maior senso de reflexão e interiorização das pessoas sobre os relacionamentos conjugais.

Referências Bibliográficas

AGAMBEN, G. **O que é um dispositivo?** In: G. Agamben. O que é o contemporâneo? e outros ensaios . Chapecó: Argos. 2009

ABDALLA, J. de S. **Reconhecimento, Redistribuição e Equidade de Gênero: O trabalho doméstico na teoria social contemporânea.** Dissertação de mestrado em sociologia. Unicamp. 2015.

AKOTIRENE, CARLA. **Interseccionalidade.** Feminismos Plurais. São Paulo : Sueli Carneiro. Pólen. ISBN 978-85-98349-69-5. 2019.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família.** 2a edição. Rio de Janeiro. Guanabara, 1986.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos.** Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2004.

BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo.** Volume 2. Oficinas gráficas da Edipe. 1960.

BORIS, G. D. J. B. (2012). **As múltiplas facetas do poder nas relações conjugais.** Psicologia & Sociedade, 24(2), 487-490.

BRASILINO, J.. **Relações conjugais violentas: Processos de subjetivação e suas várias obras**. In: Psicologia Social e Pessoaalidade. Abrapso. Rio de Janeiro, 2011.

BUTLER, J. (2016). **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 11a ed.. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016. 288p.

DAVIS, A. **Mulheres, raça e classe** / tradução Heci Regina Candiani. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2016.

DELEUZE, G. **O mistério de Ariana. Cap. O que é um dispositivo**. Tradução e prefácio de Edmundo Cordeiro. Editora Vega. Lisboa. 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

_____ **A Ordem do Discurso**. Edições Loyola. São Paulo. 1996.

----- **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Edições Graal. 7a edição. Rio de Janeiro. 1988.

_____ **História da Sexualidade II; o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro. Edições Graal, 1984. 8 edição.

GIDENNS, A. **A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas**. São Paulo. Editora da Unesp. 1993.

GOLDMAN, E. **O amor e o casamento**. Tradução José Paulo Maldonado de Souza. Cadernos Cajuína, V. 1, N. 3, 2016.

HACKING, I. **The looping effects of Human Kinds**. In: September, D.; Premack, A. J. (Orgs). *Casual Cognition: A Multidisciplinary debate*. Oxford Scholarship online, 1995.

HOOKS, b. **Tudo sobre o amor: novas perspectivas**. São Paulo. Ed. Elefante. 2021.

HOLLANDA, H. B. de. **O pensamento feminista hoje**. Bazar do Tempo, 2020.

IUNG, K. R.; WENDLING, M. I. **A história de nós dois: reflexões acerca da formação e dissolução da conjugalidade**. Psicologia Clínica, vol. 25, núm. 2, 2013, pp. 165-180 Pontificia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio De Janeiro, Brasil.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Relume Dumará. Rio de Janeiro. 2001.

LIMA, G. Q. de. **História de vida e escolha conjugal em mulheres que sofrem violência doméstica**. Dissertação de mestrado— PUCRS. Porto Alegre, 2010.

PIMENTEL, H. U. **A ambiguidade da moral colonial**. Univ. FACE, Brasília, v. 4, n. 1/2, p. 29-63, jan./dez. 2007

PRIORI, M. D. **História das Mulheres**. Capítulo “A arte da sedução: Sexualidade feminina na colônia”. Emanuel Araujo. 7a edição. São Paulo. Contexto: 2004.

PRIORI, M.D. **História das Mulheres**. Capítulo “Mulher e família burguesa”. D’Incao, M. A. 7a edição. São Paulo. Contexto: 2004.

RAGO, M. . **Prazeres da noite. Prostituição e códigos da sexualidade feminina em São Paulo (1890-1930)**. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1991.

RAGO, M. In: SILVA, Zélia Lopes (Org.). **Cultura Histórica em Debate**. São Paulo: UNESP, 1995.

SAFFIOTI, H. I. B. **A Mulher na Sociedade de Classes: mito e realidade**; prefácio de Antônio Cândido de Mello & Souza. Petrópolis, Vozes, 1976.

SEGATO, R. **Contra-pedagogías de la crueldad** I Rita Segato. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Prometeo Libros, 2018.

SILVEIRA, F. A.; FURLAN, R. **Corpo e alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia**. Psicologia USP, 14(3), 171-194. 2003.

SOUSA, L. P.; GUEDES, D. R. A. **A desigual divisão sexual do trabalho: um olhar sobre a última década**. Scielo Brasil. 2016.

ZANELLO, V. (2018). **Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação** (1a ed.). Curitiba. Appris. p.19-45-46. 2018.

Apêndice B - Artigo publicado no livro “Michel Foucault em Ressonâncias no Brasil: por uma ética não fascista”. Organizadores: Flávia Cristina Silveira Lemos, Dolores Cristina Gomes Galindo, Pedro Paulo Gastalho de Bicalho, Aluísio Ferreira de Lima, João Paulo Pereira Barros, Silvio José Benelli, Diego Frank Marques, Cavalcante, Flávio Luiz de Castro Freitas, Deivison Warlla Miranda Sales, Leila Cristina da Conceição Santos Almeida e Mário Tito Barros Almeida. Editora CRV. 2026.

Aspectos interseccionais na medicalização: O uso de antidepressivo em mulheres cisgêneras de meia-idade

Patricia Bellotti - Psicóloga, mestranda do Programa Psicologia e Sociedade da FCL - Unesp, Campus Assis

Fernando Silva Teixeira Filho - Psicólogo, professor adjunto do Depto de Psicologia Clínica e PPG da FCL - Unesp, Campus de Assis

Resumo ⁴

Partindo da perspectiva biopolítica de Foucault (1972, 1988, 2006), sobre a aplicação de dispositivos e discursos de poder que produzem verdades sobre os corpos, Gênero como categoria analítica (Lauretis, 2000, Butler, 2003), que compreende o processo de inferiorização e subalternização da mulher nas relações heteronormativas, raça (Crenshaw, 2002; Collins, 2021), classe (Saffioti, 2001; Azeredo, 2010), e a abordagem teórica de críticos à medicalização (Illich, 1975, Hacking, 2009), pretende-se investigar, a partir da narrativa de mulheres cisgêneras de meia-idade (45-59 anos), vivências e processos de subjetivação que contribuíram durante as suas vidas para que recebessem uma prescrição para o uso de antidepressivos em Unidade Básica de Saúde de São Paulo. Foi utilizado o método da análise temática (Braun e Clarke, 2006) em uma perspectiva interseccional, e, como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semidirigida com perguntas sobre a relação das mulheres e o

⁴ [1] Segundo Bonassi (2017, p.19-20) o termo cisgênero, a partir da década de 1990, foi utilizado no ativismo virtual, em especial pelas pessoas trans e não binárias, ou seja, pessoas que não se identificam total ou parcialmente com o binarismo sexo/gênero atribuído, por exemplo, aos homens e às mulheres. A pessoa cisgênera é aquela que se identifica exclusivamente com o gênero que lhe foi atribuído ao nascimento a partir do sexo genital.

uso do antidepressivo. Destacaram-se 4 (quatro) eixos de análise intercambiantes: 1) A medicalização da vida; 2) O dispositivos amoroso e materno; 3) A violência e a submissão ao homem; 4) A opressão pelo trabalho doméstico.

Introdução

O presente capítulo apresentará análises parciais de uma pesquisa de mestrado, ainda em andamento. Nele, pretendemos analisar a narrativa de cinco mulheres cisgêneras¹ a partir do viés foucaultiano, na qual o sujeito está submetido a dispositivos de poder e assujeitamento. Trata-se de um estudo qualitativo, sendo entrevistadas 3 (três) mulheres negras e 2 (duas) brancas, de meia-idade, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde em bairro periférico na zona sul de São Paulo, SP. Foi critério de inclusão da amostra que essas mulheres fizessem, à época das entrevistas, uso de antidepressivo, prescrito na unidade por pelo menos 6 (seis) meses, fossem casadas ou morando com seus companheiros, e tivessem entre 45 e 59 anos. Não foram considerados critérios de exclusão a presença de distúrbios cognitivos ou alterações severas de humor, uma vez que ainda na presença deste tipo de quadro, as entrevistadas poderiam fornecer dados importantes para a pesquisa.

Segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (2019), as mulheres cisgêneras são as principais usuárias de medicamentos psicotrópicos no Brasil. Embora o recorte por classe e território não seja sempre explícito, estudos apontam que mulheres negras e periféricas têm maior probabilidade de receber prescrições de antidepressivos e ansiolíticos em contextos de sofrimento social.

Assim, em função dos elevados índices de diagnósticos psiquiátricos, e processos de medicalização entre mulheres cisgêneras, especialmente aquelas pobres, periféricas e racializadas, que apresentam maior vulnerabilidade social, delimitamos nossa amostra nesta população caracterizada. Tais mulheres enfrentam ambientes marcados pela violência, sobrecarga de responsabilidades e experiências de solidão. Ao convocamos também mulheres casadas, ou morando com seus companheiros, procuramos verificar nas relações conjugais, um campo específico dos conflitos, porque concentram, de forma íntima e cotidiana, os efeitos das construções sociais sobre papéis de gênero, poder e afetividade, com a distribuição desigual dos papeis sociais.

A Medicalização

O sociólogo Peter Conrad (1975) definiu a medicalização como o processo pelo qual problemas não médicos passam a ser tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou distúrbios, visão crítica complementada por Ivan Illich (1975), que via a medicalização como uma forma de expropriação da autonomia individual. Na perspectiva de Illich (Idem), em vários momentos ao longo da sua vida, o indivíduo submete-se a cuidados e técnicas variadas, com a expectativa de uma cura e um alívio, que nem sempre são alcançados.

Illich é um personagem que instiga a reflexão e incentiva a busca pela autonomia e a decolonialidade do poder e do saber, em um cenário repleto de protagonistas dominadores, que se intitulam detentores do tão desejável elixir ou bálsamo, que as pessoas tanto buscam (Tebet, 2017). Nessa perspectiva, sobre o efeito da medicalização:

A medicalização da vida é malsã por três motivos: primeiro, a intervenção técnica no organismo, acima de determinado nível, retira do paciente características comumente designadas pela palavra saúde; segundo, a organização necessária para sustentar essa intervenção transforma-se em máscara sanitária de uma sociedade destrutiva, e terceiro, o aparelho biomédico do sistema industrial, ao tomar a seu cargo o indivíduo, tira-lhe todo o poder de cidadão para controlar politicamente tal sistema. A medicina passa a ser uma oficina de reparos e manutenção, destinada a conservar em funcionamento o homem usado como produto não humano. Ele próprio deve solicitar o consumo da medicina para poder continuar se fazendo explorado. (Illich, 1975, p.6).

Segundo o Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos do Ministério da Saúde (2019), a banalização do uso de medicamentos requer atenção, já que leva a sociedade à medicalização, termo complexo e polissêmico, que envolve um tipo de racionalidade determinista ao desconsiderar a complexidade da vida humana, reduzindo-a a questões de cunho individual, seja em seu aspecto orgânico, psíquico ou em uma leitura restrita e naturalizada dos aspectos sociais. Conforme o Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade: práticas, política e Psicologia (2010, s/ n.):

Entende-se por medicalização o processo que transforma, artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios”. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos. Nesse processo, que gera sofrimento psíquico, a pessoa e sua família são responsabilizadas pelos problemas, enquanto governos, autoridades e profissionais são eximidos de suas responsabilidades.

Os transtornos psiquiátricos aumentam vertiginosamente no Brasil, o que determina consequentemente um número maior de prescrições medicamentosas. Segundo dados do Conselho Federal de Farmácia (2023), a venda de antidepressivos e estabilizadores de humor no Brasil cresceu cerca de 58% entre os anos de 2017 e 2021 (Jornal da USP, 2023). Desde sua introdução no suporte à saúde mental, o uso de psicotrópicos tem representado uma parcela significativa do total de fármacos prescritos na Atenção Básica à Saúde. Geralmente, a maioria dos usuários de tais drogas não é avaliada por um psiquiatra, indicando que muitos usam sem real necessidade (Alves et al., 2022), sendo as mulheres cisgêneras a população que mais utiliza o serviço da Atenção Primária à Saúde (Agência IBGE Notícias, 2020).

Moreno e Almeida (2024) apontam que os antidepressivos são a terceira classe medicamentosa mais prescrita, e, entre os psicotrópicos, são os medicamentos mais utilizados, sendo a maior parte dessas prescrições advindas da atenção primária à saúde (APS), e, em sua maioria, não é realizada por especialistas. Os autores destacam a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, estreitando relações entre a APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), o que redefiniu direitos e estabeleceu novas formas de manejo e alocação de pacientes com transtornos mentais, no entanto um subfinanciamento e limitações no Sistema Único de Saúde (SUS), torna insuficiente as ofertas dos pontos de atenção do RAPS, especializados e não especializados, para atender a dinâmica populacional de cuidado em saúde mental. Ademais, esse cenário torna-se ainda mais preocupante quando se vê a escassez de trabalhos publicados relativos à prescrição de antidepressivos na atenção primária, sobretudo quando esse fenômeno é estudado sob a ótica do médico prescritor (Moreno e Almeida, 2024).

Foucault e o corpo da mulher cisgênera

Segundo Foucault (1988), um dispositivo de saber e poder atua a partir do século XVIII, sobre o corpo da mulher cisgênera, que o qualifica como reprodutora, mas o desqualifica como mulher nervosa, saturado de sexualidade com uma patologia que lhe seria intrínseca ao campo das práticas médicas: a histerização. Surge a figura da histérica, aquela que deflagra a apropriação do capitalismo na sua dimensão corporal, mecanismo pelo qual o corpo se apresenta como vivo, histórico, presente na figura frágil e dócil frente ao médico, representante maior do pensamento racional. Sforzini reflete sobre a importância da histérica:

Ora, existe uma “enfermidade” particular cuja essência parece consistir em uma capacidade infinita de inventar ou de exagerar seus sintomas, de encenar sofrimentos verdadeiros: é a histeria, que certamente é mais uma doença da simulação do que uma simulação de doença (...) Como a medicina pode continuar a ser exercida com honestidade se os próprios corpos se põem a mentir? (Sforzini, 2023, p. 92).

Foucault (1972) contextualiza-nos a respeito do que no século XIX foi chamado de loucura moral, na qual a histeria como patologia procurou classificar mulheres desviantes da norma, como “com má vontade”, ou portadoras de um “erro ético”, quando a sociedade ocidental atravessava um momento de alto desenvolvimento capitalista. Mulheres tiveram seus corpos submetidos ao poder da medicina, e da sociedade patriarcal, que as reprimia emocionalmente ao mesmo tempo que as submetia a invisibilização do trabalho doméstico. Sua autonomia ficaria restrita ao privado, enquanto para o homem se destinava o público e a liberdade.

O tema desta pesquisa convoca uma reconstituição histórica da modernidade, como cenário propício ao individualismo, e ao auto-empresendedorismo, em função de mudanças políticas e econômicas no mundo Ocidental. No século XVIII, com o fim do feudalismo, assim como do controle parcial da Igreja e da monarquia, ocorre um tensionamento gerado por novas instituições capitalistas, como a nova medicina e a psiquiatria, que passam a impor controle e disciplina na forma da microfísica do poder. Michel Foucault (1988), no seu giro epistemológico, propõe que o poder não é uma prerrogativa apenas de um governo, mas também relacional, sendo instaurado a serviço das instituições, porém, utilizando pessoas comuns para, por meio da produção do seu desejo, se ocuparem da construção das normas que vão reger suas próprias vidas.

A noção de corpo na medicina moderna relaciona-se ao paradigma matemático-mecanicista, e a uma concepção de coisa-extensa de René Descartes, que circunscrevem o corpo a uma extensão material, e a alma como algo pensante (Murta; Sanson Junior, 2017). Nesse sentido, um olhar para a totalidade do ser, que envolve questões como a percepção subjetiva ou emocional do sujeito, é descartada. Este caráter dissociativo do eu possibilita a compreensão de uma dinâmica na qual corpo e alma estão submetidos a processos múltiplos de constituição histórica. Corpo e alma, portanto, são interpenetrados de história e articulados através de diferentes contextos discursivos, os elementos co-construtores de múltiplos focos de subjetivação, de forma que se torna imprescindível associá-los ao processo de edificação da própria identidade histórica do indivíduo (Silveira; Furlan, 2003).

Foucault (1988) aponta que a partir da época clássica, se configura uma transformação profunda nos mecanismos de poder sobre a vida e a morte. O que anteriormente era direito do

soberano, como entre os romanos, de dispor sobre a vida dos súditos, como tê-los à disposição para lutar ou morrer em sua defesa, o poder de subtração da vida, se desloca para uma organização de forças, e uma ordenação de um poder sobre a vida e sua manutenção. O autor salienta que o ritual da morte, como nas guerras, dá lugar ao poder para gerir a vida, a partir da vigilância de hábitos, centrada na apropriação do corpo como máquina, e como instrumento de utilidade e docilidade, através da anátomo-política. Nos séculos XVII e XVIII, com a mercantilização, no corpo-espécie, transpassado pela mecânica do ser vivo, e como suporte dos processos biológicos com intervenções e controles reguladores, operaria a biopolítica da população.

Gênero como categoria de análise das relações de poder

O tema desta pesquisa convoca os trabalhos de Michel Foucault (1972, 1988, 2006), adotados como base epistemológica, por abordarem o processo de assujeitamento como forma de poder, no que envolve a sexualidade das mulheres, e sua apropriação pela medicina moderna. O conceito foucaultiano de Biopolítica descreve a aplicação de dispositivos e discursos de poder, produtores de verdades sobre os corpos, pela sociedade, e por instituições, como a Medicina, vindo o conceito de gênero amplificar o seu alcance para o estudo das relações humanas e do feminismo. Ao compreender a ideia de uma subjetividade historicamente construída, combatendo a ideia de que apenas as diferenças sexuais estariam participando da formação de identidades, e que essas seriam fixas e binárias, o conceito de gênero situa as mulheres num processo de inferiorização e subalternização nas relações heteronormativas (Butler, 2003; Lauretis, 1984).

Os processos de subjetivação representam uma forma de complexificar a ideia de uma subjetividade atravessada por influências sociais e culturais. Foucault propõe que uma interioridade identitária constituída (o psicológico), passa a operar como agente de transformação da exterioridade social, num movimento contínuo e dialético de subjetivação, no qual o exterior altera o interior e vice-versa (Ferreira-Neto, 2004).

A perspectiva pós-estruturalista de Foucault, rompe com a tradição científica do século XIX, fazendo uma crítica à visão a-histórica da constituição objetiva do sujeito, situando-o em condições históricas, ao mesmo tempo objetiva e subjetivamente (Weizenmann, 2013). Foucault (1988), propondo a ideia de sexualidade como tecnologia política, responsável por produzir efeitos nos corpos, a partir do discurso sobre eles, não levou em consideração apelos

diferenciados de sujeitos masculinos e femininos. Lauretis (1984) propõe, nesse aspecto, o manejo do conceito de gênero, não como uma propriedade inata nos corpos, como o sexo, mas como a construção de uma representação, assim como a possibilidade da sua desconstrução discursiva.

Butler (1990/2003) desconstrói a noção de sexo, como essencializado e ontologicamente imune às relações de poder, tão performativo quanto o gênero. A autora procede com uma crítica ao patriarcado, e da noção de identidade singular forjada no binarismo masculino e feminino, que nos traz representações previamente equivocadas. A noção do sexo como performativo, é reiterada por práticas sociais, discursos médicos, jurídicos, religiosos, etc., não havendo um “sexo verdadeiro” por trás das expressões de gênero, mas normas que regulam a vivência dos corpos.

As interseccionalidades na análise da medicalização de mulheres

Considera-se que, para viabilizar vozes silenciadas advindas de mulheres negras, brancas e pobres e periféricas, encontradas durante o processo da pesquisa, é necessário incorporar descrições mais precisas da vivência das entrevistadas, apontando estruturas patriarcais, racistas e classistas, como avenidas, que se inter cruzam, gerando impactos específicos nas trajetórias das mulheres (Crenshaw, 2001/2002). Fatores que atravessam a experiência das mulheres, além do gênero, como raça e classe, contribuem para a compreensão da vulnerabilidade das mulheres no contexto da medicalização, e aparecem nos relatos das entrevistadas, embora não tenham sido realizadas perguntas específicas sobre estes marcadores, eles estão representados nos relatos das participantes.

A interseccionalidade investiga relações sociais marcadas pela diversidade e pelo poder, como ferramenta analítica, já que raça, classe, gênero, orientação sexual, nacionalidade, capacidade, etnia e faixa etária são interrelacionadas e moldam-se mutuamente (Collins e Bilge 2016/2021). Crenshaw (2001/2002) aponta a dificuldade de identificar a discriminação interseccional em contextos onde forças econômicas, culturais e sociais silenciosamente moldam o pano de fundo, inviabilizando o sofrimento das mulheres, ao naturalizar aspectos estruturantes da vida, E:

o efeito disso é que apenas o aspecto mais imediato da discriminação é percebido, enquanto que a estrutura que coloca as mulheres na posição de ‘receber’ tal subordinação permanece obscurecida. Como resultado, a discriminação em questão poderia ser vista simplesmente como sexista (se existir uma estrutura racial como pano de fundo), ou racista (se existir uma estrutura de gênero como pano de fundo)
(Crenshaw, 2002, p.176).

Metodologia da pesquisa

Foi utilizada para a presente pesquisa a Análise Temática, método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos (Braun e Clarke, 2006, apud Souza, 2019), cumprindo as seis fases propostas para sua utilização: 1) Familiarização dos dados, 2) Geração de códigos iniciais, 3) Busca de temas, 4) Revisão dos temas, 5) Definição e nomeação dos temas e 6) Produção de relatório.

Foram entrevistadas mulheres cisgêneras de meia-idade (45 à 59 anos), que tiveram sua primeira prescrição para o antidepressivo na UBS da zona sul de São Paulo e residiam com seus maridos ou companheiros, como critérios de inclusão. A amostragem contou com 3 (três) mulheres negras e 2 (duas) brancas, e não houve critérios de exclusão.

Para as entrevistas foi aplicado o seguinte roteiro de perguntas, de caráter semi-estruturado, podendo ser alterado durante as entrevistas considerando a pertinência dos desvios das perguntas.

Questionário:

1. Você poderia me dizer o que te levou a buscar ajuda na UBS?
2. Você poderia me dizer o que você acha que levou o médico da UBS a te prescrever um antidepressivo?
3. Como você se sente após este tempo de uso do antidepressivo?
4. O que mudou na sua vida com o uso do antidepressivo?
5. Você acha que as pessoas da sua família sentiram uma mudança em você após o uso do antidepressivo?

As entrevistas foram transcritas de forma literal, não havendo nenhuma alteração na fala das participantes, exceto alguns erros de linguagem que dificultariam a compreensão dos leitores da dissertação.

Objetivos

2.1 Objetivo Geral:

Analisar os fatores que contribuem para a medicalização de mulheres cisgêneras de meia idade, com prescrição de antidepressivos no SUS.

2.2 Objetivos específicos:

- 1) Identificar mulheres cisgêneras entre 45 a 59 anos com prescrição de antidepressivo em uma UBS da capital paulista;
- 2) Verificar a relação entre estereótipos de gênero, e medicalização na narrativa de vida das participantes da pesquisa;
- 3) Identificar a rede de cuidados e atenção recebida pelas participantes durante o tratamento na UBS.

Análise das entrevistas

Todas as participantes, a partir do questionário com as perguntas disparadoras, desenvolveram um discurso a respeito dos episódios de sofrimento e violência das suas vidas, nos quais se sentiram mais afetadas. Este conteúdo apontou para um sofrimento por múltiplos tipos de violência que originaram a criação de categorias de análise. Destacaram-se 4 (quatro) eixos principais de fatores que atravessam a saúde psíquica das mulheres, contribuindo para a prescrição e uso de antidepressivos: A medicalização da vida, Os dispositivos amoroso e materno, A violência e a submissão ao homem e A opressão pelo trabalho doméstico. Da dissertação de mestrado, destacamos para este artigo, alguns trechos da análise dos relatos das entrevistadas, a partir dos quatro eixos propostos.

Medicalização da vida

Eurídice, antes de iniciar o tratamento com antidepressivo, já fazia acompanhamento com clínico geral, em função de ter o nível de colesterol alto. A participante comenta sobre uma percepção de si, desconectada da visão do médico prescritor, quanto à suas características pessoais:

P: (...) o que te levou a procurar a UBS? Você falou que é um problema de saúde, né? Mas que você estava ansiosa também.

E: Não, eu procurei a UBS na época que eu estava com o colesterol. Eu nem sabia desse, eu nem me percebia, de eu ser acelerada. O médico disse: “Você é muito acelerada, eu vou te passar um (anti) depressivo, assim, assim, assim”. Até então não tinha nem noção, não tinha conhecimento, né, do problema dessa minha correria, de ser tudo rápida, sabe? De não ter hora pra dormir e arrumar tudo, organizar tudo, mania de limpeza. Eu não percebia isso.

5

As subjetividades, em estado permanente de negociação, onde o real é ficcionado por narrativas sobre os corpos, como espaço de poder, criam condições institucionais como a apropriação da corporeidade para dominação. A medicalização promove, assim, uma perda de autonomia psíquica através do discurso. A percepção de si própria pode ser subvertida pela opinião do médico como detentor de um saber-poder, o representante da medicina. Eurídice tem transformadas as suas qualidades pessoais, ou potencialidades, em sintoma, o ser curiosa e inquieta, em Ansiedade.

Enquanto Eurídice passa por inúmeros tipos de sofrimento ligados ao gênero, raça e classe, seu casamento misógino, sérios problemas de saúde, seus e de seus pais que estão longe, falta de emprego que lhe priva de autonomia financeira, o médico lhe prescreve um antidepressivo a partir de uma característica: “ser acelerada”, inserindo-a numa formação discursiva. Ser acelerada, ou agitada, poderia sugerir-lhe “ser mobilizada a agir em direção a suas necessidades”, ou “tomar iniciativas que contribuam para soluções de conflitos”, e não ser ansiosa, como foi definido pelo médico, revelando a penetração da nomeação médica como looping effect^[5] (Hacking, 2002/2009), a partir da noção foucaultiana de biopolítica, quando forças discursivas criadoras são capazes de moldar formas de ser e de estar (Foucault, 1988).

Guida, quando questionada sobre o que a levou ao uso do antidepressivo, expressa sua condição de estresse, devido ao esforço excessivo da dupla jornada de trabalho:

Então, eu passava em consulta de rotina, né? Aí, eu não dormia, eu trabalhava, eu trabalhava em casa, na empresa, né? Na folga, eu ia pra um bico, aí eu comecei a ficar assim, querendo dar conta de tudo, de casa, do trabalho, e aí eu não tava conseguindo dormir, aí eu tinha ansiedade de comer, começava a tremer, aí começava a comer, comer, comer, aí passava (...) Aí, eu acordava cansada, estressada, com o humor lá em cima, xingando, assim, não tinha, acho que não era mais eu, eu estava me vendo outra pessoa. Então, eu tinha até, assim, que as pessoas falavam que eu era louca, que eu não media minhas palavras, entendeu?

⁵ O looping effect, expressão criada por Hacking (1995), refere-se a um movimento gerado pela ciência para criação de categorias. As pessoas ao adquirirem uma crença nestas categorias, moldam suas vidas em torno delas, e a ciência opera ajustando as próprias categorias. A ansiedade não é apenas um fenômeno biológico — é também socialmente construído e reconstruído, na medida em que pessoas diagnosticadas passam a acreditar-se dentro da patologia sugerida pela Medicina.

Quando trabalhava em três turnos, Guida não conseguia dormir e se sentia “insuportável”, era chamada de “louca”, “acho que não era mais eu”, expressando a condição de um discurso sobre si mesma, que a convencia de ser invalidada e desqualificada, transformando sua auto imagem, assim como Eurídice, através da criação de um looping effect (Hacking, 2002/2009). Seu sofrimento mental, por causas sociais e econômicas, passa a receber o peso de um julgamento moral e de um estigma social, o qual a mulher pode internalizar como verdade, ou resistir numa perspectiva antimanicomial, ao compreender as reais causas do sofrimento. A categoria “louca” para as mulheres passa a ser identitária, a partir da sua criação pela psiquiatria através de julgamentos morais. Ao ser chamada de “louca”, Guida não só é submetida a um estado mental, mas a uma categoria social, cuja eficácia simbólica construída historicamente, transforma-se em estigma para as mulheres.

Guida descreve uma melhora geral na sua saúde e disposição, a partir da medicação. No entanto, observamos uma melhora significativa na qualidade de vida da participante, devido ao crescimento dos filhos, que se tornaram independentes, a apoiam e são fonte de satisfação por terem se formado, e conquistado a independência financeira, o que define uma mudança externa e não interna ao sujeito, biologicamente classificado.

A pressão externa dos acontecimentos nos convoca ao exercício do pensamento de si e da própria verdade. Foucault (1998) propõe a ideia de se pesquisar genealogicamente, de que maneira os indivíduos foram levados a exercer, sobre eles mesmos e sobre os outros, uma hermenêutica do sujeito, a partir da história do reconhecimento do homem face ao seu próprio desejo. Trata-se de uma dobra na teoria da libido, sobre o que representa a história da verdade na análise dos “jogos da verdade”, sobre indivíduos que se veem como loucos, como doentes, compreendendo a maneira como, nas sociedades ocidentais, indivíduos são levados a constituir-se em uma experiência, como sujeitos da sexualidade.

Foucault (2006) se interessa pela ruptura ocorrida com a noção de sujeito na modernidade, o sujeito do conhecimento, apartado da sua verdade e do cuidado de si. Ao se decifrar, e se reconhecer, confessando-se como sujeito do desejo, se conquista um conjunto de condições de espiritualidade, e transformação de si que constituem condições necessárias para que se possa ter acesso à verdade.

Na primeira vez que Carolina foi diagnosticada com depressão na UBS, recebendo prescrição de antidepressivo, decidiu não aderir à medicação:

Como é que eu vou tomar o antidepressivo se ele não sabe nem o que eu tenho, não sabem o que tá acontecendo

A falta de adesão ao tratamento medicamentoso de Carolina, ocorre por ela não ter reconhecido em suas experiências sócio-históricas, conflitos que pudessem ser tratados com medicação, pelo próprio caráter epistêmico da sua materialidade. Dunker (2021) aponta a banalização proliferante da depressão, como nomeação médica do mal-estar e com a força presumida da ciência para arbitrar sobre elas: “Isso concorre para o excesso de medicalização, para a cronificação alienante dos sintomas, para diagnósticos fáceis e para a conformação passiva diante do sofrimento” (Dunker, 2021, p.14).

Dunker (2021) questiona, a partir da operação conjunta entre indústria farmacêutica e o megamarketing de saúde mental, pontos importantes ainda sem resposta:

Até que ponto os depressivos curam a depressão, e onde começamos a chamar de depressão tudo aquilo que é curado pelos antidepressivos? Qual o ponto separa os efeitos primários dos antidepressivos do poder de “cura” dos seus efeitos colaterais, como a redução da libido e redução da dor crônica? Qual é a exata medida em que o antidepressivo reduz um estado patológico e onde ele começa a ser usado como um aperfeiçoador (enhancer) de nossas formas de vida? (Dunker, 2021, p. 13).

Os dispositivos amoroso e materno

A ideia da subjetivação e do sofrimento das mulheres, diz respeito à forma como seus corpos foram disciplinados e silenciados, em decorrência de saberes que se repetem, e portanto se legitimam (Foucault, 1988), inclusive por elas mesmas, como verdades de gênero, sobre “o que é ser uma mulher de verdade” e sobre “o que é ser um homem de verdade” (Zanella, 2018), subvertendo, assim, as verdadeiras bases para um encaminhamento ético e consciente de seu próprio desejo.

Basicamente, ao se falar de gênero como dispositivo de poder sobre as mulheres, inferindo-se uma cultura forjada no binarismo, e nas características sexuais, encontra-se uma construção epistemológica distinta, portanto por vezes conflitante com teorias hegemônicas, como o psicologismo, a biologia e a psiquiatrização, quando não levam em consideração o caráter performativo nas relações entre os sexos, que leva ao sofrimento psíquico (Zanella, 2018). Butler (1993/2015) descreve o gênero como uma construção discursiva do poder, estabelecida pela cultura, cuja “nomeação é ao mesmo tempo a fixação de um limite, e também a inculcação repetida de uma norma” (Butler, 1993, p.3).

Como um exemplo de análise, podemos citar a dinâmica de opressão de gênero observada nas relações conjugais das participantes, no que se refere a atuação do dispositivo

amoroso, termo cunhado por Valeska Zanello (2018), para se referir a como as mulheres constroem a sua identidade, pela lógica do amor romântico, e de um olhar masculino que as valide. A fala de Eurídice, nos descreve uma expectativa amorosa na juventude:

Mas aí, nessa época, ele já tinha os seus 20 anos, né? Eu não conhecia essa vida dele, só fui conhecer depois. Mas eu fui avisada pela minha prima: “É isso que você quer pra você? Ele é muito da vida. Ele é muito de carnaval, ele é muito de forró”. E eu pensei assim: “Ai, eu gosto tanto, tanto. Quem sabe daqui, num decorrido do tempo, eu vou tentar: “Vou tentar dar uma amenizada nessa vidinha dele”. Difícil, né?

Euridice propõe “dar uma amenizada nessa vidinha dele”, uma tentativa de transformar o marido em um “outro”. As relações de alteridade para as mulheres são construídas na percepção de um outro desconhecido, por vezes um inimigo, numa realidade de ambiguidade que confunde a percepção da mulher sobre o outro e sobre si mesma. O relato de Guida ilustra este aspecto da relação conjugal:

[...] ele é um bom pai, assim, para o filho dele. Mas, como marido, ele é zero. Ele me maltratou muito. Falava que eu era doida, e ficava falando de mim nos ônibus, as pessoas me contavam [...] Hoje ele chega para mim, fala que me ama, que é isso e aquilo outro. Eu não consigo falar para ele que amo ele. Porque tudo bem, a gente tem que perdoar, né? Mas vem todo aquele filme na minha cabeça do que ele fez comigo. Acho que foi isso também que me levou para a ansiedade, foi o relacionamento.

A violência e a submissão ao homem

Saffioti (2001) nos define violência de gênero como o conceito que abrange vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. “No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio” (p. 1).

Foucault (1988) se ocupa de um projeto histórico-filosófico na análise das relações de poder, que envolvem a construção de saberes sobre os corpos na sociedade moderna, cuja estratégia de apropriação consiste no dispositivo da sexualidade para as mulheres, como um conjunto de tratados, técnicas e concepções, que se ocupam de explicar todos os fenômenos da vida humana, e para isso o corpo deve que ser construído, posicionando sujeitos em condições sociais distintas, nas quais a mulher foi destinado um papel hierárquico de submissão ao homem. Neste sentido, todos os tipos de violência sobre a mulher derivam de considerá-las frágeis e inferiores, como construção de um discurso circulante, da nomeação de

peessoas, “prodigiosa maquinaria destinada a excluir todos aqueles que, ponto por ponto, em nossa história, procuraram contornar essa vontade de verdade” (Foucault, 1996, p. 20).

A violência física aparece para as mulheres pobres com frequência dentro dos casamentos. Nesse sentido, Eurídice descreve-nos sua experiência:

(...) É que a gente casou depois, né? E o comecinho não teve mar de rosa não, o comecinho foi bem difícil. Agora hoje em dia, mas ele é uma pessoa muito, ainda complicado, sabe? E assim de... Ele é muito calado. Ele é muito calado, mas não é violento, graças a Deus. O vício dele era bebida, mas graças a Deus já não é mais de beber. Só em Natal, só com festividade né? Certas festividades, mas o vício dele era muito de beber. Mas não era agressivo comigo porque também eu ia para cima. Eu ia para cima. No começo ele tentou, mas não conseguiu, porque eu reagi. Porque se eu fosse me amolecer, quem sabe hoje em dia é um saco de pancada, né?

Eurídice naturaliza a violência ao dizer que o marido não era agressivo com ela porque ela “também ia pra cima”, como se dependesse da mulher saber se defender para não torná-lo agressor. Neste sentido, Segato (2018, p.13), nos demonstra a sua perspectiva hegemônica da masculinidade:

[...]mais disponível para a crueldade porque a socialização e o treinamento para a vida do sujeito deverá carregar o fardo da masculinidade o obrigando a desenvolver uma afinidade significativa numa escala de tempo de grande profundidade histórica entre masculinidade e guerra, entre masculinidade e crueldade, entre masculinidade e distanciamento, entre masculinidade e baixa empatia, sendo que nós mulheres somos empurradas ao papel de objeto, disponível e descartável, submetidas a uma cadeia de comandos e expropriações de uma organização corporativa de homens (Segato, 2018, p.13).

A opressão pelo trabalho doméstico

Azeredo (2010) questiona em que medida a desigualdade de gênero pode incidir sobre a condição de pobreza e as formas de proteção das famílias, pensando o lugar da mulher nas famílias pobres, normalmente as responsáveis pelo espaço doméstico e pelo cuidado:

Os processos que possibilitaram a saída das mulheres para o trabalho não motivaram a revisão das funções do cuidado familiar no que diz respeito à divisão das tarefas domésticas. Esse é sem dúvida um dos eixos que estruturam a desigualdade de gênero. Pensá-lo nos remete a importância de articulá-lo com a noção de autonomia pessoal e econômica e como estes aspectos incidem sobre a vida das mulheres pobres (p. 582).

Portanto, do ponto de vista econômico-social, a desigualdade não pode ser pensada enquanto um conceito em si, só tendo sentido se estabelecida às relações históricas e inter-relacionadas entre os papéis sociais e as estratificações que colocam os sujeitos em posições favoráveis ou desfavoráveis em termos de lugar social (Azeredo, 2010).

O trabalho doméstico, imposto historicamente sob a responsabilidade da mulher, aparece de forma abusiva, como no caso de Angela, quando na sua casa ninguém mais contribui com a função, e ainda parecem não fazer questão de validar a importância de seu esforço em cozinhar, organizar, limpar a casa e cuidar das roupas. As participantes, ao tratarem do tema trabalho doméstico, fazem referência a um zelo sobre a atividade, e a um grande esforço, como que numa busca incessante de reconhecimento por parte da família.

Podemos inserir o trabalho doméstico como função naturalizada para a mulher dentro do dispositivo materno, um conjunto de normas culturais, afetivas e simbólicas que interpelam as mulheres a se realizarem por meio da maternidade e do cuidado (Zanello, 2018).

As entrevistadas assumem este trabalho como “delas”, mas reconhecem seu esforço, se queixando do excesso de trabalho e da falta de ajuda com a forte demanda. Angela aponta o estresse ocasionado pelo abuso da família, em não contribuir com ela nas tarefas domésticas, como principal motivo para o uso do antidepressivo. Como nos relata neste trecho quanto a sobrecarga de tarefas:

P: Então, quer dizer, numa frase, você procurou aqui pelo estresse de...?

E: Ah, de tudo, eu acho que de tudo mesmo, em questão de dar... Por questão de não estar bem, cuidar da sua casa. Isso causa um estresse mesmo (...) É doméstico. Do trabalho doméstico e cuidar das meninas. É, do dia-a-dia, do dia-a-dia mesmo. Quem falar que não é cansativo, que não é estressante, é mentira.

No entanto, observa-se, na percepção de Angela, uma naturalização do comportamento opressor do seu marido, quando fala:

Meu marido é uma ótima pessoa. Ele é maravilhoso. Mas nas questões de dentro de casa, ele é bem machista. Aí ele fala: “Ah, eu já trabalho fora...você quer que eu chegue em casa e... lave uma louça?” Aí eu explico para ele: “Não é a questão de você lavar uma louça. Mas tipo, o dia que você estiver em casa, recolha o lixo, varra uma escada, vai dar banho nos gatos (...).

Angela apresenta uma contradição no seu discurso, sobre a posição do marido, a quem “protege”, como figura patriarcal, provedor e chefe de família. A consciência da mulher sobre os jogos de força que recaem sobre ela, e sobre outras mulheres, acontece numa atmosfera de ambiguidade, ora por questões de afetividade, ora por identificar-se com um papel fixo de maternagem.

O caráter repetitivo e solitário do trabalho doméstico, pode determinar um “ser no mundo” limitado no seu desempenho, em inúmeras funções psíquicas, como na criatividade e na afetividade, e no engessamento dessas funções é produzida a falta de sentido da experiência.

Resultados

A realidade vivida por mulheres da periferia de São Paulo é atravessada por múltiplas camadas de desigualdade, que se entrelaçam e se intensificam mutuamente. Conforme observado nos relatos das entrevistadas, destacam-se marcadores interseccionais como a exaustão psicológica decorrente de condições socioeconômicas precárias, insegurança alimentar, vínculos laborais instáveis, remunerações insuficientes, dificuldade de locomoção até o trabalho, e ausência de autonomia financeira nas relações conjugais. Esses aspectos estão diretamente relacionados à opressão de gênero analisada ao longo da pesquisa, sobretudo à luz da aplicação de dispositivos de poder sobre os corpos femininos (Foucault, 1988), como os dispositivos amoroso e materno (Zanello, 2018). Tais dispositivos não apenas contribuem para a produção de conflitos, mas também para sua manutenção sistêmica.

A classificação proposta pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), amplamente utilizada na prática clínica psiquiátrica, tem desempenhado papel central nesse fenômeno. A multiplicação de categorias diagnósticas, ao longo das edições do manual, contribui para a patologização de aspectos cotidianos da existência humana, promovendo uma expansão do campo psiquiátrico sobre experiências que, muitas vezes, são expressão legítima de condições sociais adversas.

A crítica ao uso indiscriminado de medicação, particularmente em contextos de vulnerabilidade, aponta para a deslegitimação de saberes femininos sobre seus próprios corpos, carregados de julgamentos morais, e a falta de acolhimento nos serviços públicos, normalmente com pouca oferta de terapias eficazes, como é o caso da psicoterapia, como os principais efeitos iatrogênicos da medicalização das mulheres entrevistadas. Tais efeitos tendem a contribuir para a desqualificação da autoimagem das mulheres, despotencializando suas reais condições de enfrentamento, além disso, o efeito dos antidepressivos impõe uma mordaca química, como uma barreira para a elaboração do sofrimento psíquico (Kwame, 2014).

Verifica-se a atuação dos dispositivos amoroso e materno (Zanello, 2018), na construção dessas vivências, reforçando estereótipos sociais que obstruem a visibilidade e a agência das mulheres sobre suas trajetórias afetivas, corporais e reprodutivas. Esses mecanismos, articulados ao discurso médico, operam como estratégias de controle que dificultam o exercício da autonomia feminina, sobretudo em contextos de vulnerabilidade social.

Bibliografia

ALVES, E. de O.; VIEIRA, P. D. A.; OLIVEIRA, R. A. de S.; RODRIGUES, R. F.; SILVA, S. da C.; MARTINS, T. P.; VIDAL, C. E. L. (2022). **Prevalência no uso de psicotrópicos na Atenção Primária à Saúde em um município do interior de Minas Gerais**. Faculdade de Medicina de Barbacena. Vol.30. 2022.

AZEREDO, V. G. **Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres**. Serv. Soc.Soc., São Paulo, n. 103, p. 576-590, jul./set. 2010

BONASSI, B. C. **Cisnorma: acordos societários sobre o sexo binário e cisgênero**. Dissertação de mestrado. Florianópolis. UFSC. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Comitê Nacional para Promoção do Uso Racional de Medicamentos**. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2020.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade** (1990). Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

COLLINS, P. H.; BILGE, S. **Interseccionalidade**. 1a edição. São Paulo: Boitempo. 2020.

CONRAD, P. **The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior**. Social Problems, v. 23, n. 1, p. 12–21, 1975.

CRENSHAW, K. **Documento para o encontro de especialistas em aspectos de discriminação racial relativos a gênero**. Estudos feministas. Universidade da Califórnia. Los Angeles. Ano 10. 2002.

DUNKER, C. **Uma biografia da depressão**. São Paulo. Planeta. 2021

FERREIRA-NETO, J. L. **Processos de subjetivação e novos arranjos urbanos**. 2004.

FÓRUM SOBRE A MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE.

Manifesto do Fórum sobre a medicalização da educação e da sociedade, 2010. Disponível em: <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-a-medicalizacao-da-educacao-e-dasociedade/> Acesso em: 10 jan. 2014.

FOUCAULT, M.. **História da Loucura** (2a ed.). São Paulo. Editora Perspectiva. 1972/1987.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber** (7th ed.). Edições Graal.p. 127-130. Rio de Janeiro. 1988.

FOUCAULT, M. **A hermenêutica do sujeito**. Edição estabelecida sob a direção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; tradução Márcio Alves da Fonseca. Salma Tannus Muchail. - 2a ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006. (Tópicos).

HACKING, I. Ontologia Histórica. **Cap. 6 - Inventando pessoas**. Rio Grande do Sul: Ed. Unisinos. 2009.

ILLICH, I. (1975). **A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina**. Editora Nova Fronteira S.A. 1975.

JORNAL DA USP (2023): **Busca por medicamentos para a saúde mental cresce a cada ano no Brasil**
<https://jornal.usp.br/atualidades/busca-por-medicamentos-para-a-saude-mental-cresce-a-cada-ano-no-brasil/> 13/1/2023

KWAME, Y. D. dos S. **Uma Análise dos Efeitos do Uso a Longo Prazo de Antidepressivos**. Dissertação de Mestrado. UNESP/Assis. 2014.

LAURETIS, T. **A tecnologia de gênero**. In: Hollanda, Heloisa Buarque. Tendências e Impasses - O feminismo como crítica da cultura. Rio de Janeiro: Rocco, pp. 206-241. 1994

MORENO, H. F.; DE ALMEIDA, A. C. G. O. **Prescrição de antidepressivos na atenção primária: um estudo descritivo acerca da confiança dos profissionais médicos.** Cadernos de saúde pública. 2024.

MURTA, C.; SANSON JUNIOR, J. S. **O corpo-máquina de Descartes em técnicas médico-terapêuticas.** Pensando - revista de Filosofia, vol. 8, número 15. 2017.

SAFFIOTTI, H.I.B. **Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero.** Cad Pagu ; 16:115-136. 2001.

SEGATO, R. L. **Contra-pedagogias da crueldade.** Ed. Prometeo Libros. Argentina. 2018.

SFORZINI, A. **Um pensar do corpo.** Ed. Unesp. 2023.

SILVEIRA, F. DE. A.; FURLAN, R. (2003). **Corpo e Alma em Foucault: Postulados para uma Metodologia da Psicologia.** Psicologia USP, 14(3), 171-194. Recuperado a partir de <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v14n3/v14n3a12>

SOUZA, L. K. **Pesquisa com análise qualitativa de dados: conhecendo a Análise Temática.** Arquivos Brasileiros de Psicologia; Rio de Janeiro, 71 (2): 51-67 2019.

TABET, L. P. **Ivan Illich: da expropriação à desmedicalização da saúde.** Artigo em Português | LILACS-Express | LILACS | ID: biblio-903949 Biblioteca responsável: BR430.1. 2017.

WEIZENMANN, M. **Foucault: Sujeito, Poder e Saber.** Ed. NEPFIL Online. Universidade Federal de Pelotas. 2013.

WITTIG, M. **O pensamento homossexual.** 1a edição. Belo Horizonte, MG: Autêntica. 2022.

ZANELLO, V. (2018). **Saúde mental, gênero e dispositivos: Cultura e processos de subjetivação** (1a ed.). Curitiba. Appris. p.19-45-46

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Capítulo IV, itens 1 a 8 da Resolução 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde)

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Gênero na medicalização: o uso de antidepressivos em mulheres na meia-idade”, sob a responsabilidade da pesquisadora Patrícia Bellotti, RG nº 18157158-4, e do seu orientador Prof. Dr. Fernando Silva Teixeira Filho, RG: 17973813-6.

Trata-se de uma pesquisa que pretende compreender os motivos que levam às mulheres a fazerem uso de antidepressivo, ainda que as suas relações sociais possam estar associadas ao mal-estar que as levem a um diagnóstico médico.

Após a leitura deste documento, que deverá ser rubricado e assinado, você receberá uma via e eu outra.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Ciências e Letras – UNESP/Campus de Assis. O número de aprovação da pesquisa é: Parecer número: 7.003.348. Qualquer dúvida quanto aos aspectos éticos poderão ser esclarecidas no telefone (18) 3302-5500 ramal 5607 ou pelo e-mail cep@assis.unesp.br, ou diretamente com o pesquisador no telefone 011996214123 ou e-mail patriciabellotti24@gmail.com.

Informo o contato do Comitê de Ética da instituição coparticipante, a Secretaria Municipal de Saúde SMS/SP: Rua: Siqueira Campos, 176, Liberdade, 01.509-020; Telefone: (11)5461-5693; 6º andar, e-mail: cep.msmsgabinete@prefeitura.sp.gov.br

I. A pesquisa:

O objetivo geral da pesquisa é analisar os fatores que contribuem para a prescrição de antidepressivos para mulheres de meia-idade no SUS. Os objetivos específicos são: 1) Identificar mulheres cisgêneras entre 45 a 59 anos com prescrição de antidepressivo em uma UBS da capital paulista; 2) Verificar a relação entre estereótipos de gênero e medicalização na narrativa de vida das mulheres identificadas; 3) Identificar a rede de cuidados e atenção recebida por estas mulheres durante o tratamento na UBS.

II. Procedimentos:

Serão realizadas entrevistas individuais, semi-estruturadas, segundo um roteiro. As participantes serão duas mulheres negras e duas brancas. Toda a participação nesta pesquisa é voluntária, ou seja, não oferecemos remuneração ou ajuda de custo. As entrevistas serão realizadas na UBS. Cada entrevista terá até 60 minutos de duração. As participantes serão selecionadas por meio dos prontuários da unidade. As entrevistas serão áudio-gravadas e, em seguida, transcritas. As entrevistas serão sigilosas, e seu conteúdo ficará disponível apenas para os pesquisadores envolvidos.

III. Riscos/Desconfortos e Benefícios

A abordagem das entrevistas oferecerá baixo risco para as participantes. Porém, caso as participantes se sintam constrangidas ou desconfortáveis com a temática das perguntas da pesquisa e queiram um atendimento psicológico, a pesquisadora responsável, que é psicóloga de formação, deverá acolher estas participantes e oferecer-lhes atendimento psicológico pontual e gratuito, podendo as entrevistadas serem encaminhadas para algum tipo de atendimento e suporte no próprio SUS.

Os benefícios esperados para as participantes e para a comunidade que esta pesquisa busca trazer, diz respeito a um melhor entendimento sobre o tema do uso excessivo de medicamentos por parte das mulheres, bem como ampliar as possibilidades de reflexão e apoio à saúde mental das mulheres de meia-idade.

IV. Liberdades/Garantias

É assegurado às participantes o direito de retirarem-se a qualquer momento da entrevista e da pesquisa, sem prejuízo de nenhum tipo ou penalização, bem como a liberdade de não responder às perguntas, ou não participar em momentos que possam lhe causar constrangimento, ou qualquer outro sentimento que limite a sua disposição para participar da pesquisa.

É garantido o sigilo das participantes, de forma que o conteúdo obtido por meio das entrevistas será revelado apenas entre os pesquisadores envolvidos. Durante o relato das entrevistas transcritas serão utilizados nomes fictícios das participantes.

V. Sigilo/Anonimato

O sigilo das participantes será garantido antes e depois da realização da pesquisa. Não será coletada qualquer imagem durante o processo.

VI. Despesas/indenização

A pesquisa não acarretará nenhum tipo de ônus financeiro para as participantes, assim como os pesquisadores não se comprometem a fornecer qualquer tipo de remuneração ou reembolso em função da participação, já que a mesma é totalmente voluntária.

VII. Publicação/devolutiva (esclarecer que a pesquisa poderá ser publicada, preservando-se o anonimato)

A pesquisa poderá ser publicada em forma de artigos científicos ou livros, bem como ser apresentada em congressos científicos. Mas, todas as informações pessoais das participantes que possam levar à sua identificação, tais como nome, endereço, telefone, etc., não serão divulgadas em nenhuma hipótese. Assim, garantiremos o anonimato total das participantes. Caso as participantes queiram conhecer os resultados publicados desta pesquisa, mediante solicitação, podemos lhes enviar o artigo e/ou livro.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG: _____, abaixo assinado, concordo em participar, como PARTICIPANTE, da pesquisa “Gênero na medicalização: o uso de antidepressivos em mulheres de meia-idade”. Atesto que fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora Patricia Bellotti sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido, ainda, que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Declaro, ainda, que () concordo / () não concordo com a publicação dos resultados desta pesquisa, ciente da garantia quanto ao sigilo das minhas informações pessoais e do meu anonimato.

Local e data _____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Eu, _____, pesquisadora responsável pelo estudo, obtive, de forma voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido do PARTICIPANTE para a participação nesta pesquisa.

Documento assinado digitalmente
gov.br PATRICIA BELLOTTI
Data: 14/11/2024 21:36:34-0300
Verifique em <https://validar.ifl.gov.br>

Pesquisador (aluna e mestrande)

Documento assinado digitalmente
gov.br FERNANDO SILVA TEIXEIRA FILHO
Data: 18/11/2024 15:25:36-0300
Verifique em <https://validar.ifl.gov.br>

Orientador responsável

APÊNDICE D

Questionário de perfil sociodemográfico

I- IDENTIFICAÇÃO

1. Nome:
2. Cor/Etnia: () Amarela () Branca () Indígena () Negra () Parda
3. Idade:
4. Endereço:
5. Bairro
6. Cidade:
7. Telefone:
8. E-mail:

II- DADOS SOCIOECONÔMICOS

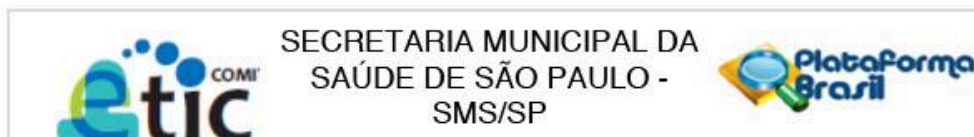
9. Religião:
10. Estado Civil: () Solteira () Casada () Divorciada () União Estável () Separada
11. () Viúva
12. Grau de Escolaridade:
13. Profissão:
14. Renda individual:
15. Renda familiar:
16. Com que mora atualmente:

III- INFORMAÇÕES MÉDICAS

17. Antidepressivo usado:
18. Tempo de utilização:
19. Qual a especialidade do médico que receitou inicialmente o medicamento?
20. Foi feita avaliação psiquiátrica?
21. Foram apresentados outros meios terapêuticos?

IV- OUTRAS INFORMAÇÕES RELEVANTE

ANEXOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gênero na medicalização: o uso de antidepressivos em mulheres de meia idade

Pesquisador: PATRICIA BELLOTTI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80393324.1.3001.0086

Instituição Proponente: MUNICIPIO DE SAO PAULO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.324.335

Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa de Mestrado apresentado na Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Ciência e Letras - UNESP/Campus de Assis, no Programa de Psicologia e Sociedade.

Este projeto propõe investigar os motivos que levam mulheres de meia idade a receberem medicações psiquiátricas, em Unidade Básica de Saúde, da zona sul de São Paulo. Sabe-se que a partir da queixa, médicos têm autonomia para diagnóstico e medicalização, que muitas vezes silenciam dores e discursos das mulheres, que poderiam operar como substrato da análise subjetiva e social dos conflitos. Considerando que sistemas de opressão, como machismo e misoginia, são geradores do adoecimento nas mulheres de meia idade, pretendo compreender, a partir de seus relatos, quais são as queixas e dificuldades emocionais das mulheres de meia idade, relatadas em consulta psiquiátrica na UBS, e sua correlação com as medicações que lhes foram prescritas. A partir das teorias de gênero da contemporaneidade pretendo compreender como se dá o processo de subjetivação que leva ao adoecimento. É minha intenção de pesquisa fazer um contraponto ao paradigma médico do DSM-V, resgatando assim aspectos das emoções das mulheres, descartando aspectos de sintomas universalizantes, e adotando uma compreensão da singularidade mais para o campo da Psicologia. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a partir de entrevista com roteiro semiestruturado, elaborado pela própria pesquisadora, com 8 mulheres atendidas pela UBS, entre 40 e 50 anos, que estejam tomando medicação psiquiátrica. Serão feitas perguntas sobre a trajetória de atendimento

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

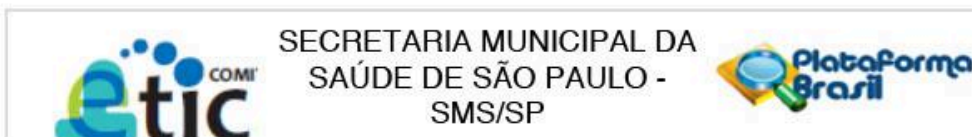
CEP: 01.509-020

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)5461-5893

E-mail: cep.sme@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

pelos profissionais da UBS, e sobre o que as mulheres acreditam que as levou a receberem prescrição para o uso de tais medicamentos. Os dados coletados serão analisados segundo a metodologia de análise de conteúdo de Bardin, adequada à investigação qualitativa na área da saúde. Será proposta também uma análise dos impactos causados pelo sofrimento psíquico à saúde mental dessas mulheres, e a identificação das correlações entre sofrimento psíquico, gênero e prescrição medicamentosa.

Metodologia:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a partir da aplicação de um questionário semi estruturado, com o qual as mulheres responderão perguntas sobre suas trajetórias pessoais, familiares, profissionais e escolares. Suas narrativas poderão nos revelar aspectos de construção subjetiva.

Análise dos dados:

Os dados coletados serão analisados através da técnica da Análise Temática de Bardin.

Desenho do estudo:

A pesquisa pretende realizar entrevistas com quatro mulheres, a respeito dos motivos que as levaram a receber prescrição médica para medicações psiquiátricas.

Haverá uso de fontes secundárias de dados (prontuários, dados demográficos, etc)?

Sim.

Detalhamento:

Serão analisados prontuários de mulheres que tenham passado por consulta com médico de qualquer especialidade e que tenham recebido prescrição para uso de antidepressivo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal:

Analisar os fatores que contribuem para a medicalização de mulheres de meia idade com antidepressivos.

Objetivo específico:

1) Identificar mulheres cisgêneras entre 45 a 59 anos com prescrição de antidepressivo em

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

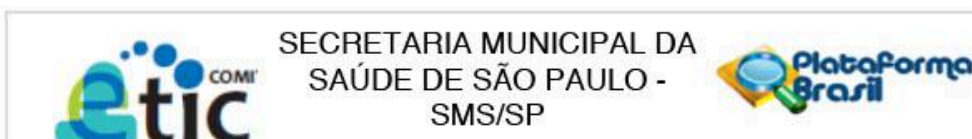
UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.509-020

Telefone: (11)5461-5893

E-mail: csp.sms@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

uma UBS da capital paulista;

2) Verificar a relação entre estereótipos de gênero, e medicalização na narrativa de vida das mulheres identificadas;

3) Identificar a rede de cuidados e atenção recebida por estas mulheres durante o tratamento na UBS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A abordagem das entrevistas oferecerá baixo risco para as participantes. Porém, caso as participantes se sintam constrangidas ou desconfortáveis com a temática das perguntas da pesquisa e queiram um atendimento psicológico, a pesquisadora responsável, que é psicóloga de formação, deverá acolher estas participantes e oferecer-lhes atendimento psicológico pontual e gratuito, podendo as entrevistadas serem encaminhadas para algum tipo de atendimento e suporte no próprio SUS.

Benefícios:

Os benefícios esperados para as participantes e para a comunidade que esta pesquisa busca trazer, diz respeito a um melhor entendimento sobre o tema do uso excessivo de medicamentos por parte das mulheres, bem como ampliar as possibilidades de reflexão e apoio à saúde mental das mulheres de meia-idade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme item 4 Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Este parecer foi elaborado a partir dos documentos PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2449165, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento detalhado e projeto de pesquisa completo (inclui perguntas disparadoras). Foram apresentadas 4 Respostas às pendências do parecer do CEP/SMS.

Recomendações:

Nada a acrescentar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- No 4 Resumo, constante no documento 4 Informações Básicas do Projeto, a pesquisadora informa que entrevistará 4 oito mulheres atendidas pela UBS, entre 40 e 50 anos, no 4 Objetivo, afirma que identificará 4 mulheres cisgêneras entre 45 a 59 anos e no TCLE informa

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

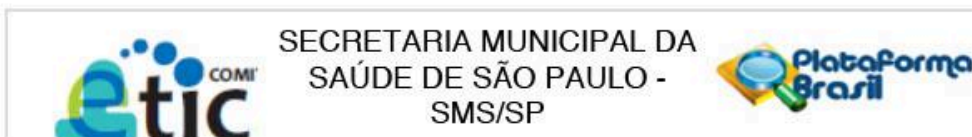
CEP: 01.509-020

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5461-5893

E-mail: cep.sme@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

que as participantes serão duas mulheres negras e duas brancas. Nestes termos, solicita-se a adequação dos critérios para seleção das participantes da pesquisa.

Resposta: As informações solicitadas sobre as idades das entrevistadas, que são de 45 a 59 anos, duas mulheres negras e duas brancas.

Pendência atendida.

- Na seção Metodologia > Método constante no projeto de pesquisa a pesquisadora informa que a escolha das participantes deverá ser feita com a verificação de prontuários, com a ajuda de profissionais da UBS e no documento Informações Básicas do Projeto informa que serão analisados prontuários de mulheres que tenham passado por consulta com médico de qualquer especialidade e que tenham recebido prescrição para uso de antidepressivo. Informamos que não é permitido o acesso aos prontuários das pacientes com objetivo de pesquisa científica pela equipe de profissionais e pela pesquisadora sem a autorização das mesmas, mesmo com a possibilidade de consentimento posterior; sendo necessário adequar os critérios para seleção das quatro participantes da pesquisa. Sugerimos a divulgação de cartaz com as informações do projeto de pesquisa e contatos da pesquisadora no local de retirada do medicamento (farmácia) e/ou carta de apresentação do projeto de pesquisa com as mesmas informações acima, a ser encaminhada pela equipe profissional às pacientes elegíveis sem o conhecimento da pesquisadora.

Resposta: As sugestões de um cartaz próximo a farmácia da UBS com o contato da pesquisadora, e a apresentação da pesquisa a pacientes elegíveis por profissionais da unidade foram acatadas.

Pendência atendida.

- Informar se as entrevistas (coleta de dados) já foram iniciadas, visto que o cronograma apresentado informa data prevista em 15/10/2024, sugerindo que a mesma já foi iniciada. Se não, apresentar cronograma atualizado. Na oportunidade, descrever as datas no formato DD/MM/AAAA.

Resposta: Cronograma atualizado.

Pendência atendida.

- Informar se as entrevistas serão gravadas e em caso positivo, visto que o procedimento para coleta de dados poderá envolver etapa em ambiente virtual, segue Ofício Circular nº

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

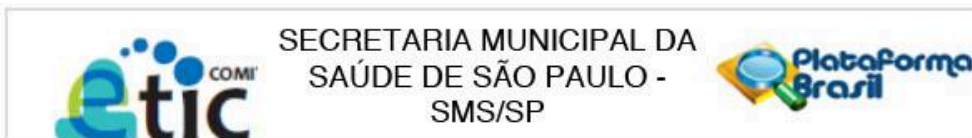
UF: SP

Município: SÃO PAULO

CEP: 01.509-020

Telefone: (11)5461-5693

E-mail: csp.sms@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

2/2021/CONEP/SECNS/MS com as Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual, para apreciação.

Pendência atendida.

- Quanto ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apontar que o contato com o CEP é para dúvidas e denúncias quanto às questões éticas e disponibilizar endereço, telefone e e-mail do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal da Saúde (CEP SMS-SP), Rua Dr. Siqueira Campos, 176 - Liberdade - São Paulo / SP - CEP: 01509-020 e-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br / telefone: (11) 5461-5693.

Resposta: Inclusão dos contatos do CEP SMS-SP.

Pendência atendida.

- Apresentar orçamento detalhado no documento Informações Básicas, acumulado em R\$ 36.000,00. Na oportunidade, apresentar os dados do Patrocinador principal constante na Folha de Rosto, bem como a assinatura do mesmo.

Resposta: Apresentação de orçamento detalhado.

Pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, SEAH, etc). Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas adicionais ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP da instituição proponente, que a posteriori será encaminhado ao CEP coparticipante, se houver, pela PB, de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada. Apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento. Manter o arquivo da pesquisa sob sua guarda, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, por 5 anos, após o envio do relatório final via PB; justificar perante o CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. De acordo com a Res. CNS 466/12, o pesquisador deve apresentar os relatórios parciais e final através da Plataforma Brasil, Ícone Notificação. Uma cópia digital do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, logo que esse estiver concluído. Encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

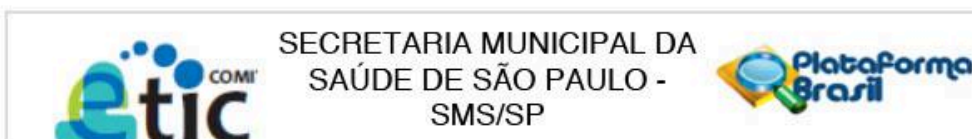
CEP: 01.509-020

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5461-5693

E-mail: cep.sms@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

associados e ao pessoal técnico participante do projeto.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2449165.pdf	09/12/2024 19:14:11		Aceito
Orçamento	orcamento_detalhado.pdf	09/12/2024 19:13:29	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/12/2024 17:14:26	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	Orcamentoassinado.pdf	04/12/2024 16:15:23	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Cronograma	Cronogramaassinado.pdf	04/12/2024 16:14:35	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	Respostas.pdf	03/12/2024 23:04:20	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE3.PDF	18/11/2024 17:13:39	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.PDF	04/11/2024 16:31:01	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	Informeemenda.pdf	01/10/2024 16:32:53	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	01/08/2024 13:42:35	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	Esclarecimentos_de_pendenciasassinado.pdf	30/07/2024 22:03:18	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	06/06/2024 12:32:04	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/06/2024 12:33:35	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/06/2024 12:27:05	PATRICIA BELLOTTI	Aceito

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

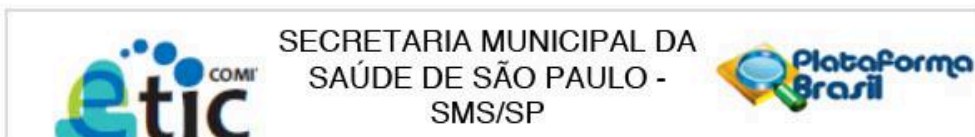
CEP: 01.509-020

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5461-5893

E-mail: cep.sme@prefeitura.sp.gov.br



Continuação do Parecer: 7.324.335

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 06 de Janeiro de 2025

Assinado por:

Carmen Sílvia Carmona de Azevedo
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Dr. Siqueira Campos 176

Bairro: Liberdade

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 01.509-020

Telefone: (11)5461-5693

E-mail: csp.sms@prefeitura.sp.gov.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Gênero na medicalização: o uso de antidepressivos em mulheres de meia idade

Pesquisador: PATRICIA BELLOTTI

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80393324.1.0000.5401

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA JULIO DE MESQUITA FILHO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.193.976

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de Mestrado, que pretende investigar os motivos que levam mulheres de meia idade a receberem medicações psiquiátricas, em Unidade Básica de Saúde da zona sul de São Paulo, mais especificamente, a pesquisa busca analisar como se dá o fenômeno da medicalização de mulheres em interface com os estudos de gênero e raça.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar os fatores que contribuem para a medicalização de mulheres de meia idade com antidepressivos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora informa sobre a possibilidade de ocorrência de riscos e indica que, caso aconteçam, após o acolhimento inicial, a entrevistada será encaminhada para algum outro serviço de atenção psicológica da saúde pública. O benefício da presente pesquisa refere-se a ampliação do conhecimento científico acerca da saúde mental das mulheres.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esse protocolo de pesquisa já foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP/Assis-SP. Entretanto, a pesquisadora anexou uma emenda, informando sobre a instituição coparticipante, situada no município de São Paulo e

Endereço: Av. Dom Antonio 2100, Parque Universitário. Sala ao lado da Direção da Faculdade, no Prédio I da FCLAs.
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5830 **Fax:** (18)3302-5801 **E-mail:** cep.assis@unesp.br

**UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS**



Continuação do Parecer: 7.193.976

vinculada a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP, com CNPJ 46.395.000/0001-39.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos foram apresentados pela pesquisadora, analisados e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendência.

Considerações Finais a critério do CEP:

Emenda aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2413237_E1.pdf	01/10/2024 16:33:33		Aceito
Outros	Informeemenda.pdf	01/10/2024 16:32:53	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	01/08/2024 13:42:35	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	Esclarecimentos_de_pendencias_assinado.pdf	30/07/2024 22:03:18	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	06/06/2024 12:32:04	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	06/06/2024 09:02:19	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	05/06/2024 12:33:35	PATRICIA BELLOTTI	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/06/2024 12:27:05	PATRICIA BELLOTTI	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Dom Antonio 2100, Parque Universitário. Sala ao lado da Direção da Faculdade, no Prédio I da FCLAs.
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5830 **Fax:** (18)3302-5801 **E-mail:** cep.assis@unesp.br

UNESP - FACULDADE DE
CIÊNCIAS E LETRAS -
CAMPUS DE ASSIS



Continuação do Parecer: 7.193.976

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ASSIS, 30 de Outubro de 2024

Assinado por:
JULIANA DE OLIVEIRA
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dom Antonio 2100, Parque Universitário. Sala ao lado da Direção da Faculdade, no Prédio I da FCLAs.
Bairro: Vila Tênis Clube **CEP:** 19.806-900
UF: SP **Município:** ASSIS
Telefone: (18)3302-5830 **Fax:** (18)3302-5801 **E-mail:** cep.assis@unesp.br