

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BRUNA BONES

“ELA É RUIM DOS NERVOS”: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DE MULHERES E AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NO SUS

CURITIBA

2024

BRUNA BONES

“ELA É RUIM DOS NERVOS”: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO
PSÍQUICO DE MULHERES E AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NO SUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, na linha de Políticas e Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Renata Bellenzani

Coorientador: Prof. Dr. Rogério Miranda Gomes

CURITIBA

2024

B712

Bones, Bruna

“Ela é ruim dos nervos”: a determinação social do sofrimento psíquico de mulheres e as práticas de saúde mental no SUS [recurso eletrônico]/ Bruna Bones. – Curitiba, 2024.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2024.

Orientador: Renata Bellenzani – Co-orientador: Rogério Miranda Gomes.
Bibliografia: p. 221-233.

1. Mulheres. 2. Saúde mental. 3. Determinação Social da Saúde. 4. Angústia Psicológica. I. Universidade Federal do Paraná. II. Bellenzani, Renata. III. Gomes, Rogério Miranda. IV. Título.

NLMC: WM 172.4



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO SAÚDE COLETIVA -
40001016103P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação SAÚDE COLETIVA da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **BRUNA BONES** intitulada: **“ELA É RUIM DOS NERVOS”: A DETERMINAÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO DE MULHERES E AS PRÁTICAS DE SAÚDE MENTAL NO SUS**, sob orientação da Profa. Dra. RENATA BELLENZANI, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 16 de Dezembro de 2024.

Assinatura Eletrônica

21/01/2025 14:40:05.0

RENATA BELLENZANI

Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica

06/01/2025 14:08:12.0

RACHEL GOUVEIA PASSOS

Avaliador Externo (PONTIFICA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO)

Assinatura Eletrônica

18/12/2024 09:20:32.0

RENATA JACINTHO SIQUEIRA DE MORAES

Avaliador Externo (TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO PARANÁ)

Em memória de minhas avós, Dona Doca e Dona Nilza,
forças da natureza que muito me ensinaram sobre os “nervos” do ser mulher.

AGRADECIMENTOS

Chegar a espaços acadêmicos nunca foi uma ambição sequer considerada por muitas pessoas da classe trabalhadora. Agradeço, neste percurso, às pessoas que impulsionaram uma tarefa extremamente difícil para quem vem de estratos de sobrevivência: sonhar. À minha família, minha mãe, Roselaine, e meu irmão, Victor, por acreditarem nesse sonho comigo desde o início.

Às mulheres que permitiram que este trabalho fosse desenvolvido: foi uma responsabilidade imensa – e, ainda assim, repleta de sentido – conduzi-lo até sua conclusão. Elas foram meu lembrete para continuar nos momentos difíceis. Espero ter feito jus a essa responsabilidade.

À minha orientadora, Renata Bellenzani, que incentivou este trabalho em seu desejo ambicioso de abarcar uma ampla gama de realidades de mulheres e de permitir meu amadurecimento como pesquisadora. Também agradeço às professoras que compuseram a banca, tanto na qualificação quanto na defesa, mulheres que admiro há muitos anos, primeiro à distância, e agora de pertinho.

Agradeço profundamente à rede de professoras e professores, amigas e amigos que fiz até aqui: Melissa Almeida, meu coorientador Rogério Gomes e colegas do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (NESC). Nunca houve uma experiência acadêmica tão prazerosa quanto debater textos com essas pessoas. À Victória Klepa, que compartilhou todo esse percurso de mestrado ao meu lado; ainda bem que você estava lá.

Às amigas que me acompanham desde longa data – Camila Brandt, Sofia Knoll, Olívia Kruger e Nádia Niza – e àquelas que me impulsionam no cotidiano atribulado – Maria Machado, Giovana Zaleski, Thelma Santos e Giovanna Pimentel. À minha companheira, Tati Guimas, por ter acompanhado todo o percurso mais árduo, tornando as idas a campo mais leves.

Por fim, agradeço a todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a construção desta pesquisa, fruto de um incômodo gestado ao longo de muitos anos. Se ela conseguir alcançar ao menos uma pessoa que se beneficie dos achados aqui expostos, minha missão terá sido cumprida.

Sua ferida de alma manifesta-se no corpo sob diversas modalidades. Muitas passam mal, chegando a desfalecer. São levadas ao pronto-socorro, saindo de lá com uma receita de calmante. Diagnóstico? *Doença dos nervos*, quando, a rigor, são manifestações das feridas da alma.

Heleieth Saffioti - Gênero, Patriarcado, Violência, p. 118 (grifos originais)

RESUMO

Historicamente, as mulheres foram compreendidas como naturalmente inclinadas à loucura, com *locus* privilegiado em sua fisiologia, sexualidade e comportamento social dentro das normas de gênero esperadas. Atualmente, observa-se uma maior prevalência de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, entre mulheres. Embora os campos da saúde coletiva e da psiquiatria tenham incorporado os determinantes sociais da saúde em suas análises, ainda há lacunas significativas na abordagem científica das condições sociais que influenciam o processo de saúde-doença mental, persistindo uma tendência à biologização do sofrimento psíquico de mulheres. Ancorado na teoria da determinação social do processo saúde-doença, no feminismo marxista e na psicologia histórico-cultural, este trabalho tem como objetivo elucidar os processos que configuram a determinação social da saúde mental de um conjunto de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade da região metropolitana de Curitiba, Paraná. Para isso, busca desvelar os principais processos críticos, tanto destrutivos quanto protetivos, tanto do cotidiano atual quanto do passado, que dialeticamente condicionam ou condicionaram a manifestação do sofrimento psíquico, especialmente estados depressivos e ansiosos. A pesquisa foi realizada em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e adotou uma abordagem qualitativa, utilizando entrevistas semiestruturadas com sete mulheres da classe trabalhadora, pertencentes a estratos socioeconômicos de menor escolarização, profissionalização e acesso à renda. As entrevistas ocorreram entre março e julho de 2024. Conclui-se que eventos de vida marcados pelo pauperismo, pela violência de gênero, sexual, patrimonial e física, pela alienação do trabalho, por assédios e por eventos traumáticos, entre outras experiências resultantes da configuração social imposta pelo capitalismo tardio e periférico, são, via de regra, determinações dos transtornos depressivos e ansiosos em mulheres. Essa compreensão reorienta as possibilidades de cuidado nas práticas de saúde, visando superar análises fragmentadas e explicações individualizantes, biologizantes e tendentes à responsabilização e culpabilização das mulheres. É imperativa uma maior incorporação da luta política feminista classista na Saúde Coletiva e, em particular, na Política de Saúde Mental, articulando o “nó” gênero-raça/etnia-classe e outros marcadores sociais ao seu planejamento e execução, além do enfrentamento, por meio da intersetorialidade das políticas e da luta social geral, das condições que perpetuam as desigualdades e produzem socialmente o sofrimento psíquico.

Palavras-chave: Mulheres; Saúde Mental; Determinação social da saúde; Sofrimento Psíquico.

ABSTRACT

Historically, women have been understood as naturally inclined to madness, with a privileged *locus* in their physiology, sexuality, and social behavior within expected gender norms. Currently, there is a higher prevalence of mental disorders, such as depression and anxiety, among women. Although the fields of public health and psychiatry have incorporated the social determinants of health into their analyses, significant gaps remain in the scientific approach to the social conditions that influence the mental health-disease process, with a persistent tendency to biologize women's psychological suffering. Anchored in the theory of the social determination of the health-disease process, Marxist feminism, and historical-cultural psychology, this study aims to elucidate the processes that shape the social determination of the mental health of a group of women treated by the Brazilian Unified Health System (SUS) in a city in the metropolitan region of Curitiba, Paraná. To this end, it seeks to unveil the main critical processes, both destructive and protective, in both their current daily lives and past experiences, which dialectically condition or have conditioned the manifestation of psychological suffering, especially depressive and anxious states. The research was conducted in a Psychosocial Care Center (CAPS) and adopted a qualitative approach, using semi-structured interviews with seven working-class women from socioeconomically disadvantaged backgrounds with lower levels of education, professionalization, and income access. The interviews took place between March and July 2024. It is concluded that life events marked by pauperism, gender, sexual, patrimonial, and physical violence, labor alienation, harassment, and traumatic events, among other experiences resulting from the social configuration imposed by late and peripheral capitalism, are, as a rule, determinants of depressive and anxious disorders in women. This understanding reorients the possibilities of care in health practices, aiming to overcome fragmented analyses and avoid individualizing, biologizing explanations and tendencies toward the blame and accountability of women. A greater incorporation of class-based feminist political struggle into Public Health and, in particular, into Mental Health Policy is imperative, articulating the “knot” of gender-race/ethnicity-class and other social markers in its planning and implementation, in addition to addressing, through intersectoral policies and broader social struggles, the conditions that perpetuate inequalities and socially produce psychological suffering.

Keywords: Women; Mental Health; Social Determination of Health; Psychological Distress.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1 A LOUCURA NATURAL DAS MULHERES: CONTRADIÇÕES HISTORICAMENTE CONSTRUÍDAS.....	26
1.1 Quem eram as loucas? Psiquiatria e feminilidades	26
1.2 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira	33
2 O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO CONTEMPORÂNEO DA SAÚDE DAS MULHERES: POSIÇÕES HEGEMÔNICAS	38
2.1 A saúde geral das mulheres brasileiras	39
2.2 Quem são as loucas? Atualizações da causalidade dos transtornos mentais em mulheres	46
2.3 O DSM, a depressão, a ansiedade e os transtornos mentais comuns na interpretação da psiquiatria clássica	50
3 DETERMINANTES E DETERMINAÇÃO DA SAÚDE: DO QUE ESTAMOS FALANDO?54	54
3.1 A teoria unicausal e multicausal da saúde-doença.....	54
3.2 Os determinantes sociais da saúde	58
3.3 A determinação social da saúde	61
3.4 Fissuras do paradigma da causalidade dos transtornos mentais	66
3.5 Achados epidemiológicos: o que alguns estudos (não) evidenciam sobre as determinações dos transtornos mentais em mulheres na atualidade?	68
3.6 Implicações para a Saúde Coletiva e no SUS: qual a diferença dos referenciais para interpretar o sofrimento de mulheres	78
4 AS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA UMA OUTRA PROPOSTA EPIDEMIOLÓGICA DO SOFRIMENTO DE MULHERES	81
4.1 O feminismo marxista: epistemologias dos feminismos	81
4.1.1 Reprodução social e trabalho doméstico no feminismo marxista	83
4.1.2 A dinâmica do nó gênero-raça/etnia-classe.....	84
4.2 A Psicologia Histórico-Cultural.....	86
4.2.1 A formação social da consciência e da personalidade	88
4.2.2. A periodização do desenvolvimento	93
4.2.3 As alterações patológicas da personalidade	99
4.2.4 A dinâmica singular-particular-universal na apreensão do sofrimento psíquico	104
4.2.5 A matriz de processos críticos	105
5 O PERCURSO METODOLÓGICO	108
5.1 Objetivos da pesquisa.....	108
5.1.1 Objetivo Geral	108
5.1.2 Objetivos Específicos.....	109
5.2 Caracterização da pesquisa de campo.....	109
A) Critérios de inclusão:	110
B) Critérios de exclusão:	110
5.2.1 A APS, a RAPS e os serviços de saúde especializada	112

5.2.2 O território estudado	113
5.3 O local de pesquisa	114
5.4 As mulheres participantes.....	115
5.5 As fases da pesquisa.....	117
5.6 Formas de registro.....	119
5.7 Aspectos éticos.....	119
6 TRAJETÓRIAS SINGULARES E PARTICULARES DAS MULHERES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS	121
6.1 Caracterização das participantes.....	122
6.2 Experiências singulares e particulares: como gênero, raça/etnicidade e classe distinguem os processos depressivos e ansiosos nas histórias de vida?	129
Infância	132
Adolescência.....	147
Vida adulta	161
Envelhecimento	181
6.3 Tabelas de desenvolvimento	186
6.4 Matriz de processos críticos	194
7 POR UMA OUTRA PROPOSTA EPIDEMIOLÓGICA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER.....	197
7.1 Articular o fazer saúde: entre o universal e singular, passando pelo particular.....	199
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
9 REFERÊNCIAS	222
APÊNDICE 1. Roteiro de entrevista semiestruturado com mulheres em sofrimento psíquico	239
APÊNDICE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	241

INTRODUÇÃO

Nas ciências humanas e sociais no campo da Saúde Coletiva no Brasil, tem-se estruturado, mais significativamente desde a década de 70 do século XX, o paradigma científico que abarca as condições concretas de vida, reconhecendo-as como impactantes não apenas na saúde física, mas também na saúde mental das populações. Os modelos epidemiológicos contemporâneos são marcados pelos avanços dos movimentos sociais aliados à crítica teórica e prática aos modelos de cuidado reduzidos aos aspectos orgânicos do sofrimento e adoecimento, que nas últimas décadas embasaram a ação psiquiátrica hospitalocêntrica. Nesse cenário, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas (ONU), entre outras, têm adotado, desde o início do século XXI, modelos fundamentados nos determinantes sociais da saúde, visando compreender as desigualdades sociais vividas nas diferentes sociedades e seus efeitos deletérios nas populações (Albuquerque; Silva, 2014).

Ao longo das últimas seis décadas, houve uma forte influência dos movimentos sociais, notadamente o feminismo e o movimento negro, sobre a incorporação, ainda que parcial, de análises críticas sobre sistemas de opressão no campo da Saúde Coletiva, juntamente com o debate de pesquisadores marxistas sobre as implicações da exploração capitalista na vida e saúde da classe trabalhadora e seus estratos. É crucial reconhecer que as condições em países periféricos seguem trajetórias distintas dos contextos europeus e norte-americanos. Nos países considerados subdesenvolvidos, emerge uma complexa intersecção de processos cujos elementos mais visíveis ou suscetíveis à “manipulação” ou “controle” são apontados como “os fatores” determinantes dos adoecimentos, por vezes escamoteando que tais fatores não são os processos generativos dos adoecimentos em si, mas apenas uma expressão parcial, elementar, destes.

Tratam-se de processos socioculturais, econômicos, políticos e demográficos, profundamente enraizados em contextos históricos coloniais, patriarcais e escravocratas, que se atualizam nos mecanismos de exploração-opressão da contemporaneidade (Arruzza; Bhattacharya; Fraser, 2019). Neste contexto

específico, é fundamental compreender as nuances que delineiam a realidade das mulheres brasileiras trabalhadoras dos estratos de menor escolaridade, qualificação profissional e renda, foco desta pesquisa. A seguir, descrevemos alguns aspectos do contexto em que estão inseridas essas mulheres, pertencentes aos estratos de classe das nossas entrevistadas, por meio de informações veiculadas em relatórios e sites de instituições técnico-científicas e governamentais.

Em 2021, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) lançou a segunda edição do Informativo de Estatísticas de Gênero, que analisou dados provenientes de uma variedade diversa de fontes, incluindo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua - PNAD Contínua, a Projeção da População por Sexo e Idade, as Estatísticas do Registro Civil, a Pesquisa Nacional de Saúde - PNS e a Pesquisa de Informações Básicas Estaduais e Municipais. É importante notar que os dados utilizados para compilar este informativo são referentes ao ano de 2019, anterior à eclosão da pandemia de covid-19. O informativo ressalta que aos membros, como o Brasil (desde 2012), do Grupo Interinstitucional de Peritos em Estatísticas de Gênero (Inter-Agency and Expert Group on Gender Statistics - IAEG-GS)¹, cabe a responsabilidade de: "identificar áreas prioritárias no debate sobre desigualdades de gênero e fortalecer as capacidades estatísticas para produção de informações relevantes para essa temática" (IBGE, 2021).

Dentre os principais achados veiculados no documento, destaca-se a **dificuldade enfrentada pelas mulheres para ingressar no mercado de trabalho**, com uma notável disparidade na participação, especialmente entre as mulheres negras. Para pessoas entre 25 e 49 anos, o documento indica que a presença de crianças com até 3 anos de idade no domicílio exerce uma influência significativa na ocupação das mulheres no mercado de trabalho. Nesta realidade, as mulheres negras apresentam os índices de ocupação mais baixos, ficando abaixo de 50%, em comparação com as mulheres brancas, com uma diferença de aproximadamente 13%. Para as mulheres sem crianças nessa faixa etária, as taxas de ocupação foram de 63,0% entre mulheres pretas e 72,8% entre mulheres brancas (IBGE, 2021, p. 3).

¹ Iniciativa coordenada pela Divisão de Estatística das Nações Unidas (United Nations Statistical Division - UNSD), composta por representantes de programas de estatísticas de gênero de instituições internacionais, regionais e nacionais.

A **divisão desigual das responsabilidades no âmbito privado-doméstico e de cuidado** também segue um padrão que tem cor. Ao analisar a variável de cor ou raça, torna-se evidente que as mulheres pretas ou pardas dedicam mais tempo aos cuidados de pessoas e às tarefas domésticas, registrando uma média de 22,0 horas semanais em 2019, em comparação com as 20,7 horas das mulheres brancas. Algumas outras disparidades ainda podem ser apontadas, como o fato de as mulheres receberem, em 2019, pouco mais de 77% do rendimento dos homens, indicando também que as menores remunerações e maiores dificuldades enfrentadas pelas mulheres no mercado de trabalho não podem ser atribuídas à educação. Ao contrário, as informações disponíveis indicam que, em média, as mulheres brasileiras possuem um nível de instrução superior ao dos homens, representando maioria nos cursos superiores (IBGE, 2021).

Além das disparidades salariais e da divisão desigual do trabalho doméstico, o documento ressalta uma **mudança demográfica no Brasil, com uma redução nas taxas de fecundidade e um aumento proporcional de idosos na população**. Tal dado reverbera na consolidação da demanda de uma atenção ampliada a questões como seguridade social, proteção no mercado de trabalho, acessibilidade e, sobretudo, o cuidado às pessoas idosas. Quando esse trabalho de cuidado não é remunerado e recai sobre familiares, frequentemente são as mulheres que assumem este papel. Filhas, noras e cunhadas geralmente desempenham essas funções dentro do domicílio. A naturalização do cuidado como uma responsabilidade exclusivamente feminina tem sido objeto de estudo no campo das ciências sociais e da saúde coletiva (IBGE, 2019; Hirata, 2022; Hirata; Kergoat, 2007; Peres, 2020).

Ao analisarmos a pauta da **violência contra as mulheres**, mesmo considerando a subnotificação dos casos de violência sexual e a falta de pesquisas específicas sobre violência por parceiro íntimo (VPI), os dados são alarmantes. Por exemplo: 30,4% dos homicídios de mulheres ocorreram no próprio domicílio, enquanto para os homens, este número foi de apenas 11,2%; revelando como indicador, as taxas de **feminicídio**. Entre as mulheres, as pretas ou pardas apresentaram taxas de homicídio significativamente maiores do que as mulheres brancas, tanto dentro quanto fora do domicílio. No ambiente doméstico, a taxa de homicídios para mulheres pretas ou pardas foi 34,8% superior à das mulheres brancas, enquanto fora do domicílio, essa diferença chegou a alarmantes 121,7% (IBGE, 2021).

Os dados coletados até 2019 não refletem o impacto da pandemia de covid-19 e suas consequências objetivas e subjetivas para as mulheres brasileiras. No Brasil, a primeira vítima registrada da doença foi uma mulher negra de 63 anos, empregada doméstica na zona sul do Rio de Janeiro; um trágico dado que, lamentavelmente, não surpreendeu a população. Durante e após o período pandêmico, além do aumento significativo na intensidade dos cuidados, observou-se um crescimento estarrecedor nos casos de feminicídio, violência por parceiro íntimo (VPI) e nos encargos relacionados ao cuidado de enfermos, entre outros desafios (FIOCRUZ, 2020). Em um relatório publicado pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) em 2020, ficou claro que **as mulheres, em particular, são extremamente vulneráveis em situações de crise que resultam em perda ou redução de renda**. Esta vulnerabilidade é destacada pelo fato de que as mulheres ganham salários mais baixos, possuem menos acesso a benefícios previdenciários, constituem a maioria dos arranjos familiares monoparentais, são predominantemente encontradas no mercado de trabalho informal e enfrentam índices de pobreza mais elevados (Barroso; Gama, 2020; Peres, 2020).

No país que tem cerca de 11 milhões de famílias compostas por mães solo, com mais da metade dessas vivendo abaixo da linha da pobreza, segundo dados do IBGE, são elas, as mulheres, as que mais sofrem os impactos provocados pelo novo coronavírus (Peres, 2020, p. 21).

No campo acadêmico da Saúde Coletiva, em particular no debate epidemiológico contemporâneo, é amplamente reconhecido que as mulheres, devido às suas especificidades (ao menos) de sexo, estão mais suscetíveis a condições de agravamento da saúde, como a mortalidade por doenças cardiovasculares relacionadas ao estresse, incluindo hipertensão e infarto agudo do miocárdio (Schmidt *et al.*, 2019), uma maior prevalência de distúrbios do sono (Moreno *et al.*, 2018) e doenças crônicas não transmissíveis, como a diabetes (Silva *et al.*, 2021). Além disso, enfrentam fenômenos sociais mais prevalentes, como a violência por parceiro íntimo (VPI) (Pinto *et al.*, 2021). Esses indicadores de saúde, analisados constantemente por diversas disciplinas e especialidades médicas, estão sustentados em uma suposta premissa de que as mulheres, devido às suas especificidades biológicas e, por vezes, sociais de sexo/gênero, enfrentam condições de saúde desfavoráveis.

Cabe ressaltar que boa parte das pesquisas sempre foi conduzida por homens e para homens, sendo que o que é considerado típico em livros geralmente reflete apenas a perspectiva masculina. Não à toa, as queixas das mulheres e seus interesses costumam ser negligenciados (Rohden, 2001). As condições clínicas pesquisadas não são afetadas apenas por aspectos pessoais, mas também estão ligadas a características e modos de vida de grupos específicos, como a dificuldade de acesso aos serviços e políticas públicas de saúde enfrentada por mulheres pretas e indígenas (Silva; Azeredo, 2019), mulheres em áreas rurais ou quilombolas (Soares; Meucci, 2020), assim como por mulheres trans e travestis (Baccarim; Tagliamento, 2020).

Ainda que o panorama acima apresentado de indicadores sociais desfavoráveis ao *bem viver* das mulheres seja bastante contundente, o debate em Saúde Coletiva, no que tange à saúde mental e, em específico, à epidemiologia psiquiátrica, pouco incorpora este panorama nas análises e explicações para os sofrimentos de mulheres. Faz-se necessário, portanto, evidenciar como a saúde mental das mulheres tem sido caracterizada no contexto específico da psiquiatria, com ênfase nos principais agentes e meios de informação.

Nos espaços técnicos desse campo, como a Associação Americana de Psiquiatria (*American Psychiatric Association - APA*), responsável pela produção do principal material utilizado em escala global, o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM)*, atualmente em sua quinta edição, assim como na produção acadêmica em geral ao longo das últimas décadas, destaca-se que a especificidade da ocorrência de transtornos mentais (na população como um todo, e com maior ênfase aqui) em mulheres tem sido, em sua maioria, atribuída notadamente a uma predisposição biológica. Essa predisposição nas/das mulheres é frequentemente associada a aspectos reprodutivos, alterações neuroquímicas e hormonais, ou ainda a alguma fragilidade do sistema nervoso central (APA, 2014; Engel, 2004; Saffioti, 2015; Silva; Almeida, 2023).

Este paradigma, cuja origem remonta ao final da década de 1880, destaca a prevalente predisposição biológica das mulheres para transtornos mentais, evidenciando sua especificidade de sexo (Rohden, 2001; Engel, 2004). Neste contexto, a fisiologia específica do organismo feminino estaria intrinsecamente ligada

às propensões ao adoecimento mental. Períodos como menstruação, gravidez, parto, pós-parto e menopausa seriam, portanto, aspectos fundamentalmente priorizados na definição e diagnóstico das enfermidades mentais que afetam mais frequentemente ou de maneira específica as mulheres (Engel, 2004). Nesse contexto, Engel (2004) e Rohden (2001) destacam a marcante influência desses elementos fisiológicos na compreensão das condições mentais femininas, salientando como a biologia desempenha um papel central na abordagem diagnóstica, alinhando esses elementos aos referenciais sociais do "ser mulher" da época. Ressaltamos, por sua vez, que os transtornos mentais eram interpretados a partir da gênese biológica e submetidos às expectativas sociais do "ser mulher", referenciais culturalmente construídos e considerados como condição de normalidade na época: casada, mãe, branca, heterossexual, feliz com as atribuições do lar. Essas explicações também eram utilizadas para justificar as diferenças entre raças, classes e nações (Rohden, 2001). Como exploraremos mais detalhadamente adiante, esses referenciais, tanto da unicausalidade biológica dos transtornos mentais quanto das expectativas sociais sobre o ser mulher, respaldam uma série de violações de direitos contra meninas, mulheres e senhoras nos manicômios, colônias e demais instituições de "tratamento" psiquiátrico nos últimos dois séculos.

Na produção acadêmica, artigos recentes ainda trazem bases obsoletas que optam pela causalidade biológica, centrada na diferença entre os sexos, constatando fatores de risco ou de exposição e predisposições biológicas para o adoecimento psíquico (Alfing *et al.*, 2013; Borges; Hegadoren; Miasso, 2015). Em artigos dos últimos quatro anos que investigam a causalidade ou fatores associados aos transtornos depressivos e ansiosos em mulheres brasileiras, apesar de a teoria biológica ser ainda muito presente, é notável a "adequação" acadêmica à perspectiva dos determinantes sociais da saúde veiculada pela OMS, elencando com efeito que as condições de pobreza, vulnerabilidade econômica, insegurança alimentar, menor escolaridade, violência por parceiro íntimo, entre outros, apresentam associações estatisticamente significativas com os transtornos descritos (Santos *et al.*, 2019; Silva; Azeredo, 2019; Sousa *et al.*, 2019; Feitosa; Fernandes, 2020; Quadros *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Silva; Leite, 2020; Soares; Meucci; Barros *et al.*, 2021; Grapiglia *et al.*, 2021).

Entretanto, é passível de constatação que embora o impacto do "ambiente" ou "meio social imediato" na definição de diagnósticos seja levado em conta, este não

tem sido o foco central dos especialistas e pesquisadores/as. No contexto social, este aspecto muitas vezes é relegado a uma esfera inferior, considerado como um "fator que pode facilitar o desenvolvimento de alguma condição que já está determinada" (Silva; Almeida, 2023, p. 141). No campo da saúde mental, portanto, apesar da incorporação dos determinantes sociais como fatores contribuintes para o sofrimento psíquico, as esferas "psico" e "social" do paradigma biopsicossocial geralmente são consideradas subordinadas à esfera biológica, historicamente reconhecida como a principal (Silva; Almeida, 2023).

Borloti, Bezerra e Neto (2010) afirmam que os primeiros sintomas da depressão atingem mulheres em idade fértil, ativas e se reportam a estudos desenvolvidos na última década, os quais revelam que diferentes fases do ciclo reprodutivo têm se apresentado como fatores estressores ou de maior vulnerabilidade para determinados transtornos psíquicos. Por esta razão, os autores destacam que são evidenciados fatores como: alterações neuroquímicas, hormonais, associados a agravos menstruais, de personalidade, *predisposição biológica*, fatores esses multifatoriais de causalidade, que atingem mulheres com idade de 30 a 50 anos, resultado que vem ao encontro dos dessa pesquisa (Alfing *et al.*, 2013, p. 34, grifos nossos)

O presente estudo demonstrará, no caso da epidemiologia psiquiátrica das mulheres, que os determinantes são frequentemente tratados nos estudos quantitativos alinhados ao paradigma científico positivista-funcionalista, como variáveis isoladas e, principalmente, como atributos das mulheres, ou como fatores de estresse ou de riscos por elas "gerenciáveis", ao invés de como indicativos de processos estruturais, complexos, multidimensionais e interdependentes (Breilh, 2010; Bones, Bellenzani, 2024). Em uma análise crítica, esses processos historicamente se configuram nos níveis econômico, político, cultural, institucional, comunitário, familiar e psicológico, de modo indissociável, e, portanto, não podem ser analisados isoladamente, como se fossem do âmbito das escolhas das mulheres entre diferentes estilos de vida (Breilh, 2006).

Esse é o cerne da crítica produzida à epidemiologia clássica pela epidemiologia social crítica latino-americana, representada, entre outros, por autores como Jaime Breilh e Asa Cristina Laurell, desde a década de 1970. Esta crítica se materializa na proposição da tese da determinação social do processo saúde-doença, enfatizando a necessidade de fundamentar a epidemiologia pelas ciências humanas e sociais (no caso desta tese, pela teoria social de Marx e Engels) com o objetivo de elucidar a causa das (supostas) causas e da manifestação de certos fatores de risco. Aqui, fazemos um paralelo, defendendo a mesma função de fundamentação dos ditos

estudos qualitativos para os estudos quantitativos. Afinal, a construção de instrumentos de *survey*, por exemplo, necessita de questões formuladas com embasamento das teorias sociais, juntamente com achados da pesquisa qualitativa, assim mais capazes de apreender aspectos singulares e particulares, além dos processos de sentido pessoal e significações histórico-culturais.

Em específico, a teorização em torno da determinação social do processo saúde-doença busca resgatar e ressaltar o caráter histórico e ético-político da epidemiologia em específico e da Saúde Coletiva como um todo. Propõe, entre outras coisas, uma hierarquização dos vários determinantes, que diferem em seus níveis de implicação na determinação social mais geral da saúde-doença, em que o biológico é subsumido à complexidade dos processos da vida social. A esta, portanto, estaria subordinada e sobredeterminada a biologia humana (Breilh, 1991; Laurell, 1976).

Ao reconhecer que as condições sociais, econômicas, políticas e culturais desempenham um papel fundamental no processo saúde-doença (e não atuam de modo direto, segundo fatores de risco autônomos entre si), essa abordagem contribui para o debate em saúde mental das mulheres, com vias à superação das explicações organicistas e centradas no nível individual-comportamental que no máximo estabelece uma relação mecânica e presenteísta como o “ambiente social”. Tais explicações tendem a reduzir a historicidade, dialética e totalidade que envolvem os processos críticos, complexos, a uma dicotomização entre fatores comportamentais de risco e de proteção, que se tornam categorias centrais de investigação causal.

Apesar de a corrente crítica latino-americana ter sido subaproveitada, ou deliberadamente negligenciada, pelas instituições técnicas internacionais citadas anteriormente, na área da saúde, sua relevância tem ganhado notoriedade nos últimos anos, sendo apresentada ainda recentemente por grandes autoras e autores da pesquisa qualitativa em saúde em sessões de debate (Breilh, 2021; Minayo, 2021).

Dessarte, este trabalho visa contribuir para um campo científico em disputa: a causalidade ou determinação dos transtornos mentais na contemporaneidade capitalista, com ênfase no sofrimento psíquico de mulheres. Defende-se que o modo como se conceitua e explica determinado fenômeno/adoecimento atua significativamente sobre o modo como se responde socialmente às demandas a este

relacionadas, seja na sociabilidade em geral, nas políticas de Estado ou nos movimentos de luta e resistência. **O objetivo da pesquisa**, portanto, é elucidar os processos pelos quais se configura a determinação social da saúde mental de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em uma cidade da região metropolitana de Curitiba, Paraná, identificando os principais eventos críticos, tanto do cotidiano atual quanto pregresso, que condicionam/condicionaram a manifestação de sofrimento psíquico, especialmente estados depressivos e ansiosos. É possível sustentar a pertinência deste trabalho em consonância com o esforço coletivo de produzir tensionamentos à práxis hegemônica pelo modelo unicausal e biologicista dos transtornos mentais, bem como ao modelo dos determinantes sociais da saúde que “modernizam” os referenciais da multicausalidade, mais conhecido como modelo biopsicossocial da saúde-doença.

O presente trabalho almeja contribuir para a defesa do maior alcance explicativo das análises assentadas na teoria da determinação social do processo saúde-doença, na Psicologia Histórico-Cultural e no Feminismo Marxista, buscando, dessa forma, colaborar com o avanço de abordagens clínico-epidemiológicas alternativas para análises do tema e, sobretudo, com seus desdobramentos. Avaliamos que tais desdobramentos são relevantes no que tange às práticas e políticas de cuidado integral à saúde, à proteção social, redução de desigualdades e, especificamente, à política de saúde mental do Brasil, na qual se pauta a atenção ao sofrimento psíquico. Outrossim, **a premissa adotada e desenvolvida neste estudo se configura na seguinte: os transtornos mentais em mulheres brasileiras, ou, de forma mais abrangente, os sofrimentos vivenciados por mulheres, considerando a diversidade que as constitui, são forjados em meio às condições de classe e demais condições histórico-sociais e psicossociais de opressão-subordinação.** Ademais, concordamos com Santos (2009) quando menciona que:

Enquanto o campo da saúde mental se voltar apenas para a saúde reprodutiva, ou seja, caso todo o esforço científico se concentre em projetos e pesquisas que abordam transtornos relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher, tais como transtornos disfóricos pré-menstruais, transtornos de humor e ansiedade pré-natal e pós-natal e transtornos relacionados à menopausa, persistirão o silêncio e a exclusão dos sujeitos em sofrimento psíquico (Santos, 2009, p. 1181).

A presente pesquisa combina investigação teórica e de campo, utilizando observação participante e entrevistas semiestruturadas com mulheres diagnosticadas com depressão, ansiedade ou transtornos mentais comuns (TMC), vinculadas a serviços de saúde do SUS na cidade de Araucária, região metropolitana de Curitiba, Paraná. Neste percurso, as histórias de Adelina, Nise, Leonora, Carla, Maria, Aurora e Maura acompanham o desenvolvimento da pesquisa. A escolha do território ocorreu a partir do interesse mútuo entre a universidade e a gestão pública do município para o desenvolvimento da pesquisa, segundo a premissa desta de que pesquisas podem contribuir com o desenvolvimento das políticas em nível local. Foram incluídas mulheres entre 18 e 65 anos, com níveis de autonomia e cognição preservados, que estão em acompanhamento no serviço da rede de atenção especializada, os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS. Não foram incluídas mulheres que, em algum momento, apresentaram desorganização psíquica significativa, impossibilitando a comunicação durante a entrevista, ou que não atendiam ao critério etário. A pesquisa de campo foi realizada entre março e julho de 2023, e as fases do estudo seguem o cronograma detalhado no capítulo "*O percurso metodológico*".

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado "Saúde mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares". Baseado no mesmo referencial teórico, o projeto investigou inicialmente dois grupos: mulheres com depressão e ansiedade, foco desta pesquisa, e pessoas que ouvem vozes, sob regência da pesquisadora Victória de Biassio Klepa, com quem tive o privilégio de compartilhar as idas a campo. Por fim, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal do Paraná, em março de 2024, sob o CAAE: 70498423.9.0000.0102.

Um ponto de partida foram as mulheres com determinados transtornos mentais, que, na linguagem psiquiátrica clássica, correspondem aos transtornos depressivos, transtornos ansiosos e também aos transtornos mentais comuns (TMC). A escolha desses transtornos se deve à sua associação mais proeminente com o "sexo feminino", conforme a pesquisa epidemiológica psiquiátrica tradicional (APA, 2014), ou seja, com as mulheres (sim, elas e suas vidas são reduzidas à variável sexo). Como destacado no "*World Mental Health Report*" da OMS (2022), há uma prevalência mais elevada de transtornos depressivos e ansiosos entre mulheres, que,

ao longo da vida, têm 50% mais probabilidade de desenvolver esses distúrbios em comparação aos homens. Vale destacar que, neste trabalho, optamos por utilizar os termos "depressão" e "ansiedade" em vez de "transtorno depressivo" e "transtorno de ansiedade", por considerá-los mais abrangentes e para evitar uma associação direta com a concepção psiquiátrica contida no termo "transtorno". O uso do termo "transtornos" refere-se a uma categoria amplamente empregada, sem implicar adesão irrestrita à sua definição psiquiátrica (Almeida, 2018).

O percurso dos capítulos busca dar continuidade às ideias inicialmente apresentadas nesta Introdução, aprofundando a exposição da sustentação teórica que possibilita a análise das entrevistas e a verificação das hipóteses teórico-práticas subsequentes. O trabalho é dividido em sete capítulos, proporcionando uma leitura que permite compreender o tema desde sua produção e expressão em tendências mais gerais (universalidade) até suas expressões mais singulares (história de vida única de cada mulher participante, curso de seu desenvolvimento e personalidade). Da historicidade da sociedade e da emergência das loucas manicomizadas, passando pela compreensão dos modos de vida coletivos, segundo perfis de mulheres na conjuntura atual, até a singularidade da vida de cada entrevistada. Também tentamos “tatear” “propostas para o futuro”, a fim de que as redes de cuidados e as macropolíticas venham a convergir na proteção do desenvolvimento e da vida das mulheres e, em casos específicos, em práticas que venham a tecer um cuidado integral às mulheres - estas desde sempre, força motriz de toda reprodução da vida da classe trabalhadora.

“O trabalho de reprodução - assalariado ou não - é realizado por mulheres², e isso não é um mero acaso da realidade, nem um fenômeno desconectado da lógica interna do capitalismo” (Moraes; Roncato; Esquenazi, 2023, p. 50). Em tempos de crise estrutural do capitalismo, com efeitos particulares nos países periféricos, há, em seu interior, a crise da reprodução social, em que a vida daquelas que majoritariamente exercem esse trabalho é precarizada, entre outros fatores, pela redução dos recursos aplicados pelo Estado em saúde, educação, assistência e previdência, além da pauperização provocada pelo achatamento salarial, que torna a

² Os/As leitores/as verão o quão importante é esse debate (que será retomado em outras seções) em função do perfil das mulheres estudadas que se apresentam como “donas de casa”, expressão cotidiana para se referir ao trabalho de reprodução social (também referido como de reprodução da vida, ou reprodução da força de trabalho) do tipo doméstico, ou seja, em casa junto à dinâmica familiar, não remunerado.

vida uma luta pela sobrevivência. Tal crise repercute na maior possibilidade de violência de gênero, tanto dentro quanto fora das unidades domésticas, como “punição” às mulheres que não conseguem realizar, conforme as expectativas sociais, as atividades necessárias à reprodução da força de trabalho que lhes foram designadas nas economias capitalistas-patriarcais, ou ainda, ao tentarem romper relações violentas em busca de maior autonomia (Moraes; Roncato; Esquenazi, 2023).

Seguindo, então, o primeiro capítulo, intitulado *"A loucura natural das mulheres: contradições historicamente produzidas"*, apresenta brevemente uma interpretação marxista da história da loucura e seu intrínseco papel na subordinação-exploração de mulheres. Passamos às noções históricas dos transtornos mentais em mulheres brasileiras, destacando as mulheres "loucas" dos últimos séculos. Há um esforço em compreender o movimento histórico da Luta Antimanicomial e da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) em paralelo ao avanço dos movimentos sociais, como o Movimento Negro e Feminista. Inclusive, aqui uma pequena digressão: o interesse pelo tema da saúde mental das mulheres e a defesa da abordagem antimanicomial pela mestrandia data de seu primeiro ano de graduação, influenciada a época pelo livro que evoca sentimentos viscerais de angústia, a nível nacional: "O Holocausto Brasileiro", de Daniela Arbex. Um incômodo biliar que esteve na gênese da história pessoal como pesquisadora, frente à necessidade de aprofundar o entendimento do tema de modo a “digerir” melhor todo o impacto desta obra.

No segundo capítulo, *"O cenário epidemiológico contemporâneo da saúde das mulheres"*, apresentamos o panorama mais amplo da saúde das mulheres brasileiras, detalhando informações veiculadas em documentos oficiais conforme exposto inicialmente nesta introdução. Busca-se neste capítulo sinalizar as posições hegemônicas atuais em saúde e saúde mental, conceituando os transtornos depressivos e ansiosos e sua relação com a caracterização do sofrimento de mulheres.

O terceiro capítulo, *"Determinantes e determinação da saúde: do que estamos falando?"*, é dedicado à sistematização das discrepâncias e implicações subsequentes entre o referencial dos determinantes sociais da saúde e a determinação social da saúde. Este capítulo foi preliminarmente estruturado como um artigo e nele são discutidas as concepções unicasais e multicasais da saúde-doença, conceituadas as vertentes dos determinantes e da determinação social, e

suas aplicações no campo da Saúde Coletiva. Ao final deste capítulo, apresentamos algumas inquietações recentes, resultado de revisão de um conjunto de pesquisas epidemiológicas dos últimos quatro anos, sobre o que tem sido apontado como a causalidade ou fatores de risco dos transtornos mentais em mulheres.

O quarto capítulo, intitulado "*As bases teórico-metodológicas para uma outra proposta epidemiológica do sofrimento psíquico de mulheres*", explora os fundamentos para a construção de uma nova abordagem epidemiológica dos transtornos mentais. Nele, são apresentados os aportes teóricos críticos que servem como lente para a análise das entrevistas. Descrevem-se os principais conceitos do feminismo marxista, com a explicação da dinâmica do "nó" gênero-raça/etnia-classe, assim como os principais conceitos advindos da Psicologia Histórico-Cultural (PHC). O capítulo sustenta, junto à teoria feminista marxista e à determinação social do processo saúde-doença, o alicerce da epidemiologia crítica do sofrimento psíquico. Dois materiais utilizados para a análise são conceituados: a periodização do desenvolvimento desde a PHC, salientando a produção do sofrimento ao longo da infância, adolescência e idade adulta e suas repercussões sobre a personalidade, que atuam no plano singular; e a matriz de processos críticos, instrumento proposto por Jaime Breilh (2006) para a investigação de perfis epidemiológicos, contendo dimensões significativas para a construção de uma Saúde Coletiva atenta à heterogeneidade e contradições das sociedades capitalistas - este material atua também no plano particular e universal.

O quinto capítulo, intitulado "*O percurso metodológico*", delineia a trajetória da pesquisa de campo, seguida dos procedimentos metodológicos adotados. O capítulo inclui a descrição das fases da pesquisa, informações sobre as mulheres participantes, os instrumentos de coleta utilizados e outros detalhes técnicos e éticos.

No sexto capítulo, intitulado "*Trajetórias singulares e particulares das mulheres com transtornos depressivos e ansiosos: análise das entrevistas*", apresentamos uma descrição dos relatos, seguida de uma análise a partir do referencial teórico já exposto. Em seguida, realizamos um exercício de análises mais centradas no plano singular, ou seja, do que se configurou como único na vida de cada mulher, com base na periodização do desenvolvimento, cujas **vivências revelam a singularização de determinados processos críticos identificados e organizados segundo a matriz de processos críticos proposta por Breilh.**

Por fim, no sétimo capítulo, "*Por uma outra proposta epidemiológica na saúde mental de mulheres e das políticas de saúde da mulher*", objetivamos articular as trajetórias singulares de vida em um nível maior de generalização e realizar uma síntese, segundo a qual é possível lançar algumas hipóteses consistentes de que as determinações da depressão e dos transtornos ansiosos em mulheres estão profundamente intrínsecas aos processos de opressão e subordinação do nó gênero-raça/etnia-classe.

1 A LOUCURA NATURAL DAS MULHERES: CONTRADIÇÕES HISTORICAMENTE CONSTRUÍDAS

O presente capítulo desempenha um papel crucial no desenvolvimento desta pesquisa, buscando fornecer ao leitor/leitora uma compreensão abrangente do contexto e dos protagonistas do sombrio passado das meninas, mulheres e senhoras que foram categorizadas como "loucas" nos últimos séculos. Abordaremos de forma sucinta a interpretação marxista da história da loucura, assim como o tema da família monogâmica e seu papel intrínseco na regulação da vida e sexualidade femininas, dentro da formação da ordem burguesa. Além disso, exploraremos os diagnósticos, prognósticos e os espaços destinados ao chamado "tratamento" das mulheres, destacando os avanços históricos da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) e enfatizando os movimentos sociais que contribuíram para sua construção, como a Luta Antimanicomial, o Movimento Negro e Feminista.

1.1 Quem eram as loucas? Psiquiatria e feminilidades

No livro "A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado", Engels (2017, p. 76) assinala que "a primeira opressão de classe coincide com a opressão do sexo feminino pelo masculino". Isso ressalta a importância de reconhecer que o patriarcado e o racismo existiam antes mesmo do surgimento do sistema de produção capitalista. No entanto, essas opressões encontraram, nesse sistema, novas formas de exploração e subordinação, além de serem aprofundadas. Como observado por Passos e Pereira (2017, p. 31), "o capitalismo perpetua e é mantido pelas desigualdades e opressões/explorações de classe, gênero e raça". Historicamente, o patriarcado, em confluência com a persistência do sistema capitalista, sujeitou as mulheres a processos de subordinação ao gênero masculino. Isso ocorreu através da divisão sexual do trabalho e de esforços promovidos tanto pelo capital quanto pelo Estado e outras instituições sociais (Saffioti, 2015).

Quando se passou a criar animais para corte ou tração, sua reprodução mostrou-se de grande valor econômico. Foi fácil, então, perceber que, quanto mais filhos um homem tivesse, maior seria o número de braços para cultivar áreas mais extensas de terra, o que permitia maior acumulação (Saffioti, 2015, p. 128).

Nesse contexto, denota-se o patriarcado como uma ideologia historicamente construída que proclama uma suposta supremacia do gênero masculino sobre o feminino. Essa supremacia é mantida através do medo, do controle e, historicamente, de eventos como a perseguição às "bruxas" (Federici, 2017). Além disso, o patriarcado se utiliza de instituições, conhecimentos científicos e da produção de subjetividade para consolidar seu domínio (Costa; Passos; Gomes, 2017; Saffioti, 2015). Conforme observado por Saffioti (2015), "é importante lembrar que o patriarcado serve aos interesses dos grupos/classes dominantes e que o sexismo não é apenas um preconceito, mas também o poder de agir de acordo com ele".

A realidade brasileira, desde sua gênese colonizada e escravagista, foi moldada como peça acessória de um sistema econômico e cultural capitalista em expansão global. Não surpreende, portanto, que, em conformidade com a manutenção de estruturas de opressão e dominação, a inauguração do primeiro "hospital de alienados" no Brasil tenha antecedido a criação da especialização médica em Psiquiatria. Em 1859, foi fundado o Hospital Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, então capital do país. A consolidação da psiquiatria brasileira como campo de conhecimento especializado e autônomo ocorreu posteriormente, em 1879, com a inclusão da cadeira de Clínica Psiquiátrica nos cursos de medicina, resultando na monopolização da narrativa sobre loucura e normalidade (Engel, 2004). No período subsequente, após a proclamação da República e a abolição da escravatura, as políticas e características sociais passaram a refletir os interesses das primeiras administrações republicanas. A sociedade foi organizada de acordo com o ideal dominante de desenvolvimento nacional (Costa; Passos; Gomes, 2017). Nesse contexto, a medicina psiquiátrica e ginecológica da recém-formada República, predominantemente composta por homens brancos de classe abastada no corpo docente e discente, desempenhou um papel significativo nas políticas de controle social da época (Rohden, 2001).

As elites brasileiras, inspiradas pelas teorias eugenistas que se formularam na Europa e nos Estados Unidos, preocupavam-se profundamente com a formação do "novo trabalhador brasileiro", cidadão da pátria, disciplinado e produtivo – e, evidentemente, dedicavam muitas horas discutindo "o embranquecimento e o fortalecimento da raça" (Rago, 2004, p. 487).

Atrelada à Liga Brasileira de Higiene Mental, marcada por princípios eugênicos, a psiquiatria brasileira nos primeiros anos do século passado estabeleceu

uma conexão entre a ideia de loucura e desvio de comportamento. A missão atribuída ao conhecimento médico e psiquiátrico era prevenir que esses desvios culminassem em estados de insanidade. Isso implicava na identificação, no contexto social, de "focos de contaminação", visando ajustar comportamentos e características da população de acordo com um padrão estabelecido pelos interesses dominantes da época como sendo "normal" (Engel, 2004). Durante aquele período, os comportamentos considerados desviantes estavam diretamente associados à pobreza, raça e condutas moralmente condenáveis, conforme as expectativas de gênero e a imposição de controle e restrições sobre as mulheres. Qualquer comportamento que divergia dos padrões culturais estabelecidos era diagnosticado como sinal de doença mental, resultando na internação em hospitais psiquiátricos, colônias e asilos.

Mesmo que essa normatividade fosse segregadora, o internamento de pessoas em instituições com base em alegações psiquiátricas era visto como uma medida preventiva e terapêutica avalizada por psiquiatras em todo o Brasil (Siqueira; Campos, 2022). Essa lógica não apenas levou à internação daqueles e daquelas considerados desviantes, mas também dificultou ou impediu que pessoas pobres e negras saíssem dos hospitais psiquiátricos, transformando-os em instrumentos de repressão voltados àqueles indesejados pela sociedade, efetivamente representando uma verdadeira operação de encarceramento da população considerada anormal e de menor valia (Celeste, 2019).

Dentro desse contexto, voltamos nossa atenção para as mulheres destinadas a esses supostos locais de tratamento. Quem eram, então, as mulheres loucas predestinadas ao confinamento em colônias e manicômios? Arbex (2013) registra que aquelas que enfrentaram tal destino eram as mulheres pobres, negras, lésbicas, bissexuais, aquelas que perderam a virgindade e/ou engravidaram antes do casamento, as abandonadas pelos maridos, as que buscavam tomar controle de suas próprias vidas ou participar ativamente da vida pública, as excessivamente melancólicas, as excessivamente alegres, as mulheres que se tornaram incômodas a pessoas com mais poder, por exemplo, ao engravidar de um patrão que a violentou sexualmente sendo ela uma empregada doméstica da residência, e tantas outras.

É importante observar que o corpo e a sexualidade de mulheres sempre foram fonte de fascinação e apreensão por parte dos médicos e alienistas do passado. Essa ambiguidade perdurou ao longo do tempo, com as mulheres sendo alternadamente

retratadas como seres dóceis, sentimentais e com anseios pelo casamento e maternidade, e em outros momentos como portadoras de instintos malignos, astutas e potencialmente perigosas para a sociedade, tidas como *portadoras naturais da degeneração* (Nunes, 1991). Em decorrência dessas visões contraditórias, o corpo de mulheres era frequentemente identificado como o epicentro da loucura, o que o tornava alvo principal das tentativas de normalização por parte da medicina e da psiquiatria. A fisiologia específica das mulheres era vista como detentora das chaves para compreender sua saúde mental - a menstruação, a gravidez, o puerpério e o parto eram considerados aspectos cruciais na definição e diagnóstico das doenças mentais que afetavam as mulheres com maior frequência ou de forma distinta (Engel, 2004).

A antropóloga Marcela Lagarde (*et al.*, 2005, p. 40) destaca que o paradigma de racionalidade masculina produziu, o que ainda não foi superado até os dias atuais, pelo menos não no imaginário sociocultural, o que é denominado “*locura genética de todas las mujeres*”, ou seja, a loucura convertida em característica naturalizada em todas as mulheres, com gênese no gênero, na sua reprodutividade, na sexualidade ou na relação com outros (Rohden, 2001; Engel, 2004; Magno, 2017).

Edifica-se um ideal feminino sentimental e frágil, que deveria casar e ser mãe, ao mesmo tempo que existe um imaginário de volatilidade feminina que acarreta na necessidade de criação de estratégias que controlassem as mulheres para garantir o desempenho do seu papel social. Aquelas que não o cumprissem, eram vistas como “antinaturais”, uma vez que tais características eram entendidas como da natureza do ser mulher (Costa; Passos; Gomes, 2017, p. 150).

O ideal de feminilidade, construído não apenas no âmbito da medicina mental, mas também na legislação, literatura, mídias, persiste em anular subjetividades, projetando-as como vergonhosas, indignas e sujeitas a mais violências, tendo como referência o estereótipo da mulher cis, branca, heterossexual, mãe e esposa. Aliada à desqualificação da população negra e empobrecida mediante argumentos deterministas de natureza biológica, o propósito subjacente era preservar a dominação e a exclusão social e política desses grupos (Rohden, 2001).

Práticas como a masturbação e o adultério eram atribuídas à loucura, influenciando a avaliação da responsabilidade legal das mulheres. No campo jurídico, quando acusadas de transgressões às leis da época, investigava-se a predisposição a distúrbios mentais de mulheres com base na hereditariedade, na interação com a esfera pública e nas demandas do desenvolvimento intelectual. Esse enfoque não

apenas delineava a divergência entre os sexos, mas também antecipava sua suposta instabilidade. Tais explicações eram igualmente invocadas para justificar discrepâncias entre raças, classes e nações (Rohden, 2001). É indispensável ressaltar que, por trás do discurso aparentemente científico, sempre estiveram presentes (e muitas vezes evidentes) as motivações para diferenciar os sexos, raças/etnias e classes sociais (Rohden, 2001).

A doença mental, em fins do século XIX, deixa entrever as principais dimensões da intervenção da medicina na sexualidade, nas relações de trabalho, nas condutas individuais ou coletivas que dissessem respeito a questões religiosas, políticas ou sociais (Engel, 2004, p. 276).

As mulheres que foram encaminhadas aos manicômios no último século foram vítimas de diversas formas de violência. Se, no início desse período, afirmava-se que a tortura poderia resultar em uma melhora para as mulheres internadas, permitindo que retomassem "por algum tempo seu papel social" (Engel, 2001), ao longo dos anos, ocorreram não apenas atrocidades explícitas, como intervenções cerebrais, como a lobotomia, eletrochoques, a remoção do útero, ovários e clitóris, e a separação de seus bebês, conforme observado por Passos e Pereira (2017) e Magali Engel (2001), mas também violências implícitas, como a retirada de seus nomes, cabelos e vestimentas (Arbex, 2013; Engel, 2004).

A violência, o abuso e/ou o bruto esquecimento, foram o destino de milhares de mulheres brasileiras, como Adelina Gomes, mulher negra, proveniente de família pobre e camponesa, internada no hospital carioca Dom Pedro II, após um surto de agressividade aos 21 anos. Suas condições sociais foram determinantes para que permanecesse no manicômio a maior parte da sua vida, da sua internação em 1937, até sua morte, em 1985. Diagnosticada como esquizofrênica, as anotações nos prontuários de Adelina apontavam um comportamento descrito como "extravagante" e "exibicionista" e a constituição intelectual como "intelecto baixo", "afetividade diminuída", "raciocínio precário". Submetida a eletrochoques, outras condutas como a vivência da sexualidade eram excessivamente vigiadas e punidas pelos funcionários dos hospitais. A agressividade e os encontros sexuais, contrariando a expectativa de feminilidade, legitimaram a sua condição de alienada mental. Mesmo tendo obtido prestígio como artista, participando do atelier de Terapia Ocupacional de Nise da Silveira no hospital, a vulnerabilidade econômica impediria que Adelina deixasse o manicômio caso recebesse alta médica. A partir de suas obras e das notas

em prontuário, é possível identificar as resistências e estratégias de adaptação de Adelina à vida encarcerada (Celeste, 2019).

Quatro anos após a internação de Adelina, em 1941, Aurora Cursino, uma mulher branca e enfermeira, foi admitida no Hospital Psiquiátrico de Perdizes, em São Paulo, sendo posteriormente transferida para o Hospital Psiquiátrico do Juquery, hoje localizado em Franco da Rocha. Aurora foi compelida a um casamento por seu pai, mas a união durou apenas um dia: ela fugiu do interior de São Paulo, sustentando-se como prostituta nos anos subsequentes no Rio de Janeiro e em São Paulo. Com os ganhos, viajou para a Europa, onde estudou Artes, manifestando seu amor por literatura, artes plásticas, e tanto música popular quanto erudita. Além disso, realizou um curso de enfermagem e trabalhou como doméstica em várias residências. De acordo com os prontuários, Aurora foi internada devido à sua "personalidade psicopática amoral", diagnóstico relacionado ao seu histórico na prostituição. Ela passou os últimos quinze anos de sua vida, até 1959, produzindo em um ateliê de artes nas instalações hospitalares (Bueno, 2022).

Outra figura digna de destaque na narrativa das mulheres institucionalizadas no último século é Maura Lopes Cançado, uma mulher branca oriunda de Minas Gerais, pertencente a uma família influente e de alto poder aquisitivo, além de ser escritora. Ao contrário do caso de Adelina, Maura optou por internar-se voluntariamente no Hospício do Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, no final da década de 1950. No entanto, essa escolha não a blindou contra os abusos gendrados perpetrados no manicômio: ela foi vítima de violência sexual e física, enfrentando sucessivas internações até seu falecimento, em uma clínica psiquiátrica, em 1993 (Martins, 2021). Em sua obra "O Hospício é Deus", Maura escreve:

E hospício é esse branco sem fim, onde nos arrancam o coração a cada instante, trazem-no de volta, e o recebemos: trêmulo, enxágue – e sempre outro. [...] São mãos longas levando-nos para não sei onde – paradas bruscas, corpos sacudidos se elevando incomensuráveis: Hospício é não se sabe o quê, porque Hospício é deus. (Cançado, 2016, p. 26)

Segundo Maura, o Hospício é "deus", com letra minúscula, porque, apesar dessa designação, Deus não está presente lá. Essa perspectiva é corroborada por Paulo Amarante, uma figura importante na Reforma Psiquiátrica Brasileira, que, em seu livro "Saúde Mental e Atenção Psicossocial" (2007), compartilha outra narrativa que ilustra a realidade das mulheres nos manicômios.

Jamais me esqueço da história de uma mulher que foi presa em uma cela forte em um hospício e lá foi esquecida, a tal ponto que faleceu, de fome e frio! Tamanho era o descaso que, somente muitos anos depois, seu corpo foi encontrado, já petrificado. A silhueta mumificada indicava o tanto de sofrimento naquela mulher em posição fetal, em completo abandono. Seu crime era ser louca! Curiosamente a marca da silhueta não saiu com nenhum produto de limpeza, nem mesmo com ácidos. Ficou ali como denúncia e grito e dor. Quando a direção soube que a notícia estava correndo para fora do hospício, mandou arrancar o piso. (Amarante, 2007, p. 62)

A história das meninas, mulheres e senhoras confinadas em instituições como o Juquery em São Paulo, o Colônia em Minas Gerais, o Engenho de Dentro no Rio de Janeiro, e tantas outras, constitui uma narrativa sombria que se desenrolou ao longo dos últimos séculos. Nessa intrincada trama, mulheres e homens, representantes da psiquiatria e da população vulnerável, pessoas brancas e negras, foram incumbidas de papéis distintos com diversas repercussões, enquanto os hospícios se transformavam no palco sinistro desse drama, tudo avalizado pela sociedade brasileira.

Essa história entrelaça-se com as vidas, lutas e sofrimentos de pessoas que, de uma forma ou de outra, estiveram envolvidos no intrincado enredo da loucura no Brasil. Ao observar como se constituiu a sociedade brasileira no decorrer dos anos, é possível notar que as mulheres não eram somente pacientes nos manicômios: eram as funcionárias, majoritariamente negras, com salários baixíssimos, eram as mães, esposas e companheiras que cuidavam de filhas, filhos, esposos encarcerados (Passos, 2017). Estudos recentes buscam compreender como as relações raciais de cuidado na saúde mental e responsabilizando-se pelas pessoas idosas têm se perpetuado desde a gênese da sociedade brasileira até os dias atuais (Hirata, 2022).

A pessoa que lê este percurso histórico pode se perguntar sobre a falta de denúncias a estes espaços na época. Mas a verdade é que houve, sim, denúncias. Em maio de 1961, a revista mineira "O Cruzeiro" causou um abalo nacional com a reportagem intitulada "Hospital de Barbacena: A Sucursal do Inferno", apresentando fotos chocantes de Luiz Alfredo e um texto impactante de autoria de José Franco. Segundo Daniela Arbex (2013), o então presidente Jânio Quadros mobilizou o aparato governamental para reverter o precário nível de assistência prestado aos enfermos na instituição. Apesar de iniciativas políticas em Minas Gerais, como a criação de comissões para lidar com a situação das unidades de "tratamento", pouco foi efetivamente realizado, destacando-se a imprescindível influência da conseguinte ditadura empresarial-militar nesse cenário.

A análise a seguir se aprofundará nos desdobramentos seguintes da Luta Antimanicomial enquanto movimento social, em parceria com o movimento Sanitarista, sob a influência do Movimento Feminista e Negro. Esse contexto desempenhou um papel fundamental na construção da Reforma Psiquiátrica Brasileira, da Rede de Atenção Psicossocial e da Saúde Coletiva como um todo.

1.2 Luta Antimanicomial e Reforma Psiquiátrica Brasileira

A apresentação histórica evidencia que manicômios, asilos e colônias não foram concebidos para o cuidado de pessoas com transtornos mentais. Embora este trabalho destaque as vivências das mulheres, não eram apenas elas que eram destinadas a essa "Sucursal do inferno". Documentos comprobatórios revelam a política higienista e eugenista da saúde mental da época, indicando que, em sua maioria, as pessoas nessas instituições não apresentavam agravamentos de saúde, mas eram julgadas sob um aspecto moral dominante da época (Arbex, 2013).

Desde o início do século XX, a falta de critério médico para as internações era rotina no lugar onde se padronizava tudo, inclusive os diagnósticos. Maria de Jesus, brasileira de apenas vinte e três anos, teve o Colônia como destino, em 1911, porque apresentava tristeza como sintoma. Assim como ela, a estimativa é que 70% dos atendidos não sofressem de doença mental. Apenas eram diferentes ou ameaçavam a ordem pública. Por isso, o Colônia tornou-se destino de desafetos, homossexuais, militantes políticos, mães solteiras, alcoolistas, mendigos, negros, pobres, pessoas sem documentos e todos os tipos de indesejados, inclusive os chamados insanos (Arbex, 2013, p. 25)

Com o crescimento dos movimentos sociais e sindicais, as denúncias acerca do tratamento desumano nos hospitais psiquiátricos deram origem ao movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de forma mais contida, devido ao momento histórico da ditadura, a partir da década de 1960. No entanto, somente com os sinais de esgotamento da ditadura empresarial militar, em conjunto com as bases trabalhistas e sindicais, é que a Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB) ganhou força como movimento no final dos anos 1970. Esse movimento questionou o modelo hospitalocêntrico até então adotado e denunciou as inúmeras violências perpetuadas entre os muros.

O manicômio é a tradução mais completa dessa exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência (física e simbólica) através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza

os processos sócio-históricos da produção e reprodução da loucura (Lüchmann; Rodrigues, 2007, p. 402)

No início, os primeiros indícios do movimento surgiram na área da saúde, com a criação do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) e do Movimento de Renovação Médica (REME) em 1976, fóruns de discussão e produção de pensamento crítico. O Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, nascido nesses contextos, teve papel significativo ao expor irregularidades e acusações contra o governo militar, especialmente relacionadas ao sistema nacional de assistência psiquiátrica, envolvendo práticas de tortura, fraudes e corrupção. As demandas desse movimento na época incluíam aumento salarial, redução da carga excessiva de consultas, críticas à institucionalização prolongada e ao uso do eletrochoque, além de melhorias nas condições de assistência e humanização dos serviços. A greve resultante, em 1978, durou oito meses e teve grande visibilidade na mídia (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

No final da década de 1970, o psiquiatra Ronaldo Simões, que então ocupava o cargo de chefe do Serviço Psiquiátrico da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, expôs as barbaridades ocorridas no Colônia durante o III Congresso Mineiro de Psiquiatria. Suas denúncias incluíam revelações chocantes, como a existência de um psiquiatra para cada 400 pacientes, resultando em sua demissão do cargo. Outro médico, Francisco Paes Barreto, enfrentou uma sindicância em 1979, que foi instaurada e posteriormente arquivada pelo Conselho Regional de Medicina (Peron, 2013). De acordo, Daniela Arbex (2013, p. 43) documenta que “dentro das instalações hospitalares, mesmo sem alguém ter apertado o gatilho, todos carregavam o peso de mortes nas costas”.

Durante essa década, figuras renomadas internacionalmente, como Franco Basaglia, pioneiro da Reforma Psiquiátrica Italiana, e Michel Foucault, influente pesquisador sobre loucura e controle de corpos e subjetividades, participaram de fóruns como os Congressos de Psiquiatria Brasileiros. A convite de profissionais da época, Franco Basaglia visitou o Colônia, em Barbacena, em 1979 e afirmou: “Estive hoje num campo de concentração nazista. Em lugar nenhum do mundo, presenciei uma tragédia como esta” (Arbex, 2013, p. 207).

Houve esforços, é claro, para suprimir o acesso aos documentos e denúncias nesta época sombria da história brasileira. Existia, hoje sabemos, uma indústria da loucura que muito lucrava com a desumanidade desses espaços. A venda de corpos

a faculdades de medicina, até a decomposição desses corpos em ácido nos pátios dos manicômios, hoje são conhecimentos públicos - porém rapidamente reiterados como parte do passado por setores da psiquiatria - que revelam a lucratividade e o descaso desses ambientes. Ferraz (1987, p. 4) ainda documenta que “houve também uma limitação diante do acesso ao acervo do Juquery, sendo que parte das obras e documentos só foi liberada após a queda do Regime Militar”.

Em 1987, realiza-se o II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, que culmina na publicação da Carta de Bauru, contendo os princípios fundamentais da Luta Antimanicomial no Brasil. Esse segundo evento registra a presença de associações de usuários e familiares, como "Loucos pela Vida" de São Paulo e a Sociedade de Serviços Gerais para a Integração Social pelo Trabalho (SOSINTRA) do Rio de Janeiro, entre outras. Com a participação de novas associações, famílias e usuários, bem como outros atores, o movimento se transforma em uma iniciativa social multifacetada e abrangente, voltada para a transformação das políticas e práticas psiquiátricas. O manifesto representa a consolidação do vínculo social entre os profissionais e a sociedade, visando abordar a questão da loucura e suas formas de cuidado (Lüchmann; Rodrigues, 2007).

O manicômio é a expressão de uma estrutura, presente nos diversos mecanismos de opressão desse tipo de sociedade. A opressão nas fábricas, nas instituições de adolescentes, nos cárceres, a discriminação contra negros, homossexuais, índios, mulheres. Lutar pelos direitos de cidadania dos doentes mentais significa incorporar-se à luta de todos os trabalhadores por seus direitos mínimos à saúde, justiça e melhores condições de vida (II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, 1987, s.p.).

Em 1989, dois anos após a proclamação do manifesto, o debate adentra o âmbito jurídico com a proposta de lei apresentada pelo deputado mineiro Paulo Delgado (PT-MG). No cerne do projeto, foram incluídas propostas alinhadas com os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), visando, entre outras questões, a exclusão gradual e total dos manicômios no país. Nos anos seguintes, foi consolidado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, em 1993, e realizado o primeiro Encontro Nacional da Luta Antimanicomial em Salvador, onde consta no Relatório Final do I Encontro do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial:

O movimento da luta antimanicomial é um movimento social, plural, independente, autônomo que deve manter parcerias com outros movimentos sociais. É necessário um fortalecimento através de novos espaços de reflexões para que a sociedade se aproprie desta luta. Sua representação nos conselhos municipais e estaduais de saúde, nos fóruns sociais, entidades de categorias, movimentos populares e setores políticos seriam algumas formas de fortalecimento (Vasconcelos, 2000, p.328)

Simultaneamente aos avanços constatados na Reforma Psiquiátrica Brasileira, desdobramentos históricos e políticos a partir da década de 1960 proporcionaram um terreno fértil para indagações e oportunidades transformadoras. Diversos movimentos sociais emergiram, ganhando relevância e influenciando não apenas o campo da Saúde, mas também da Saúde Coletiva, provocando demandas por políticas públicas e contribuindo substancialmente com embasamento teórico e prático para as lutas emancipatórias. Destacam-se, nesse contexto, o Feminismo e o Movimento Negro como elementos cruciais para a compreensão das pautas apresentadas, em contraposição à perspectiva da classe dominante da época. Todo esse processo social e teórico "teve amplas repercussões em diversos campos, incluindo [...] os estudos críticos em Psiquiatria e os Feminismos" (Passos; Pereira, 2017).

Apenas em 6 de abril de 2001, após uma extensa tramitação de doze anos no Congresso Nacional, a Reforma Psiquiátrica Brasileira ganha bases jurídicas, por meio da Lei no 10.216, de 2001, direcionada à proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais e redirecionamento do modelo de atenção manicomial para comunitário, aberto e em rede (Brasil, 2001). Esta legislação impulsiona a implementação de novos serviços e abordagens de cuidado em saúde mental no Brasil, materializando-se na criação da Portaria 3.088/2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Brasil, 2001; Brasil, 2011; Passos; Pereira, 2017). A descrição detalhada dos serviços e fluxos da Rede de Atenção Psicossocial será apresentada no capítulo 5, item 5.2.1 *"A APS, a RAPS e os serviços de saúde especializados"*.

Os avanços provenientes da Reforma Psiquiátrica Brasileira foram notáveis, consolidando-se por meio do fortalecimento de movimentos sociais antimanicomiais: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) foram estabelecidos, residências destinadas a egressos de colônias e manicômios foram criadas, projetos de economia solidária, coletivos e grupos artísticos e culturais prosperaram, cooperativas de geração de trabalho e renda emergiram, e progressos jurídicos e assistenciais foram conquistados para as pessoas em sofrimento psíquico (Passos; Pereira, 2017; Passos; Pereira, 2019). Contudo, é importante ressaltar que as políticas públicas em saúde desdobradas a partir deste marco atuaram, em sua maioria, na mitigação gradual dos graves problemas no cenário da saúde mental no Brasil, enfrentando

desafios decorrentes do conflito de interesses com a indústria manicomial, que se apresentou como um obstáculo ao seu avanço em diversos aspectos.

Ao mesmo tempo em que certos avanços indicam a crítica dos movimentos sociais aos critérios impostos à feminilidade, lançando luzes sobre os impactos sofridos pelas mulheres devido a expectativas, cobranças, interditos e violências justificadas por esses padrões, o discurso psiquiátrico paradoxalmente se intensificou. Estereótipos foram disseminados na sociedade, contribuindo para reforçar a posição social das mulheres como "loucas", além de inferiorizá-las, utilizando termos como "histéricas" e "neuróticas". Esse fenômeno evidencia a penetração no imaginário coletivo de categorias psiquiátricas e psicanalíticas (Foucault, 1972). No próximo segmento, analisaremos como as contradições históricas da representação da loucura nas mulheres persistem na contemporaneidade.

2 O CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO CONTEMPORÂNEO DA SAÚDE DAS MULHERES: POSIÇÕES HEGEMÔNICAS

Levando em consideração os avanços da Reforma Psiquiátrica Brasileira (RPB), do sistema de saúde e da sociedade em geral, a inquietação inicial sobre a situação contemporânea das mulheres desdobrou-se em alguns grupos de estudos e pesquisas. Essa dúvida essencial foi o cerne da monografia, elaborada na conclusão do curso de Psicologia, que investigou os progressos e desafios das práticas de cuidado destinadas às mulheres em sofrimento psíquico no Brasil desde a promulgação da Lei 10.216/2001 (Brasil, 2001). Por meio desse trabalho, foi possível observar o complexo movimento, dialético no seu parte-todo, da saúde mental das mulheres, onde a produção acadêmica, as políticas públicas e as práticas de cuidado ora se orientavam restritamente às bases biológicas, ora compreendiam, ainda que parcialmente, as bases sociais para entender sua “loucura”.

As formulações deste capítulo são resultado de estudos realizados desde o final da graduação e ao longo dos últimos dois anos no mestrado em Saúde Coletiva. Nessa exploração, buscamos contextualizar a pessoa que lê, em um movimento que vai do universal ao singular. Em termos mais amplos, buscamos delimitar o tema da saúde mental feminina sem dissociá-lo do panorama da saúde geral das mulheres na contemporaneidade, e identificando aspectos que se destacam como fundamentais (processos críticos) na conformação do perfil epidemiológico de mulheres, aspectos ligados essencialmente ao trabalho de diferentes estratos de mulheres na produção e reprodução da vida.

No contexto brasileiro, o trabalho privado-doméstico assume particularidades significativas, especialmente em um país com mais de 11 milhões de famílias chefiadas por mães solo, que são a única fonte de renda familiar (Peres, 2020). O reconhecimento da chamada "dupla jornada de trabalho" tem se destacado nos debates de Saúde Coletiva, evidenciando a sobrecarga física e mental enfrentada por mulheres que são as únicas responsáveis pelas tarefas no âmbito privado-doméstico. Essa sobrecarga resulta em padrões de desgaste de gênero que, por muito tempo, são invisibilizados. Considerando também a perspectiva racial, é importante notar que mulheres brancas muitas vezes terceirizam aspectos do cuidado para mulheres negras. No entanto, as mulheres negras enfrentam formas singulares de opressão e

subordinação, dedicando uma média de 22,0 horas semanais em 2019, em comparação com as 20,7 horas das mulheres brancas. A especificidade do trabalho doméstico e seu impacto na saúde mental das mulheres serão explorados posteriormente no capítulo 4.1, intitulado "*Feminismo Marxista*".

Em seguida ao panorama da saúde mais geral das mulheres, especificamos o cenário da saúde mental das mulheres, transitando das categorias anteriormente enfatizadas como causadoras dos transtornos mentais em mulheres para referências informativo-técnicas atuais sobre essa causalidade. Por fim, delineamos as conceituações predominantes dos transtornos depressivos e ansiosos, abordando aspectos relevantes da construção do Manual Diagnóstico de Doenças (DSM), de suas primeiras edições até a última e mais volumosa. Parece-nos inevitável, portanto, sinalizar alguns conceitos hegemônicos da interpretação do que se considera saúde da mulher e saúde mental da mulher, e quais particularidades são levadas em conta na construção de relatórios e políticas públicas.

2.1 A saúde geral das mulheres brasileiras

Destacamos nesta seção aspectos imprescindíveis na investigação epidemiológica da saúde das mulheres, sinalizando avanços e desafios a serem superados. Atualmente, a saúde da mulher no Brasil é avaliada por meio de diversos indicadores essenciais. A expectativa de vida, um indicador-chave, tem apresentado um aumento constante nas últimas décadas, refletindo melhorias nas condições de vida e acesso a cuidados de saúde. De acordo com dados recentes, a expectativa de vida das mulheres no Brasil, em média em 79 anos, está acima da média mundial, refletindo avanços nas áreas de prevenção, tratamento e qualidade de vida (Brasil, 2021).

Neste âmbito, o país observa uma mobilidade no perfil epidemiológico geral, que se apresenta de forma específica nas mulheres. Conforme dados do Ministério da Saúde referentes a 2019, as principais causas de óbito entre mulheres em idade fértil no Brasil incluem neoplasias, com destaque para cânceres de mama, colo do útero e encéfalo; doenças do aparelho circulatório; causas externas; e doenças infecciosas e parasitárias (Brasil, 2021). Cabe destaque às doenças crônicas não

transmissíveis (DCNTs) como as doenças cardiovasculares, câncer e diabetes, especialmente entre as mulheres mais jovens (Brasil, 2021). Essa mudança no perfil de morbimortalidade destaca uma transição epidemiológica em curso no país, onde as enfermidades crônicas ganham relevância urgente em comparação com outras causas (Albert *et al.*, 2023).

Neste cenário, pesquisas indicam que a mortalidade por câncer de mama e colo do útero está concentrada em regiões com maiores índices de desigualdade e vulnerabilidade social (Pereira; Somavilla, 2020). Essa tendência também se observa em âmbito internacional, sendo o câncer de mama a terceira neoplasia mais comum em países menos desenvolvidos, representando 11%, ficando atrás apenas do câncer de pulmão, com 13,3%. Embora as taxas de incidência mostrem uma diferença menor entre países desenvolvidos e em desenvolvimento, as taxas de mortalidade evidenciam falhas no diagnóstico e prognóstico dessas patologias (Ferlay *et al.*, 2014). O estudo de Albert *et al.* (2023) ressalta a predominância de óbitos entre mulheres pardas nesse contexto.

Ao categorizar as razões de óbito em capítulos, o referido estudo destaca que o vírus da imunodeficiência humana (HIV), os acidentes e a influenza/pneumonia representam cerca de 50% dos óbitos em suas respectivas categorias. No geral, as doenças cerebrovasculares, os acidentes e as agressões também se destacam pelo elevado número de casos. Notavelmente, as agressões representam 30,8% do capítulo que aborda as causas externas, ficando atrás apenas dos acidentes, que respondem por quase 48% (Albert *et al.*, 2023). Também no campo acadêmico, as publicações ressaltam que, ao menos pela especificidade de sexo, as mulheres estão mais suscetíveis às condições de agravamento de saúde, como na maior prevalência de distúrbios do sono (Moreno *et al.*, 2018), na diabetes (Silva *et al.*, 2022), assim como fenômenos sociais que são mais prevalentes em mulheres, como a violência por parceiro íntimo (VPI) (Pinto *et al.*, 2021) e as tentativas de suicídio (Aguiar *et al.*, 2022).

A violência contra a mulher, e de forma mais precisa, a violência de gênero, tem sido objeto de estudo como um agravante à saúde em diversas áreas de pesquisa e é considerada um indicador crucial para a análise de políticas públicas voltadas para as mulheres. Conforme destacado por Leite *et al.* (2017), esse fenômeno abrange várias formas de violência, incluindo ameaças, tortura psicológica, agressão verbal, violência física e sexual, entre outras. Embora o Brasil tenha registrado avanços

significativos no combate a esse fenômeno, como as ações previstas na Lei Maria da Penha, promulgada em 2006, as taxas anuais de mortalidade permaneceram inalteradas, mantendo-se estáveis ou mesmo aumentando na faixa etária de 10 a 19 anos no país, entre 2000 e 2017. Albert *et al.* (2023) observam que a categorização de óbitos como feminicídios destaca-se nos últimos anos, pois "essa qualificação do óbito em feminicídio provoca aumento no numerador, mantendo a taxa elevada, o que dá a impressão de que a Lei Maria da Penha não funciona" (Albert *et al.*, 2023). O estudo também ressalta que não se pode descartar a possibilidade de que o aumento nas taxas seja impulsionado pelo conservadorismo notoriamente crescente na sociedade brasileira. Como referido na Introdução deste trabalho, as taxas de feminicídio acompanham o recorte racial, onde as mulheres pretas ou pardas têm incidência 34,8% superior àquela registrada entre as mulheres brancas, chegando a 121,7% fora do domicílio.

Acreditamos ser indispensável a menção a violência obstétrica e ginecológica como questão crítica na saúde das mulheres no Brasil. Estudos evidenciam que, apesar dos avanços na legislação que visam proteger os direitos das gestantes, muitas mulheres ainda enfrentam práticas desrespeitosas e abusivas durante o parto e os cuidados ginecológicos (Diniz *et al.*, 2015; Britto *et al.*, 2020). A violência obstétrica pode se manifestar de diversas formas, incluindo a falta de informação adequada, a imposição de procedimentos desnecessários e invasivos, e até mesmo casos de discriminação, desrespeito às escolhas da mulher durante o processo de gestação e parto e até mesmo estupro quando estão sedadas na sala de parto por médicos anestesistas, como foi noticiado o caso do então médico Giovanni Quintella Bezerra, em um hospital em São João de Meriti, na Baixada Fluminense, em março deste ano (Globo, 2023). Mais recentemente, esforços têm sido empregados para a mitigação dessa violência, como a ampliação do direito de acompanhamento de mulheres em consultas e parto nos serviços de saúde pela Lei 14.737 de novembro de 2023 (Brasil, 2023).

A violência obstétrica não está isolada, pois as disparidades raciais e socioeconômicas também desempenham um papel significativo. Na atenção pré-natal e ao parto no Brasil, a dor também tem cor, como afirmam Leal *et al.* (2017). Segundo o estudo, as mulheres negras e pardas recebem menos anestesia local para episiotomia, tem maior prevalência nos números de depressão pós-parto, maior risco de terem um pré-natal inadequado, com falta de vinculação à maternidade, há

ausência de acompanhante quando comparadas às brancas. As autoras ainda destacam que “as disparidades raciais no processo de atenção à gestação e ao parto contribuem para as disparidades nos indicadores finais da saúde” (Leal *et al*, 2017).

Com especial atenção à questão do aborto, o panorama brasileiro impõe severas restrições à saúde reprodutiva das mulheres. A legislação atual relacionada ao aborto no Brasil é altamente restritiva e está fundamentada no Código Penal Brasileiro, promulgado em 1940. De acordo com o Código Penal, o aborto é considerado crime, exceto em duas situações: quando a gravidez é resultado de estupro ou quando há risco de vida para a gestante, e nos casos de anencefalia (malformação que impede o desenvolvimento adequado do cérebro), determinado em 2012, pelo Supremo Tribunal Federal (STF). Fora dessas circunstâncias, o aborto é ilegal no Brasil. As penalidades para quem pratica o aborto ilegal e para a mulher que solicita ou consente com o procedimento podem incluir detenção, que varia de um a quatro anos, além de multa (Morais, 2008).

Mais próximo de um debate religioso do que de saúde pública, as mulheres que buscam a rede de aborto seguro após situações de estupro ainda são suscetíveis a humilhações, como o caso acompanhado em Santa Catarina, em 2022, quando a juíza Joana Ribeiro Zimmer impediu o aborto legal de uma criança de 11 anos, vítima de estupro (Figueiredo, Lopes, Osório; CNN, 2022) ou ainda a mulher que foi denunciada pelo médico que a acompanhava após complicações de um aborto em Minas Gerais em 2020 (Sobrinho; UOL, 2023). Segundo os achados de Cardoso *et al.* (2020), mulheres com maior vulnerabilidade ao risco de óbito relacionado ao aborto incluem aquelas pertencentes às categorias étnicas preta e indígena. Além disso, esse perfil de risco abrange mulheres com baixo nível de escolaridade, idade inferior a 14 anos ou superior a 40 anos, residentes nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e que não possuem companheiro. Outra face desse cenário é a perseguição, linchamento e ameaças às pessoas que lutam para mudar esse panorama e garantir direitos reprodutivos e de parto humanizado. Um exemplo marcante é o da antropóloga e feminista Debora Diniz, que em 2018 foi forçada a entrar em proteção policial e posteriormente se exilar devido a ameaças de morte recebidas por sua defesa dos direitos reprodutivos das mulheres, incluindo a legalização do aborto no Brasil (Anis, 2020; Human Rights Watch, 2018).

Ademais, é crucial superar a visão hegemônica que limita a saúde da mulher unicamente à saúde reprodutiva e à maternidade. Estudos destacam a necessidade

de uma abordagem mais ampla e inclusiva, considerando a diversidade de experiências femininas, como aquelas vividas por mulheres lésbicas, bissexuais, trans e travestis. A invisibilidade e preconceito resultam em atendimentos profissionais incoerentes com os direitos humanos, violências implícitas e explícitas, em lacunas nas políticas de saúde, negligenciando as necessidades específicas desses grupos (Mello *et al.*, 2011; Neto *et al.*, 2022). Ainda neste sentido, Mello *et al.* (2011) documentam que as barreiras simbólicas, morais e estéticas impedem o acesso da população LGBTQIAP+ a serviços públicos de saúde, livres de preconceito e exclusão, especialmente “em relação às pessoas mais pobres e às que questionam de maneira mais profunda os binarismos de gênero, como, por exemplo, transexuais, travestis, mulheres "masculinizadas" e homens "efeminados””.

Sobre a população trans, embora dispositivos tenham sido incorporados ao SUS desde 2008, como os centros especializados no processo transexualizador, destaca-se a existência de limitações no acesso, principalmente na porta de entrada do sistema, a Atenção Primária (Neto *et al.*, 2022). Em geral, a presença de preconceito aliado à escassa educação sobre o atendimento à população LGBTQIAP+ figura como a principal lacuna na oferta de serviços de saúde integral a esse grupo (Mena; Bellenzani, 2023).

Neste íterim, ressaltamos o posicionamento de que a promoção da saúde da mulher deve transcender a perspectiva hegemônica da mulher cis, heterossexual, dentro de um determinado espectro da feminilidade, reconhecendo e abordando as diversas dimensões e singularidades da identidade feminina. Em consonância, Tagliamento (Ministério da Saúde, Brasil, 2015) afirma:

Nesse sentido, observa-se que a existência de políticas públicas e de legislações não é garantia de efetivação dos direitos humanos e sexuais das pessoas trans. Em seu cotidiano, elas esbarram na falta de preparo das(os) profissionais de Saúde, na estrutura arquitetônica pouco sensível à necessidade de mitigar a estigmatização, no fluxo de atendimento dos serviços e na falta de aceitabilidade dos serviços a suas vivências, suas experiências e seus modos de vida. Isso porque, ao se partir do pressuposto de que a legislação, as políticas públicas, as ações em Saúde, os serviços de Saúde etc são formulados e efetivados/encarnados por pessoas, as normas regulatórias de gênero também são determinantes para o aumento, a reprodução ou a diminuição da vulnerabilidade no campo programático (Tagliamento, Ministério da Saúde, 2015, p. 71).

Ainda sobre o fenômeno da violência contra as mulheres, a violência contra mulheres trans e travestis é uma questão crítica no Brasil. Segundo o dossiê apresentado em janeiro de 2023 e 2024 pela Associação Nacional de Travestis e

Transexuais (ANTRA), o Brasil mantém uma triste liderança mundial em termos de violência e desrespeito contra pessoas trans (ANTRA; Benevides, 2023). A expectativa de vida dessa população é drasticamente inferior à média nacional de 75 anos, com uma estimativa média de apenas 35 anos (ANTRA; Benevides, 2024). Pelo décimo quarto ano consecutivo, o país lidera em número de homicídios contra essas populações no cenário global. Em 2022, foram registrados 131 assassinatos de pessoas trans e travestis no Brasil; já em 2023, esse número subiu para 145. A falta de reconhecimento e respeito às identidades de gênero, combinada com o avanço de movimentos conservadores no cenário social e político brasileiro, contribui para a persistência dos altos índices de violência (ANTRA; Benevides, 2024).

Portanto, ao mesmo passo que o Brasil testemunhou a implementação de diversas políticas públicas e serviços voltados para a promoção da saúde integral da mulher, contradições são apontadas para que sejam superadas. É de notória visibilidade a implementação da Rede Cegonha, desde 2011, que concentra esforços na atenção humanizada à saúde materna, desde o planejamento reprodutivo até o pós-parto. Tão como o Programa de Saúde da Mulher, por sua vez, enfatiza a prevenção e promoção da saúde feminina, incluindo exames preventivos e atendimento ginecológico. A Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher, inserida no Sistema Único de Saúde (SUS), busca proporcionar ações preventivas, diagnóstico e tratamento específicos para a saúde feminina. Além da Lei Maria da Penha, a Casa da Mulher Brasileira emergiu como uma resposta integrada, oferecendo suporte multidisciplinar a mulheres vítimas de violência. A criação da Patrulha Maria da Penha complementa essas iniciativas, assegurando o cumprimento das medidas protetivas. Importante destacar que a nosso ver, a saúde mental de modo geral é abordada no SUS de forma fragmentada em relação à saúde integral e, em particular, a abordagem da saúde mental feminina é desarticulada de todos esses programas e políticas no SUS voltados às principais questões de saúde delas, e ainda mais desarticulada de programas outros de proteção social, exteriores ao Ministério da Saúde.

A efetiva implementação dessas políticas, tendo a integração da saúde mental a ser avançada, torna-se crucial para garantir resultados substanciais no cuidado e proteção da saúde integral da mulher brasileira. Entretanto, em 2018, apenas 2,7% dos municípios brasileiros tinham casa-abrigo de gestão municipal, enquanto 20,9% possuíam serviços especializados para combater a violência contra mulheres e 9,7%

ofereciam serviços especializados para atendimento à violência sexual. No ano seguinte, em 2019, o percentual de municípios com delegacia especializada permaneceu estagnado em 7,5%, indicando que não houve aumento neste indicador em comparação com levantamentos anteriores que remontam a 2012 (IBGE, 2022).

Por fim, é crucial questionar as barreiras que impedem o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para uma abordagem além de intersetorial, emancipatória, da saúde da mulher. A representatividade das mulheres em cargos políticos se destaca como um fator relevante, conforme evidenciado pelo IBGE (2022). Em 25 de setembro de 2020, entre os 22 ministros de Estado, apenas dois eram mulheres, representando 7,1% do total. O relatório enfatiza que uma maior presença feminina nesses espaços poderia potencialmente promover um enfoque mais direcionado às necessidades específicas das mulheres no planejamento e execução de políticas públicas.

Buscamos trazer nesta incursão um panorama geral sobre os principais indicadores, pelo olhar da epidemiologia clássica, ou processos críticos, na visão da epidemiologia crítica latino-americana, acerca da saúde das mulheres. Estes indicadores de saúde, vistos pelas lentes de diversos campos do saber, de diferentes especialidades médicas, permitem sustentar a tese de que mulheres, pela condição específica, biológica e social, de sexo/gênero, tem condições de saúde agravadas. Não são somente os aspectos pessoais/individuais que implicam na saúde, mas também aspectos ligados a particularidades de coletivos, como a impossibilidade ou dificuldade de acesso de mulheres pretas, indígenas (Silva; Azeredo, 2019), em cidades rurais ou quilombolas (Soares; Meucci, 2020), mulheres trans e travestis aos serviços e políticas públicas de saúde (Baccarim; Tagliamento, 2020).

É visto, portanto, que nessa condição específica de gênero/sexo, emergem experiências intrincadas que se entrelaçam quando se consideram mulheres de diferentes estratos de classe, origens raciais e étnicas diversas, tão como de orientações afetivas-sexuais, faixas etárias, as mulheres em situação de rua ou privação de liberdade, com deficiência, usuárias de álcool e outras substâncias, entre outras categorias partícipes do perfil epidemiológico dessa população. Cada uma dessas dimensões adiciona camadas de complexidade à compreensão das vidas das mulheres, compreendendo interseccionalidades concretas, revelando a interdependência das opressões que elas enfrentam (Saffioti, 2015).

Ademais, as noções de território, associadas à prática de saúde, demonstram que os impactos na saúde seguem padrões que variam de acordo com a localização geográfica, do bairro e da cidade até os padrões de saúde nos diferentes estados brasileiros. Nesse contexto multifacetado, é crucial examinar de perto as experiências das mulheres em diferentes estratos sociais e identificar as interconexões entre as diversas formas de discriminação que moldam suas vidas (Passos; Pereira, 2017). A seguir, buscamos avançar no debate, destrinchando os aspectos mais vinculados especificamente à saúde mental de mulheres.

2.2 Quem são as loucas? Atualizações da causalidade dos transtornos mentais em mulheres

Em junho de 2022, a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou sua mais abrangente revisão global sobre saúde mental. Denominado "*World Mental Health Report*", o documento contou com a colaboração de renomados especialistas em saúde mental e saúde pública de diversas partes do mundo³, outrossim, desponta pela significativa influência na comunidade científica internacional, ao apresentar uma sistematização de diretrizes para governos, profissionais de saúde e a sociedade como um todo.

Segundo o relatório, a prevalência de transtornos mentais varia com o sexo e com a idade, nos termos e categorias utilizadas pelo documento. Tanto em homens quanto em mulheres, os transtornos de ansiedade e os transtornos depressivos são os dois transtornos mentais mais comuns. Os transtornos de ansiedade tornam-se prevalentes em uma idade mais precoce do que os transtornos depressivos, que são raros antes dos dez anos de idade. A incidência desses transtornos continua a aumentar ao longo da vida, com as estimativas mais altas ocorrendo em indivíduos entre 50 e 69 anos. No contexto adulto, destaca-se que os transtornos depressivos

³ Entre eles, destaca-se Benedetto Saraceno, ilustre psiquiatra italiano, que desempenhou o acompanhamento do processo da Revisão da Política Brasileira (RPB). Outro psiquiatra italiano, Roberto Mezzina, participou como revisor. No contexto brasileiro, Regina Célia Freire da Silva e Christian Kieling contribuíram para o trabalho. Sinalizamos nesse sentido a diversidade de contribuições na construção do documento, que não compartilham muitas das vezes do referencial teórico criticamente orientado.

são os mais predominantes entre todos os transtornos mentais, sendo uma das principais causas de incapacidade (OMS, 2022).

Segundo notas no site oficial da instituição, as condições de saúde mental têm aumentado globalmente, sendo as *mudanças demográficas* a principal causa apontada. De acordo com a página, houve um aumento de 13% nas condições de saúde mental e uso de substâncias até o ano de 2017. Cerca de 20% das crianças e adolescentes têm alguma condição/transtorno mental, sendo o suicídio a segunda causa de mortalidade entre jovens de 15 a 29 anos. A informação de que os acometimentos mentais têm tido sua maior incidência em jovens é corroborada pela *American Psychological Association* (APA), sem maior incidência nos adultos, no mesmo período (Twenge; APA, 2019).

Quanto aos fatores associados aos transtornos mentais, em uma perspectiva global-universal, destacam-se como determinante sociais ameaças como recessões econômicas, polarização social, emergências de saúde pública, injustiça social, crises humanitárias, pertencimento a uma minoria étnica, preconceito, desemprego, desigualdades sociais, econômicas e de gênero, convivência com salários baixos ou pobreza, residência em locais violentos ou exposição à violência, deslocamento forçado e a crescente crise climática. Esses elementos intensificam o risco para populações inteiras, podendo atrasar o avanço global em direção ao aprimoramento do bem-estar. Ainda no sentido das experiências determinadas pelo contexto ambiental (nestes termos), uma em cada cinco pessoas que passaram por situações de conflito desenvolve algum transtorno mental (OMS, 2022).

O relatório mais recente destaca que em 2019, ano anterior à pandemia de covid-19, aproximadamente 301 milhões de pessoas globalmente vivenciavam transtornos de ansiedade, enquanto 280 milhões vivenciavam transtornos depressivos. Esses números experimentaram um aumento significativo em 2020 devido aos impactos da pandemia de covid-19. Segundo o documento, os impactos na saúde mental da pandemia são sentidos de maneira desigual na sociedade, com alguns grupos de pessoas sendo muito mais afetados do que outros, sendo assim que a pandemia exacerbou muitas desigualdades de saúde e sociais. Destaca que a vulnerabilidade varia de acordo com o contexto, assim, grupos que frequentemente estiveram em maior risco de resultados adversos na saúde mental incluem jovens, mulheres, pessoas com condições pré-existentes, aqueles de comunidades étnicas minoritárias e os socioeconômica desfavorecidos, podendo muitas dessas

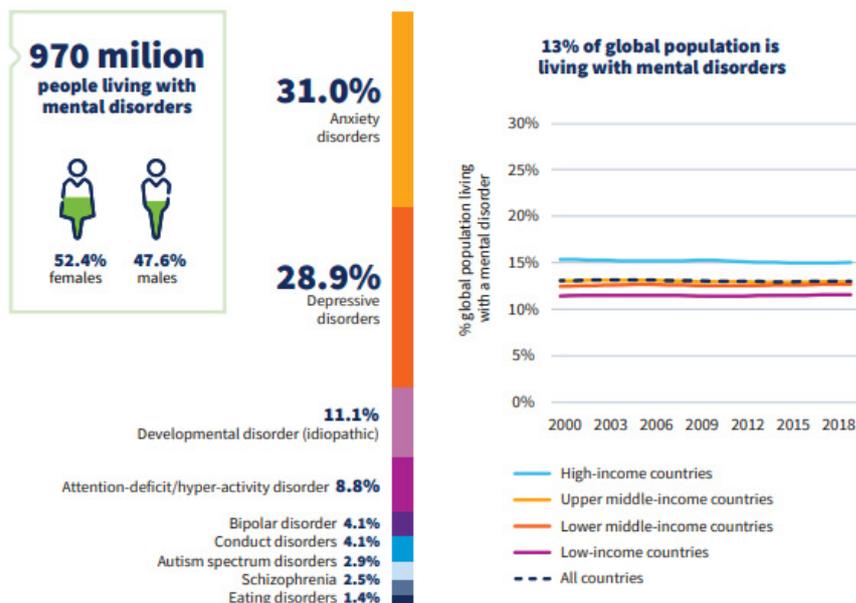
características se sobrepõem (OMS, 2022). Com relação aos impactos nas mulheres, é destacado que:

Estudos também indicam que as mulheres foram mais afetadas do que os homens. Elas eram e continuam sendo mais propensas a sofrer desvantagens financeiras devido a salários mais baixos, menor economia e emprego menos seguro em comparação com seus colegas do sexo masculino. As mulheres também suportaram uma grande carga de estresse em casa, especialmente quando forneceram a maior parte do cuidado informal adicional necessário devido ao fechamento das escolas. Uma avaliação rápida concluiu que a violência contra mulheres e meninas se intensificou no primeiro ano da pandemia, com 45% das mulheres relatando que haviam experimentado alguma forma de violência, seja diretamente ou indiretamente (OMS, 2022, p. 31, nossa tradução).

Segundo a OMS, os transtornos depressivos e de ansiedade são aproximadamente 50% mais comuns entre mulheres do que entre homens ao longo da vida, destacando que, entre homens, o abuso de substâncias é a condição mais prevalente. Internacionalmente, cerca de 13,5% ou 508 milhões de mulheres convivem com transtornos depressivos ou de ansiedade, enquanto na população masculina a taxa é de 12,5% ou 462 milhões (OMS, 2022). A Imagem 1, apresentada no relatório, ilustra o panorama das mulheres.

IMAGEM 1. PREVALÊNCIA GLOBAL DE TRANSTORNOS MENTAIS EM 2019

The global prevalence of mental disorders in 2019



Source: IHME, 2019 (99).

Fonte: Organização Mundial da Saúde - *World Mental Health Report* (2022)

Na linguagem epidemiológica clássica, com considerações sobre os determinantes sociais da saúde, o documento observa que ao combinar fatores como idade, sexo e localização geográfica, necessidades específicas das pessoas com condições mentais podem ser reveladas. Por exemplo, enquanto 4% de todos os grupos etários, globalmente, viviam com transtornos depressivos em 2019, as taxas aumentaram para cerca de 10% entre mulheres em idade reprodutiva nas Américas (OMS, 2022).

Quanto à especificidade biológica de mulheres e sua relação com os transtornos depressivos, o documento destaca que esses transtornos são comuns entre mulheres grávidas e no pós-parto. Globalmente, situa que mais de 10% das mulheres grávidas e no pós-parto enfrentam a depressão, com uma incidência maior nos países em desenvolvimento. Com ênfase na violência de gênero, pessoas que sofrem violência por parceiro íntimo são particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de condições de adoecimento. O documento também aponta que mulheres com condições graves de transtornos mentais são mais suscetíveis à violência doméstica e violência sexual ao longo da vida do que outras mulheres e que mulheres soropositivas experenciam taxas maiores de depressão, ansiedade e transtorno pós-traumático (OMS, 2022).

Dois importantes fatores de risco para esses transtornos mentais comuns foram quantificados como parte do GBD 2019: abuso sexual na infância (exposição antes dos 15 anos a qualquer contato sexual indesejado); e vitimização por *bullying* (prejuízo intencional e repetido de crianças e adolescentes na escola por colegas) (Organização Mundial da Saúde, 2022, p. 50, nossa tradução).

Entre os transtornos mentais comuns em mulheres, a OMS enfatiza não apenas a depressão e a ansiedade, mas também o transtorno bipolar, de estresse pós-traumático e os transtornos alimentares, como bulimia e anorexia, que impactam desproporcionalmente mulheres. A incidência desses transtornos frequentemente está vinculada a padrões estereotipados de beleza e pressões sociais relacionadas à imagem corporal. Além disso, as taxas de suicídio também variam entre homens e mulheres, ainda que as taxas de óbito por suicídio sejam duas vezes mais expressivas em homens, as mulheres têm maiores taxas de tentativas de suicídio. Um dado curioso apontado é de que a pesquisa sobre Saúde Mental Mundial da OMS descobriu que as diferenças por sexo nas taxas de depressão estavam se reduzindo em países à medida que os papéis sociais de mulheres e homens se tornavam mais igualitários.

A abordagem da OMS para o acompanhamento da saúde mental nos próximos anos pode ser considerada ampla, enfatizando a importância do apoio a iniciativas comunitárias já existentes que promovem a saúde mental, como a retomada de atividades culturais e religiosas, grupos de mulheres, redes de jovens e outros coletivos de interesse. No entanto, observa-se uma secundarização de aspectos críticos relacionados aos sistemas de saúde, uma falta de especificidade nos processos de responsabilização estatal e a ausência de medidas internacionais voltadas ao enfrentamento das grandes estruturas que sustentam as teses sobre saúde mental. De modo geral, as condições de vida que geram desgastes e restringem o acesso da classe trabalhadora aos direitos básicos continuam sendo tratadas apenas como mais um "determinante" (OMS, 2022). Em seguida, são discutidas outras frentes que sustentam o paradigma hegemônico de interpretação da saúde mental, sob a ótica da psiquiatria clássica.

2.3 O DSM, a depressão, a ansiedade e os transtornos mentais comuns na interpretação da psiquiatria clássica

A depressão e a ansiedade são transtornos amplamente reconhecidos na prática clínica e frequentemente discutidos nas esferas acadêmicas e sociais. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), que passou por diversas edições desde sua primeira publicação, apresenta critérios diagnósticos que não apenas refletem a experiência individual, mas também as construções sociais e culturais que os envolvem. A última edição do DSM, o DSM-5, introduziu novos transtornos e redefiniu categorias existentes, ampliando a patologização de comportamentos e experiências que, anteriormente, eram considerados normais (Almeida; Gomes, 2014). A sociedade contemporânea, marcada pela pressão constante por produtividade e sucesso, frequentemente amplifica a vivência do sofrimento psíquico, valendo-se também da sua patologização. Em acordo com Almeida, Gomes (2014, p. 160) relatam:

Esse mecanismo é muito explícito na área dos "transtornos mentais", sendo o caso da depressão emblemático. Até o DSM-IV (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais), havia uma norma que excluía indivíduos

em estado de luto, por até dois meses, de serem diagnosticados com depressão. No DSM-5, publicado em 2013, esse critério foi reduzido para duas semanas, assim como em outras situações de depressão. Na mesma direção, o diagnóstico de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade exigia, até o DSM-IV, que os sintomas surgissem até os sete anos de idade. Com o DSM-5, a exigência amplia-se para os doze anos (APA, 2013). O transtorno bipolar, por sua vez, antes restrito aos adultos, foi expandido para a infância após o DSM-IV.

No que diz respeito às mulheres, além das problematizações clássicas à histeria e outros neste tom, a última edição do DSM trouxe a disforia pré-menstrual (DPM), um transtorno que foi reconhecido como uma condição psiquiátrica, com critérios diagnósticos próprios, levando em consideração o impacto significativo dos sintomas, como irritabilidade, alterações de humor e distúrbios emocionais intensos, que afetam muitas mulheres de maneira recorrente. Essa inclusão é um reflexo das patologizações históricas direcionadas às mulheres, muitas vezes baseadas em suas experiências fisiológicas e emocionais naturais, sem uma consideração crítica dos contextos socioculturais.

Para a compreensão da depressão e da ansiedade, o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) estabelece uma série de critérios diagnósticos que devem ser atendidos. Em relação à depressão, é necessário que a pessoa apresente pelo menos cinco dos seguintes sintomas durante um período de duas semanas, com uma mudança em relação ao seu funcionamento habitual: humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias; diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades; perda significativa de peso ou ganho de peso, ou alteração do apetite; insônia ou hipersonia quase todos os dias; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia quase todos os dias; sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva; diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se; e pensamentos recorrentes de morte ou suicídio, ou tentativa de suicídio.

Além disso, esses sintomas devem causar um sofrimento clinicamente significativo ou prejudicar o funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Os sintomas não podem ser atribuídos a efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica, e os episódios de depressão não devem ser mais bem explicados por outro transtorno mental. Historicamente, a pessoa também não pode ter tido um episódio maníaco ou hipomaníaco.

O DSM-5 inclui diferentes tipos de transtornos de ansiedade, como o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), o Transtorno de Pânico e o Transtorno de Ansiedade Social, cada um com critérios diagnósticos específicos. Para o Transtorno de Ansiedade, os critérios são os seguintes: a pessoa deve apresentar ansiedade e preocupação excessivas em relação a vários eventos ou atividades, ocorrendo na maioria dos dias por pelo menos seis meses. Além disso, há uma dificuldade em controlar essa preocupação. A ansiedade e a preocupação precisam estar associadas a, no mínimo, três dos seguintes sintomas: inquietação ou sensação de estar com os nervos à flor da pele, fadiga fácil, dificuldade de concentração ou sensação de "branco na mente", irritabilidade, tensão muscular e distúrbios do sono (como dificuldades para adormecer, manter o sono ou um sono insatisfatório e inquieto). Esses sintomas devem causar sofrimento clinicamente significativo ou prejudicar o funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. A ansiedade e a preocupação não devem ser atribuídas aos efeitos de uma substância ou a outra condição médica, e os sintomas não devem ser mais bem explicados por outro transtorno mental, como o Transtorno de Ansiedade de Separação, Fobia Específica ou Transtorno de Pânico.

No campo crítico de pesquisa, discute-se amplamente a funcionalidade do modelo biomédico inscrito no DSM para a manutenção do capitalismo, promovendo a medicalização e a patologização de comportamentos que, muitas vezes, representam respostas legítimas às contradições e pressões estruturais do sistema. Desde sua origem, o DSM e a indústria farmacêutica estão intrinsecamente entrelaçados, sendo amplamente influenciados pelo grupo de psiquiatras da *American Psychiatric Association*, que, além de formuladores das diretrizes diagnósticas, frequentemente possuem interesses diretos como acionistas desse grande oligopólio financeiro. Assim, a abordagem biomédica, amplamente difundida pelo principal manual diagnóstico, não apenas simplifica e descontextualiza o sofrimento psíquico, mas também contribui para sua mercantilização, tratando-o como uma oportunidade de lucro em detrimento de uma análise enraizada nas condições socioeconômicas e históricas dos indivíduos (Bellenzani; Souza, 2021). Na seção "4.2.3 Alterações Patológicas da Personalidade", será aprofundada a discussão sobre a causalidade e determinação dos transtornos depressivos e

ansiosos, fundamentada na perspectiva da psicologia histórico-cultural e da epidemiologia crítica.

3 DETERMINANTES E DETERMINAÇÃO DA SAÚDE: DO QUE ESTAMOS FALANDO?

Este capítulo foi inicialmente estruturado como um artigo, publicado em maio de 2024 na revista científica *Geminal* (Bones; Bellenzani, 2024), o quadro anexo ao texto original foi mantido integralmente, como neste capítulo. A organização do texto passou por uma reelaboração para incorporar uma sistematização de dados relevantes ao referencial teórico com maior aprofundamento, livres do limite de páginas pelo artigo. Discutimos as concepções unicasais e multicasais da saúde-doença, conceituamos as vertentes dos determinantes sociais da saúde e da determinação social do processo saúde-doença, explorando suas aplicações no campo da Saúde Coletiva. Ao final deste capítulo, apresentamos algumas inquietações recentes, derivadas de uma revisão de literatura epidemiológica dos últimos quatro anos, sobre o que tem sido apontado como a causalidade ou fatores de risco dos transtornos mentais em mulheres brasileiras.

3.1 A teoria unicausal e multicausal da saúde-doença

Ao longo da trajetória da história humana, uma miríade de concepções sobre a doença floresceu. Desde a cosmovisão dos povos originários até o pensamento grego, sistematizado por Hipócrates, cuja explicação para as enfermidades se ancorava no equilíbrio ou desequilíbrio entre os humores do corpo. Em contrapartida às explicações nebulosas e místicas que permeavam as narrativas sobre as doenças, Hipócrates ousou introduzir uma abordagem fundamentada em causas naturais, embasando seu entendimento em minuciosas observações clínicas e ambientais. Embora parte dessas concepções tenha sido relegada à obsolescência ao longo do tempo, é inegável que elas constituíram os alicerces iniciais para o desenvolvimento tanto da medicina quanto, posteriormente, da epidemiologia, moldando o cenário investigativo que permeia as questões de saúde e doença. Neste cenário rico e evolutivo, propomos uma breve incursão no desenvolvimento de concepções mais

recentes, notadamente evidenciadas nas teorias contemporâneas unicasais e multicasais sobre a saúde-doença (Almeida, 2018).

Torna-se imprescindível situar a pessoa que lê do cenário onde desenvolve-se a epidemiologia moderna. Com as transformações concretizadas no momento histórico de consolidação do sistema capitalista, após o feudalismo, a medicina encontra suas raízes não no atendimento clínico individual, mas sim na possibilidade de identificar e atuar em condições que promoviam o adoecimento de pessoas, principalmente na Europa. No cenário em questão, concretizava-se a necessidade de um Estado que interviesse nas condições de saúde da população, que se encontrava em êxodo rural, acumulando-se em centros urbanos, com condições insustentáveis de vida e trabalho: participavam dos chãos de fábrica essa época crianças, idosos, em regimes extenuantes que facilmente ultrapassavam 12 horas, sem regulamentações laborais. A rápida expansão das cidades não foi acompanhada por infraestrutura adequada, levando à superlotação, falta de saneamento básico e condições insalubres nos bairros operários (Donnangelo; Pereira, 1979).

Com isso, a medicina emerge como protagonista essencial na preservação de uma população voltada para o trabalho, frequentemente associada ao processo de acumulação primitiva de parte da sociedade. Nesse contexto, a medicina, incumbida pelo Estado moderno da responsabilidade de manutenção, intervém para enquadrar a população, modificando condições ambientais que, por sua vez, poderiam resultar em melhorias nos indicadores vitais, como as taxas de mortalidade. Como destaca Almeida (2018), a medicina foi convocada a desempenhar um papel político crucial na normalização dos centros urbanos, supervisionando tanto espaços públicos quanto privados e alinhando as práticas de saúde aos projetos de reorganização social (Donnangelo; Pereira, 1979).

Com o agravamento das doenças infectocontagiosas da época, como a peste, a febre tifoide, a tuberculose, a varíola e a cólera, o estudo do modo como as pessoas viviam e morriam ganhou proeminência. Embora alguns epidemiologistas, a exemplo de Rudolf Virchow na Alemanha, tenham adotado a abordagem anticontagionista, argumentando que a doença era resultado de um processo orgânico multifatorial, com as condições locais e materiais de vida desempenhando um papel significativo, e que o cuidado da saúde da população deveria ser uma responsabilidade coletiva (Almeida, 2018; Breilh, 1991), a segunda metade do século XIX testemunhou o avanço da medicina bacteriológica e um importante freio às correntes críticas que

destacavam o papel imprescindível do social (Donnangelo, Pereira, 1979). Esse período marcou uma mudança na compreensão da doença, passando de enfoques sociais para considerações mais individuais. Breilh (1991, p. 94) destaca que, em vez de incorporar as descobertas micro bacteriológicas à perspectiva dos anti contagionistas, "todo o processo foi descaracterizado, transformando os germes e os distúrbios funcionais na única causa das doenças". Esse movimento consolidou o paradigma da teoria unicausal do processo saúde-doença (Almeida, 2018).

Essa perspectiva, conforme destacado por Breilh (1991), representou uma peça-chave na simplificação do conhecimento epidemiológico, direcionando-o para causas e ações unilaterais. Esse enfoque marcou um ponto crucial na história da medicina, transformando fundamentalmente nossas concepções sobre as causas e a natureza da maioria das doenças, assim como sobre suas abordagens terapêuticas, de acordo com análises de historiadores. Dessa forma, "a bactéria, o parasita e, posteriormente, o vírus ocuparam o centro do palco, de acordo com a nova concepção hegemônica, substituindo o complexo de condições sociais como objeto de investigação" (Breilh, 1991, p. 96). Com isso, a medicina clínica individual ganha espaço enquanto mercadoria, administrando o maior impulso capitalista dado a unicausalidade, relegando a epidemiologia a um papel secundário de recompilador de estatísticas coletivas, em enfoque naturalista (Almeida, 2018; Breilh, 1991).

Com o avanço imperialista sobre a Ásia, África e América Latina, as pesquisas científicas tornaram-se intrinsecamente ligadas a estudos microbiológicos, desviando a atenção da responsabilidade dos grandes monopólios na propagação de doenças. Segundo Breilh (1991), o paradigma unicausal da doença começou a mostrar sinais de desgaste na década de 1960. Nesse período, marcado por financiamentos a governos ditatoriais e pelo imperialismo, uma crise emergiu, clamando por uma intervenção estatal mais robusta e por uma abertura das perspectivas sobre a saúde-doença para incluir fatores sociais. Esta crise foi acompanhada dos avanços científicos em vacinas e outras formas de mitigação das doenças infectocontagiosas, dando lugar a outras causas de adoecimento, como os desgastes por trabalho, as neoplasias, doenças cardiovasculares, etc.

O curso dos eventos encaminhou a epidemiologia por novos caminhos. A impossibilidade de abarcar com o reduzido enfoque unicausal a trama complexa de problemas, cuja relação com a saúde-doença foi se percebendo através da práxis epidemiológica e da própria dinâmica da ideologia "socializante" deste período, acabou estimulando uma série de investigações

acerca de um marco alternativo para a interpretação do fenômeno epidemiológico (Breilh, 1991, p. 104).

Foi nesse contexto que a teoria multicausal da doença ganhou destaque inicialmente com MacMahon, que propunha que a causalidade resultava de uma cadeia de eventos associados ao surgimento de um transtorno, cuja genealogia estava além da compreensão. Posteriormente, Leavell e Clark contribuíram com seu modelo da História Natural da Doença, desenvolvido em 1965 (Breilh, 1991).

Segundo Nunes (2000), o modelo ecológico sistêmico identifica três possíveis causas para o desequilíbrio patogênico: o agente, o meio ambiente e o hospedeiro (Almeida, 2018; Borghi; Oliveira; Sevalho, 2018). A introdução do esquema multicausal enriqueceu o repertório empírico e o entendimento positivo sobre eventos relacionados a doenças, incentivando, na epidemiologia, a busca por associações múltiplas para combatê-las. No entanto, essa explicação fica aquém do que se propõe: ela delinea um curso natural e a-histórico da doença, em que o social é considerado um simples "fator". Essa perspectiva atendia aos interesses da época, que buscavam mitigar os efeitos de doenças exacerbadas pelo desenvolvimento capitalista, introduzindo algumas modificações que consideravam o "fator" social sem afetar o desenvolvimento econômico em curso. Esse enfoque reflete as influências dos imperialistas e dos países colocados em situação de subdesenvolvimento na época. Breilh (1991) ainda argumenta que essa concepção reflete uma distorção ideológica das práticas médicas, pois endossa a busca do Estado, em seu "*welfare state*", por minimizar os investimentos na área da saúde.

A interpretação ecológico-funcionalista conseguiu deturpar a realidade com este tipo de esquema, colocando em um mesmo plano natural-a-histórico todos os elementos da natureza (sociedade humana incluída) e sujeitando a interpretação de seu desenvolvimento à aplicação dos princípios neopositivistas das teorias de sistemas (isto é, homeostase: fluxo harmônico de energia; retroalimentação por meio das conexões externas dos elementos; etc.). Assim mesmo, reduziu a vida humana à sua dimensão animal e converteu a produção ou cultura da sociedade num elemento a mais do meio ambiente (Breilh, 1991, p. 109)

Dessa maneira, a trajetória histórica da epidemiologia se entrelaça com caminhos delicados, muitas vezes alinhados ao desenvolvimento do capitalismo. A conclusão prática derivada do paradigma multicausal sugere que, se os "fatores ambientais" e os "fatores do agente" apenas estabelecem conexões externas com o "fator humano", é viável intervir neles por meio de abordagens ecológicas, sem a necessidade de modificar a estrutura social, uma vez que esta não os condiciona

essencialmente (Breilh, 1991). Isso implica que a estrutura social se isenta de qualquer responsabilidade ecológica, e os ajustes nos desequilíbrios do ecossistema devem ocorrer com o objetivo de restaurar a funcionalidade aos segmentos afetados desse todo harmônico, integrado e equilibrado que é o sistema da história natural. Nesse contexto, abordagens positivistas adotam uma visão de mundo que dicotomiza o social e o biológico, fragmentando a realidade e a congelando em fatores isolados, nos quais reduzem a determinação dos processos de saúde-doença a relações denominadas “causais”, estabelecidas por associação empírica (Breilh, 1991, p. 131). Asa Laurell, também expoente da epidemiologia crítica latino-americana, situa a impossibilidade de o modelo compreender a essência da realidade:

A limitação mais imediata do modelo multicausal, sem dúvida reside em sua redução da realidade complexa a uma série de fatores que não se distinguem em qualidade e cujo peso no aparecimento da doença é dado por sua distância dela. Assim conceituada a causalidade, o social e o biológico não se colocam como instâncias distintas, pois ambos são reduzidos a 'fatores de risco', que atuam de maneira igual (Laurell, 1976, p. 154).

3.2 Os determinantes sociais da saúde

Neste contexto desenvolve-se o paradigma da multicausalidade biopsicossocial na saúde em geral - e especificamente em saúde mental - nas últimas décadas, o que constitui a base conceitual para a vertente “mais moderna” dos determinantes sociais. O modelo biopsicossocial da saúde-doença é adotado cientificamente como principal referencial científico, concebendo os processos de adoecimento a partir dos três componentes: o biológico, o psicológico e o social (Silva; Almeida, 2023), podendo cada um se desdobrar em determinantes individuais (aspectos biológicos e psicológicos de cada pessoa) e determinantes sociais, sejam estes mais centrados nos contextos de vida de cada pessoa como aqueles mais conjunturais e estruturais.

No relatório final sobre os Determinantes Sociais da Saúde (OMS, FIOCRUZ, 2010), a seção “Condições de Vida Cotidianas” analisa os determinantes da saúde mental, incluindo o acesso desigual aos cuidados de saúde e as consequências financeiras e sociais da saúde mental. Também aborda vulnerabilidades, como riscos precoces, saúde mental materna e exposição à violência e à desintegração social.

Além disso, discute aspectos socioeconômicos, como políticas governamentais, abuso de substâncias, estigmatização, desemprego e educação insuficiente. As estratégias de intervenção incluem a redução dos custos de tratamento da depressão, campanhas anti-estigma, programas de prevenção, políticas públicas de financiamento e promoção da igualdade de gênero, mas não aborda explicitamente as complexas interações entre gênero, raça e classe na determinação da saúde, nem menciona o racismo (OMS; FIOCRUZ, 2010).

A noção de multideterminação da saúde-doença proposta pelo modelo biopsicossocial dos determinantes baseia-se na ideia de que haveria diferentes possibilidades combinatórias entre as influências de cada componente, cujos respectivos fatores poderiam ter seus efeitos próprios somados, de relevâncias equânimes, na produção-deterioração da saúde. Nesta visão, os fatores do plano social são “gatilhos”, ou o social é ele próprio reduzido à “um fator que pode facilitar o desenvolvimento de alguma condição que já está determinada” (Silva, Almeida, 2023, p. 141). Cabe, portanto, ressaltar que o modelo adotado atualmente pela maior instituição técnica em saúde no mundo não oferece uma base analítica unificadora, que racionalmente organize os diferentes determinantes segundo seus modos de atuação, de modo a elucidar como operam qualitativamente e dialeticamente em distintos grupos sociais em diferentes condições de vida, produzindo, neste movimento, seus transtornos mentais (Breilh, 2010).

Apesar de apresentar uma alternativa superadora do modelo unicausal da doença e da dicotomia na compreensão do indivíduo (mente/corpo), e da saúde e doença como estados em oposição, o referencial dos determinantes acaba fragmentando-o agora em um número maior de componentes e subcomponentes. Além disso, mesmo afirmando a causalidade multifatorial, incluindo determinantes sociais, no caso das análises em psiquiatria, a ênfase é na biologia, ou seja, no “maior peso” da determinação orgânica dos transtornos mentais, como baixos níveis de serotonina, diminuição da função e tamanho da amígdala, aumento dos níveis de cortisol, entre outros que focalizam a função cerebral e genética como principais determinantes (Almeida, 2018; Freitas-Silva; Ortega, 2016). Outrossim, por mais elaborados que sejam os modelos de conceituação dos determinantes sociais da saúde (DSS), deve-se destacar, além da notada a-historicidade com que abordam o social e a saúde-doença, vê-se seu parco embasamento pelo pensamento das

ciências humanas e sociais, mais objetivamente nota-se um a-teoricismo, uma ausência de teoria sobre o funcionamento da sociedade moderna capitalista, sobre a psicologia humana e sobre como a ambas, à história social do gênero humano e dos indivíduos e classes de um determinado tempo, são subsumidas e dirigidas às transformações da biologia humana.

Inevitavelmente, todos os aspectos apresentados como determinantes das condições de saúde e doença das pessoas e grupos ficam à mercê de uma exposição descritiva de cunho positivista, bastante genérica, e que tende a uma fragmentação de unidades-todos complexos (pessoa, sociedade, instituições) em elementos que não guardam as propriedades dos todos. Falha-se em demonstrar as relações dialéticas existentes entre as diversas instâncias que determinam-se entre si, ocultando seus nexos de determinação (Albuquerque; Silva, 2014). Por sua vez, as formulações concernentes à tese da determinação social do processo saúde-doença asseveram que tal determinação

Está muito além de determinantes isolados e fragmentados que, sob uma perspectiva reducionista, são associados com fatores clássicos de riscos e estilos de vida individuais. Não devemos permitir que o conceito de determinantes sociais seja banalizado, ou reduzido, simplificando-o ao tabagismo, ao sedentarismo, ou a uma inadequada alimentação. O que precisamos reconhecer é que por trás dessas práticas, existe uma construção social baseada na lógica de uma cultura hegemônica. (Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2011, p. 1)

As formulações da epidemiologia crítica latino-americana indicam que o causalismo representa um paradigma de investigação e explicação que resulta na redução científica da determinação, distorcendo a realidade ao considerá-la linearmente, como um sistema fechado com conexões constantes (causais) e associações externas entre fatores (Breilh, 2010). Desde 1976, propõe-se a perspectiva crítica da análise da realidade epidemiológica, fundamentada no materialismo histórico-dialético, percebendo a determinação como um processo ou modo de ser, pelo qual os objetos adquirem suas propriedades (Breilh, 2010). Em resumo, o que é considerado causalidade na perspectiva clássica da epidemiologia pode ser reinterpretado em sua natureza histórica e socialmente determinada, adotando a denominação de "determinação". Apesar de a epidemiologia convencional, conforme indicado por Donnangelo e Pereira (1979), incorporar algo do "social" ao definir-se como o estudo do processo saúde/doença em populações, ela geralmente não se interessa pelo social em sua totalidade, mas sim em como essa

parcela se manifesta em indivíduos ou grupos em um conjunto integrado. Uma epidemiologia que, sem críticas, se concentra em detectar o que acontece. Como ressalta Donnangelo (1979), os epidemiologistas sociais buscam fundamentalmente corrigir esse aspecto da concepção do social na epidemiologia anterior.

3.3 A determinação social da saúde

Desde os anos 1970, o pensamento crítico na epidemiologia ganhou destaque, impulsionado pelo movimento latino-americano de Medicina Social e Saúde Coletiva, que propõe abordagens contra hegemônicas em relação à epidemiologia clássica e à tradicional saúde pública (Fiaila *et al.*, 2021). Fleury-Teixeira (2009) destaca que a concepção da determinação social da saúde-doença está intrinsecamente relacionada à sua dimensão mais ampla, a determinação social da vida e dos indivíduos. A determinação está relacionada às condições concretas de vida de uma sociedade, especialmente para a classe trabalhadora, que não as define arbitrariamente, conforme destaca Marx (1852/2002, p. 6):

Os homens fazem a sua própria história, mas não a fazem segundo a sua livre vontade; não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado.

Ocupadas em compreender como a universalidade se singulariza nas pessoas partícipes de diferentes sociedades, em momentos distintos da história, tanto a teoria da determinação social do processo saúde-doença quanto a Psicologia Histórico-Cultural compartilham das mesmas fontes marxistas, orientadas pelo materialismo histórico-dialético (Laurell, 1976). De acordo com Almeida (2018), ambas remetem à natureza social do "nexo biopsíquico humano", conforme expresso por Laurell (1989), ou ao "processo psicofisiológico integral", nas palavras de Vigotski (1999). Dessa forma, se os indivíduos se desenvolvem socialmente, os processos de saúde e doença que experimentam também são socialmente determinados (Almeida, 2018).

Sob essa perspectiva delineada, Breilh (1991) sintetiza que a saúde-doença, tanto no âmbito coletivo quanto no dos indivíduos, é intrínseca ao contexto social mais amplo. Os fenômenos epidemiológicos, observados em determinado momento, são

partes integrantes da realidade, que possuem uma história e um futuro. A saúde-doença é concebida como um produto de sua própria história e da história global, onde o movimento social geral contribui para explicar o desenvolvimento da vida nos grupos constituintes, influenciando, por sua vez, a produção de mazelas de saúde nos indivíduos. A interpretação epidemiológica crítica, nesse sentido, vai além da simples busca por conexões entre partes isoladas, transcende a falsa dicotomia entre o social e o biológico e desfaz a relação equivocada entre o "geral" e o "individual" proposta por escolas epidemiológicas tradicionais. O pensamento científico, ao compreender a unidade da realidade, também revela as relações necessárias e hierárquicas entre os processos que a constituem (Almeida, 2018).

Dessa maneira, ao adotar essa visão da epidemiologia, não apenas se elimina a falsa dicotomia entre o social e o biológico, mas também se desfaz a concepção equivocada da relação entre o "geral" e o "individual". A epidemiologia científica reconhece que a realidade social não é simplesmente a soma do observado nos indivíduos, relacionando-se estatisticamente. Pelo contrário, os processos individuais são entrelaçados e emergem como resultados das forças econômicas, políticas e culturais que operam como um todo, transcendendo as circunstâncias e vontades individuais (Viapiana, 2017).

A teoria se propõe, portanto, a sistematizar uma hierarquia para àquilo que determina os processos de saúde-doença. Desta forma, Breilh (1991, p. 200) destaca que os principais tipos de determinação ou condicionamentos legais que definem os processos de saúde-doença são: a) determinação dialética da totalidade do processo pela luta interna e pela eventual síntese subsequente de seus componentes essenciais opostos; b) determinação causal ou causação: determinação do efeito pela causa eficiente (externa); c) interação (ou causação recíproca ou interdependência funcional): determinação do conseqüente pela ação recíproca; d) determinação probabilística: do resultado final, pela ação conjunta de entidades independentes ou semi independentes.

Portanto, é fundamental ressaltar que a abordagem não busca de maneira alguma diminuir a importância do componente biológico na dinâmica saúde-adoecimento. Pelo contrário, ela possibilita uma compreensão mais abrangente do aspecto biológico ao situá-lo dentro do contexto histórico amplo, considerando as condições de vida concretas que impõem determinados cenários para o surgimento de patologias específicas, focalizando, neste caso, os transtornos mentais. Essas

condições são percebidas como *obstruções aos modos de andar a vida*, manifestando-se como formas de adoecimento, conforme indicado por Almeida (2018, p. 76): “com base nesta teoria, entendemos que a saúde-doença envolve os processos biológicos e psicológicos e neles se expressa, mas há uma subordinação destes processos ao social, que os condiciona a se expressar de determinadas formas”.

Segundo Breilh (1991), a análise das condições de vida requer a consideração das categorias de produção, distribuição e consumo. Na esfera da produção, os membros da sociedade convertem insumos em produtos de acordo com as necessidades historicamente definidas. A distribuição determina a proporção em que os indivíduos participam desses produtos, enquanto o consumo individual refere-se aos produtos que se tornam objetos de desfrute (Breilh, 1991). Para Breilh, (2006) a síntese deste processo pode ser conceituada como a de *reprodução social* - que define a quota e a qualidade dos bens que cabem a cada grupo, o processo de poder político no Estado, que condiciona a quota e a qualidade dos serviços prestados também por essa via etc.

Conceituamos também o *perfil epidemiológico*, uma noção que emerge da dialética produção-consumo nas formas de reprodução social de grupos específicos. Esse perfil representa a manifestação típica de saúde-doença em cada classe e grupo social, refletindo as contradições presentes nas dimensões natural e social. Entre os processos destacados no perfil epidemiológico, alguns são identificados como particularmente estratégicos para ação em saúde, sendo denominados *processos críticos*, devido à sua relevância para intervenções em saúde pública e ao potencial de desencadear impactos significativos no modo de vida da população (Breilh, 2006). Em contraste com a perspectiva da epidemiologia clínica, que adota a visão de "fatores de risco" defende-se a concepção de "processo", resgatando o caráter histórico e socialmente dado da produção da saúde-doença. Conforme Breilh (2006), um processo é considerado protetor quando favorece as defesas e suportes à vida humana, seja individual ou coletiva. Em contrapartida, o processo que priva ou deteriora a vida humana é denominado processo destrutivo. É crucial ressaltar que os processos críticos podem se manifestar tanto como protetores quanto como destrutivos, e muitas vezes, podem desempenhar ambos os papéis simultaneamente, evidenciando o caráter contraditório da vida social e suas implicações sobre o

processo saúde-doença, o qual é determinado pelas condições históricas e sociais em que se desenvolvem os grupos sociais e os indivíduos.

Não se trata de que haja processos protetores e destrutivos separadamente, mas de que, em seu desenvolvimento concreto, os processos da reprodução social adquiram facetas e formas protetoras ou facetas e formas destrutivas, conforme sua operação desencadeie mecanismos deste ou daquele tipo nos genótipos e fenótipos humanos do grupo envolvido (Breilh, 2006, p. 203).

Para Breilh (2006), a reprodução social pode ser entendida como o processo que abrange produção, distribuição e consumo, definindo tanto a quantidade quanto a qualidade dos bens destinados a cada grupo social. Além disso, inclui o poder político exercido pelo Estado, que influencia a qualidade e a quantidade dos serviços disponibilizados. Assim, os processos críticos se subordinam e atuam simultaneamente à reprodução social.

Na determinação do processo saúde-doença, participam dimensões da realidade objetiva: geral ou universal (política e ideológica), particular (classe social, gênero, família, trabalho) e singular (genótipo, fenótipo, modo de viver) (Breilh, 2006). Nesse contexto, a epidemiologia crítica busca compreender como os padrões de desgaste e reprodução correspondem aos modos de vida específicos de determinados grupos sociais (Almeida, 2018). O conceito de **desgaste** refere-se à redução da capacidade potencial ou efetiva, tanto biológica quanto psíquica, que pode se manifestar como patologia. Já a **reprodução** diz respeito à reposição e ao desenvolvimento dessas capacidades nos indivíduos (Laurell, 1976). Compreendendo as relações socioestruturais como determinantes destes padrões, é possível avançar na análise das três fontes de desigualdade destacadas por Breilh (2006): classe, etnicidade e gênero. Segundo o autor, esses processos estão inter-relacionados, compartilhando uma raiz comum: a acumulação e a concentração de poder.

Da mesma forma que a inequidade de gênero produz efeitos de injustiça para as próprias mulheres, ela alimenta, ao mesmo tempo, relações subordinadoras que contribuem para reproduzir as outras duas formas de concentração do poder, e introduz nas mais variadas formas do cotidiano um campo de adaptação e aceitação da inequidade como um modo natural de viver (Breilh, 2006, p. 213).

Embora a síntese dos conceitos apresentados pela corrente crítica possa parecer desafiadora, o principal instrumento de análise e acompanhamento do

processo saúde-doença organiza de maneira detalhada essas ideias. A Matriz de Processos Críticos (MPC), desenvolvida por Breilh há anos e inicialmente aplicada no estudo do uso excessivo de agrotóxicos na região equatorial, destaca-se como uma ferramenta para a utilização de informações epidemiológicas no planejamento estratégico frente às necessidades coletivas em saúde. Além disso, a MPC é empregada no monitoramento da qualidade de vida, em programas e serviços, e na gestão em saúde, desempenhando um papel crucial na organização do trabalho em saúde (Breilh, 2006; Fialla *et al.*, 2021). Neste aparato, cinco domínios devem ser analisados: trabalho (onde se desenvolvem as atividades produtivas); vida doméstica e de consumo (onde se expressam as condições de sujeito social); espaço organizacional e político (vida política em que se inserem interesses e projetos históricos de um grupo); cultura (construção de visão de mundo); e espaço ecossistêmico (onde nos movimentamos), sendo que cada um deles deve cumprir o chamado 4S: Sustentabilidade, Solidariedade, Soberania e Seguridade integral (Breilh, 2010). Consta no capítulo seguinte a sistematização da Matriz de Processos Críticos, com descrição das dimensões observadas (Fialla *et al.*, 2021).

Assim, a exposição e argumentações até aqui buscaram evidenciar como a teoria da determinação social oferece uma perspectiva ampla e crítica para compreender a produção da saúde-doença nas sociedades capitalistas. As desigualdades resultantes da exploração são geradoras e passam a influenciar processos críticos para a saúde mental, por meio de suas conexões mais ou menos intrínsecas com mecanismos que afetam a preservação da vida, a dignidade e o pleno desenvolvimento humano, ou que os expõem a riscos e danos. Pensemos a respeito disso, neste texto, olhando particularmente para as condições de produção e reprodução da vida de boa parte das mulheres na condição de pertencentes à classe trabalhadora, portanto como força de trabalho explorada e, simultaneamente, inferiorizada, oprimida e subordinada tanto nas relações sociais de produção como nas demais relações sociais em que as desigualdades de autonomia, poder e liberdade se forjam segundo as diferenças de gênero e étnico-raciais - sendo usados tais sistemas de subordinação-dominação em favor dos interesses do capital, intensificando a exploração de determinados estratos de trabalhadores/trabalhadoras. Vistas a uma ciência emancipadora, avancemos.

Em suma, uma epidemiologia que faça o jogo da hegemonia não serve para nada. Isto é, uma epidemiologia que denuncia sem revelar; que informa sem

mobilizar e que se concentra em fatores isolados da problemática, sem mostrar sua relação com os processos estruturais que os geram e com os sistemas ecossociais correspondentes com os quais entram numa dinâmica determinante. Precisamos centrar o debate em torno desta ruptura com a lógica empírico-analítica e o causalismo, e isso implica repensar algumas relações e categorias. (Breilh, 2010, p. 100, nossa tradução).

3.4 Fissuras do paradigma da causalidade dos transtornos mentais

Ao longo do tempo, a compreensão da etiologia dos transtornos mentais passou por uma transformação significativa, saindo das bases religiosas-místicas e adentrando a era das hipóteses biológicas na década de 1970, conhecida como a "segunda psiquiatria biológica". Esse período testemunhou um foco intenso em pesquisas orgânicas, especialmente na genética e nas tecnologias avançadas de pesquisa cerebral, desencadeando uma revolução na compreensão dos transtornos mentais, onde as neurociências emergiram como protagonistas (Freitas-Silva; Ortega, 2016).

As pesquisas em neurociências tinham como um de seus principais objetivos encontrar a determinação biológica dos mais variados fenômenos, entre os quais, os transtornos mentais. Com o desenvolvimento das pesquisas, as patologias mentais passam a ser entendidas e investigadas como transtornos neurológicos e a herança genética e a fisiologia cerebral são tomadas como cerne das doenças. Segue-se a isso um período de intenso investimento em investigações sobre a genética dos transtornos mentais, que buscavam identificar o gene responsável por cada transtorno e sobre o funcionamento cerebral, buscando correlacioná-lo a sinais e sintomas de doenças (Freitas-Silva; Ortega, 2016, p. 2).

A ascensão das teorias neurocientíficas questionou intensamente a psicanálise, a psiquiatria social e outras teorias psicológicas e sociológicas que eram referências para explicar doenças mentais até os anos 1980. Este embate entre as explicações biológicas e psicossociais tornou-se antagônico, prejudicando a possibilidade de uma compreensão complementar entre os campos biológico e psicossocial. E não distante do desenvolvimento de um dos mais importantes setores industriais modernos, a indústria farmacêutica, a predominância do modelo biológico na explicação dos transtornos mentais influenciou significativamente as intervenções terapêuticas, favorecendo abordagens medicamentosas e objetivas (Freitas-Silva; Ortega, 2016).

Segundo ainda o artigo de Freitas-Silva e Ortega (2016), a partir dos anos 2000, houve uma percepção crescente de que os processos de saúde-doença mental não podem ser descritos adequadamente por modelos lineares e unidirecionais. Essa mudança no entendimento biomédico aponta para a superação dos modelos tradicionais de conhecimento que caracterizaram a compreensão das doenças no século XX. A investigação da determinação biológica dos transtornos mentais, inicialmente centrada na genética e no cérebro, tem passado por uma evolução - ainda que esbarrando em barreiras significativas. Além da herança genética e do funcionamento cerebral, o “ambiente” vem sendo retomado como um terceiro elemento crucial na formação das doenças mentais. A concepção do ambiente não apenas como um contexto facilitador, mas como um fator formativo que interage com o código genético e o cérebro de maneira dinâmica, marca uma mudança paradigmática nas ciências da vida (Meloni, 2014).

O conhecimento emergente sobre genética e neurociência trouxe a expectativa de diagnósticos precoces e intervenções mais eficazes. No entanto, as pesquisas baseadas no modelo biomédico não trouxeram os resultados esperados, dissipando a esperança de encontrar no código genético humano o fundamento etiológico das principais doenças. A complexidade biológica revelada nas pesquisas neurocientíficas desafia a noção de determinismo, destacando a influência do “ambiente”, que, entende-se, remete à dimensão social (Meloni, 2014).

A discussão sobre o uso desses conhecimentos na prática psiquiátrica aponta para a necessidade de cautela. Enquanto alguns veem oportunidades de ampliar a assistência, outros alertam para o risco de medicalização excessiva, estigmatização e intervenções ineficazes. Como afirmam os autores, o reconhecimento da complexidade biológica não garante o uso ético do conhecimento e não impede que interesses alheios ao cuidado em saúde mental influenciam as práticas (Freitas-Silva; Ortega, 2016).

Mais recentemente, um estudo de revisão sistemática publicado na revista científica *Nature*, intitulado "*The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence*" (2019), contribuiu para agitar o campo psiquiátrico, examinando uma gama de pesquisas sobre a relação entre os níveis de serotonina e a depressão. Concluiu-se que não há evidência consistente que apoie a hipótese de que baixos níveis de serotonina sejam a causa primária da depressão. A revisão destaca também a necessidade de uma compreensão robusta da causalidade dos

transtornos mentais, considerando não apenas fatores biológicos, mas também fatores psicológicos, ambientais, contextuais, culturais e políticos - portanto, sociais (Moncrieff *et al.*, 2019).

O estudo, entretanto, apenas sinalizou o desgaste de um paradigma que vem sendo colocado em cheque há anos. As críticas tecidas no *Psychiatric Times* situam que as causas da depressão no campo hegemônico psiquiátrico continuam, portanto, não entendidas completamente. No período de 1990-2010, foram propostas pelo menos 17 outras hipóteses sobre a depressão, com mais 8 ideias desde então (Pies; Dawson, 2022). Essa diversidade de teorias reflete a complexidade do fenômeno, indicando que a busca por uma explicação única e simplista tem sido insuficiente.

3.5 Achados epidemiológicos: o que alguns estudos (não) evidenciam sobre as determinações dos transtornos mentais em mulheres na atualidade?

Em pesquisa nas principais bases de dados de saúde, a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Embase e PubMed, foram selecionados onze artigos que abordaram com maior especificidade a causalidade ou fatores de risco para os transtornos de ansiedade, depressão e aqueles que se enquadram enquanto Transtornos Mentais Comuns (TMC). Esta busca teve como objetivo resgatar de forma organizada os principais achados acerca da determinação da saúde mental de mulheres brasileiras, seguindo critérios de inclusão como: pesquisas dos últimos quatro anos, experiências brasileiras, com a maior parte das participantes da pesquisa sendo mulheres, com mulheres de idade entre 18 e 65 anos, entre outros. Foram excluídos os artigos que não se tratavam de experiências brasileiras, que não abordaram de alguma forma a saúde mental de mulheres, que não discutiam fatores de risco/determinantes para os agravamentos em saúde mental, entre outros.

Ao categorizar os resultados dos artigos e identificar as lacunas e omissões relacionadas aos processos críticos que são frequentemente negligenciados ou minimizados, torna-se evidente que há uma quantidade significativamente menor de estudos que consideram as condições de vida das mulheres, especialmente aquelas pertencentes à classe trabalhadora e racializadas, que enfrentam históricas desigualdades no acesso à saúde e educação, bem como encaram múltiplas

responsabilidades relacionadas ao trabalho doméstico e ao cuidado familiar. A menção a esses processos críticos à saúde, que estão interligados ao patriarcado, machismo, sexismo e racismo, e que estão entrelaçados com a exploração de classe, é notavelmente escassa em comparação com a ênfase dada às respostas e atributos individualizados e fatorizados. Isso faz com que tais descobertas fiquem distantes de uma análise histórico-social sobre as raízes dos maiores riscos à saúde das mulheres. As esferas “psico” e “social” do paradigma biopsicossocial se encontram, via de regra, subsequentes à elencada principal esfera, desde sempre, o biológico.

Nos onze estudos que abordam especificamente as condições de saúde-doença mental de mulheres, a maioria dos estudos são de natureza quantitativa (90,91%), de delineamento transversal (63,64%), outros delineamentos foram os de coorte prospectivo (9,09%), coorte retrospectiva (9,09%), revisão integrativa da literatura (9,09%) e censitário descritivo-analítico (9,09%). Analisados, sete deles adotam as categorias "determinantes sociais em saúde" ou "determinantes multicausais" (Feitosa; Fernandes, 2021; Grapiglia *et al.*, 2021; Quadros *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020; Sousa *et al.*, 2019), enquanto um utiliza o termo "*lifestyle psychiatry*" (Barros *et al.*, 2021). Três artigos não fazem menção a qualquer teoria científica para a interpretação dos dados (Barros *et al.*, 2020; Silva; Azeredo, 2019; Silva; Leite, 2020). Em algumas das pesquisas que se basearam em dados secundários, como os da Pesquisa Nacional em Saúde, ou em pesquisas do tipo coorte já em andamento, a categoria de análise da renda não estava disponível ou estava subentendida. Nesses casos, categorias como "escolaridade" foram utilizadas como *proxies*, considerando a perspectiva de que pessoas com mais anos de estudo geralmente têm empregos com salários mais altos e, portanto, uma renda maior (Silva; Azeredo, 2019).

Ainda que dez dos onze artigos citam como fator de risco uma menor renda/condição socioeconômica, a categoria de classe social permanece obscurecida, seja devido à utilização de variáveis como renda ou escolaridade, ou quando é empregada, geralmente segue a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), sem uma conexão explícita com o arcabouço teórico da teoria social de Marx, resultando numa falta de consideração pela condição de classe trabalhadora (Feitosa; Fernandes, 2020; Grapiglia *et al.*, 2019; Sousa *et al.*, 2019). Da mesma forma, as categorias de raça e etnicidade foram negligenciadas ou omitidas como variáveis em quatro dos onze artigos analisados (Barros *et al.*, 2020;

Feitosa; Fernandes, 2020; Silva *et al.*, 2020). Em dois artigos, são adotados binômios como "branca/não branca" ou "negra/não negra" (Grapiglia *et al.*, 2021; Silva; Leite, 2020), enquanto outros dois artigos indicam "branca" e "negra ou parda" (Quadros *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020). Um único artigo menciona apenas a categoria mais prevalente na amostra, como "parda" (Sousa *et al.*, 2019). Apenas dois artigos utilizam categorias mais abrangentes, como branca, preta, parda, amarela ou indígena (Santos *et al.*, 2019; Silva; Azeredo, 2019). Essas inconsistências e lacunas metodológicas comprometem a compreensão integral das disparidades de saúde entre diferentes estratos sociais e étnicos, ressaltando a necessidade de uma abordagem mais aprofundada e consistente nessas análises. Esta lacuna já tem sido apontada como uma barreira na análise consistente da saúde de mulheres negras há tempos, evidenciada na Política Nacional de Atenção Integral à Mulher de 2004 (Brasil, 2004, p. 49).

Os estudos analisados revelaram associações estatisticamente significativas entre os determinantes socioeconômicos e de estilo de vida e a saúde mental das mulheres. Entre os principais fatores identificados estão a menor renda/condição socioeconômica (Barros *et al.*, 2021; Feitosa; Fernandes, 2021; Grapiglia *et al.*, 2021; Quadros *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019; Silva; Azeredo, 2019; Silva; Leite, 2020; Silva *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020; Sousa *et al.*, 2019), insegurança alimentar (Sousa *et al.*, 2019; Silva *et al.*, 2020), consumo insuficiente de frutas, legumes e verduras (Barros *et al.*, 2021), eventos estressores (Quadros *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020), menor escolaridade (Grapiglia *et al.*, 2021; Quadros *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019; Silva; Azeredo, 2019; Silva; Leite, 2020; Silva *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020; Sousa *et al.*, 2019), e experiências de violência psicológica, sexual e física (Silva, Leite, 2020; Silva *et al.*, 2020; Silva, Azeredo, 2021; Sousa *et al.*, 2019).

Além disso, fatores como desemprego, falta de oportunidades de trabalho ou baixa remuneração (Grapiglia *et al.*, 2021; Quadros *et al.*, 2020; Santos *et al.*, 2019; Silva; Leite, 2020; Soares; Meucci, 2020), exposição à violência (Santos *et al.*, 2019), ser chefe de família (Grapiglia *et al.*, 2021), presença de doenças crônicas (Santos *et al.*, 2019; Grapiglia *et al.*, 2021; Barros *et al.*, 2021), tabagismo (Barros *et al.*, 2020; Grapiglia *et al.*, 2021; Quadros *et al.*, 2020; Silva; Leite, 2020; Soares; Meucci, 2020), falta de atividade física/sedentarismo (Barros *et al.*, 2020; Grapiglia *et al.*, 2021), e isolamento/exclusão social (Barros *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020; Sousa *et al.*,

2019) mostraram-se significativamente ligados à saúde mental das mulheres. Outros fatores como a vivência de uma pandemia (Barros *et al.*, 2020), o histórico de aborto (Silva *et al.*, 2020; Soares; Meucci, 2020; Sousa *et al.*, 2019), episódios de elitismo pesado (HED) (Barros *et al.*, 2021), a dependência da agricultura e pecuária como fonte de renda (Silva *et al.*, 2020), multiparidade (Silva *et al.*, 2020; Sousa *et al.*, 2019) e a falta de suporte social (Silva; Leite, 2020; Silva *et al.*, 2020) também foram identificados como fatores relevantes para a saúde mental das mulheres.

Destacam-se descobertas significativas nesta análise, incluindo a associação mais significativa entre a violência psicológica e a depressão/TMC, em comparação com as violências física e sexual (Silva; Leite, 2020). Além disso, há uma hipótese predominante de que a violência psicológica desencadeia sintomas depressivos, e não o contrário (Silva; Azeredo, 2019). Ao realizar uma análise estratificada por *clusters* de mulheres, observou-se que as classes sociais D e E, economicamente menos favorecidas, apresentaram as respostas mais positivas no questionário SRQ-20, indicando maior vulnerabilidade aos TMC (Grapiglia *et al.*, 2021). Para uma melhor compreensão dos paradigmas identificados nas publicações, juntamente com suas principais conclusões e os processos críticos não abordados, apresentaremos em quadro esquemático (Quadro 1). Essas análises serão fundamentadas nos referenciais teóricos e metodológicos previamente discutidos neste trabalho.

QUADRO 1. COMPARATIVO DAS PESQUISAS EPIDEMIOLÓGICAS SOBRE TRANSTORNOS MENTAIS (DEPRESSÃO, ANSIEDADE E TMC) EM MULHERES BRASILEIRAS

TÍTULO	OBJETIVO	RESULTADOS CONCLUSÃO	PROCESSOS CRÍTICOS OCULTADOS, NÃO ABORDADOS DIMENSÕES NÃO ALCANÇADAS PELAS ANÁLISES INTERPRETAÇÕES CAUSAIS IMPROCEDENTES
Afastamentos laborais por depressão (2020)	Analisar a ocorrência de afastamentos das atividades laborais motivados pela depressão.	<ul style="list-style-type: none"> - Os resultados do estudo mostraram que os trabalhadores afastados caracterizaram-se por ser, na sua maioria, do sexo feminino, com média de idade de 47,2 anos, residentes na capital, Teresina, de origem urbana, com renda variando de um a dois salários mínimos, com a maioria afastando-se uma única vez. 	<ul style="list-style-type: none"> - Praticamente nenhuma análise em relação ao tipo de atividade laboral, formas contratuais e mudanças estruturais no trabalho no contexto da acumulação flexível. - Não aborda especificamente as questões de gênero, incluindo desigualdades salariais, um maior risco de assédio sexual e moral, e o aumento da carga de trabalho relacionada ao trabalho reprodutivo.
Associação entre comportamentos de saúde e depressão : resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019 (2021)	Analisar a associação da depressão com comportamentos de saúde e verificar se as associações diferem segundo sexo e renda.	<ul style="list-style-type: none"> - Conclui que a depressão mostrou uma maior prevalência em casos de consumo quase diário de álcool, substituição do almoço por lanches rápidos e estilo de vida sedentário. - Cita que houve uma associação significativa com o consumo excessivo de álcool apenas em mulheres. - Nas análises separadas por sexo, observou-se que algumas associações eram exclusivas do sexo feminino, como a relação entre depressão e consumo menos frequente de frutas, vegetais e legumes (com interações significativas), bem como maior consumo de doces e refrigerantes, embora sem interações significativas nessas situações. - Menciona que “há evidências de que a ingestão diária de duas xícaras de bebida de cola seria suficiente para aumentar o risco de depressão”. - “Os achados do presente estudo reforçam a necessidade de contemplar a saúde mental nos programas de promoção de comportamentos saudáveis, considerando as diferenças de gênero e de posição socioeconômica”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Toda a análise dos achados parece imprecisa. Os comportamentos alimentares ditos de saúde, no caso maléfica à saúde (consumo de alimentos de valor nutricional baixo e calórico) tendem a indicar hábitos dentro do modo de vida dos mais pobres (consumir alimentos mais baratos, com forte apelo publicitário), logo é um indicador da pobreza. Como isso não é discutido abre margem para uma relação causal direta entre má alimentação e depressão. - Centra-se no nível individualista cognitivo-comportamental, desconectado dos processos sociais ligados à condição do pauperismo, à mediação da lógica mercadoria na produção e consumo de alimentos, e nas pressões sentidas pelos estratos mais pobres, principalmente mulheres e destas as negras. - Sem análises estratificadas cor/raça/etnia, sem um debate aprofundado e articulado de gênero, raça e classe social, sinalizando os processos complexos que fazem com que parte da população não consiga acesso a frutas, verduras e legumes, atividades físicas, etc. Ainda que haja menção às categorias, o debate é tímido perto da sua potencialidade.

<p>Associação entre o risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade (2019)</p>	<p>Investigar associação da insegurança alimentar e risco de transtornos mentais comuns (TMC) em mães com filhos de um ano de idade.</p>	<p>- Identificou que a prevalência de TMC é maior em casos em que a mãe é a responsável pelo domicílio, a renda familiar é menor (no primeiro tercil), a escolaridade materna é mais baixa, a moradia não é de alvenaria, o domicílio possui saneamento inadequado, a mãe tem mais de 25 anos, já teve mais de um filho (é multípara), há histórico de aborto ou morte fetal, ou o filho apresenta febre, dor de ouvido ou excesso de peso durante a visita domiciliar.</p> <p>- O estudo reconhece a limitação de não incluir a variável renda, que está diretamente relacionada a uma maior incidência de insegurança alimentar e TMC.</p> <p>- Enfatiza a importância de abordar a insegurança alimentar como um meio fundamental para reduzir a incidência de TMC.</p>	<p>- O estudo não aborda as desigualdades de gênero na educação, trabalho e renda articuladas ao empobrecimento causado pela exploração de classe que afeta as famílias trabalhadoras, com estresse adicional para aquelas lideradas por mulheres, especialmente negras (pressão sobre as mulheres para arcar com a manutenção familiar em uma sociedade com pouca seguridade social e proteção na área materno-infantil).</p> <p>- Não há análises estratificadas das pesquisadas por raça/cor/etnia, diferenciando as associações entre insegurança alimentar e TMC.</p> <p>- Além disso, o estudo não realiza análises sobre o trabalho, trabalho doméstico e sobrecarga enfrentados pelas mães, o que poderia fornecer insights valiosos sobre os fatores que contribuem para os TMC nessas populações.</p>
<p>Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros (2019)</p>	<p>Avaliar a associação entre Violência por Parceiros Íntimos (VPI) e depressão em adultos brasileiros.</p>	<p>- Destacou que as vítimas de VPI tinham maior probabilidade de relatar depressão em comparação com aqueles que não passaram por VPI. A associação é plausível devido à ideia de que a depressão pode ser um efeito da violência nos relacionamentos íntimos.</p> <p>- No estudo, o resultado de maior prevalência de depressão em pessoas brancas, é apontado como desacordo com literatura sobre assunto que sinaliza pessoas racializadas com maior probabilidade de desenvolver depressão, reiterando que para participar do estudo, o diagnóstico teria que ter sido dado por profissional de saúde e problematiza o acesso a serviços de saúde pela população negra.</p> <p>- Sinaliza que a literatura apoia a hipótese de que a VPI pode desencadear sintomas depressivos e não o contrário. Ao considerar a depressão como um efeito da VPI, cita a importância de focar na causa</p>	<p>- Aponta estratégias pertinentes ao modelo da determinação social do processo saúde-doença, fazendo investidas a mudanças estruturais como o combate a violência.</p> <p>- As análises sobre raça e etnicidade aparecem obscurecidas, apesar do texto citar a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelas populações não brancas, por exemplo, não cita em outro momento outros processos críticos que atingem essas populações com mais frequência, como o racismo, o desemprego, precarização do trabalho assalariado, intensificação do trabalho doméstico, entre outros.</p> <p>- Cita a limitação de a Pesquisa Nacional de Saúde, fonte de dados primários, não utilizar a categoria renda, aproximando a categoria "escolaridade" para aferir melhor condição financeira. Ainda com a limitação, às problematizações pertinentes acerca da possibilidade de escolaridade são tímidas e não há menção ao trabalho doméstico</p>

		subjacente da depressão, não apenas tratando os sintomas com medicamentos, mas também abordando as causas, como a violência.	e sua intersecção com a dependência financeira, que corrobora com a permanência em relações violentas.
Epidemiologia dos Transtornos Mentais Comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil (2020)	Descrever a prevalência e os fatores associados aos transtornos mentais comuns em mulheres de 18-49 anos, residentes da zona rural do município de Rio Grande-RS.	<ul style="list-style-type: none"> - No artigo aponta-se que mulheres têm vulnerabilidade <i>biológica</i> aos TMC. - Observa que uma em cada três mulheres da zona rural do município apresenta TMC. As mulheres com menor escolaridade, que sofreram algum aborto durante a vida e as tabagistas apresentaram maior risco para TMC. As altas prevalências de TMC em ambos os contextos, rural e urbano, podem ser explicados pelo fato da “maior percepção das mulheres com a própria saúde, pela desigualdade entre os sexos, pela maior responsabilidade social das mulheres em relação aos homens e a pela desvalorização do trabalho feminino”. - Afirma que “a falta de oportunidade de educação nas áreas rurais é responsável pela existência de uma lacuna entre mulheres urbanas e rurais, o que agravaria a situação destas últimas, principalmente na redução da capacidade para lidar com situações estressoras de maneira adequada, reduzindo a disposição para suportar acontecimentos adversos e frustrantes”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apesar de citar cor de pele como determinante nos TMC, não é tida como variável observada no estudo, não traz na discussão sobre racismo e desigualdades raciais articuladas às condições de reprodução social das mulheres do campo versus urbanas. - Apontam com efeito da sobrecarga das mulheres - o impacto da responsabilização com relação aos homens e a desvalorização do trabalho <i>feminino</i> - categoria usada erroneamente, e que curiosamente, é utilizada como “trabalho doméstico” nas referências utilizadas do artigo. - Achado sobre a maior percepção de saúde pelas mulheres é contrário à afirmativa estudo de Quadros <i>et al</i> (2020) mencionado acima, de que as mulheres têm menor percepção. - Não aborda as desigualdades de gênero na educação, fazendo alusão ao agravamento de falta de resiliência a acontecimentos adversos pela falta de escolaridade. O que parece ficar descolado da consideração feita aos processos sociais específicos do meio rural, como os valores conservadores, altas taxas de pobreza e isolamento citados.
Fatores associados aos transtornos mentais comuns: estudo baseado em clusters de mulheres (2021)	Identificar fatores associados aos transtornos mentais comuns (TMC) em uma amostra de mulheres adultas no Sul do Brasil.	<ul style="list-style-type: none"> - Menciona que a classe econômica apresentou associação somente no grupo de mulheres com maior score no teste de TMC, nas classes mais baixas (D ou E). Ser chefe de família também se mostrou estatisticamente significativa, com aumento nas classes baixas. - “Existiria, portanto, maior sofrimento mental entre mulheres com piores condições econômicas ou desfavorecidas socialmente. Somadas essas 	<ul style="list-style-type: none"> - As condições de classe não são analisadas como processos complexos e historicizados, sendo simplificadas ao nível de associação com os TMC. - Não são abordadas as desigualdades de gênero na educação, trabalho e renda em relação ao empobrecimento causado pela exploração de classe, especialmente nas famílias trabalhadoras lideradas por mulheres. Embora se mencionem as condições sociais como intrínsecas à deterioração

		<p>informações, pode-se supor que menores taxas de desemprego, aumento da escolaridade e ascensão às classes econômicas mais favorecidas melhorariam a saúde mental. Cada uma dessas variáveis apresenta uma influência diferente em cada grupo considerado".</p> <p>- Reafirma achados de outros estudos sobre a associação significativa entre TMC e o sexo feminino.</p>	<p>mental, há uma reafirmação da literatura que associa os TMC ao sexo biológico feminino.</p> <p>- Há uma escassez de debate sobre a racialização do desemprego e a carga adicional de trabalho doméstico. A estratificação da amostra apenas em "brancas/não brancas" não permite uma análise aprofundada das consequências epidemiológicas por cor de pele, indicando um entendimento limitado do impacto das questões raciais e étnicas na discussão dos dados</p>
Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil (2019)	<p>Analisar a prevalência dos transtornos mentais comuns (TMC) e seus fatores associados nos moradores da área urbana da cidade de São Paulo, Brasil.</p>	<p>- Cita que a prevalência de TMC é maior nas categorias: mulheres; pessoas com 60 anos ou mais; praticantes de umbanda/candomblé; viúvos; quem nunca frequentou a escola; e inativos/desempregados; e quem possuía renda familiar de até um salário mínimo.</p> <p>- "No que tange ao gênero e à classe social, é relevante destacar os determinantes sociais de saúde e sua implicação no TMC, o que ajuda a explicar a alta prevalência constatada em mulheres e naqueles com renda mais baixa. Sendo assim, esses grupos de maior vulnerabilidade compartilham interações de determinantes sociais que estão relacionados à maior prevalência de TMC. Nesse sentido, a saúde mental das mulheres deve ser entendida de acordo com as questões socioeconômicas e políticas relacionadas a esse grupo."</p>	<p>- Ainda que o artigo apresente considerações as questões socioeconômicas e políticas de grupos vulnerados a TMC, a apresentação dos dados deixa margem para uma interpretação fatorizada, indicando que pessoas praticantes de candomblé e umbanda são mais propensas aos TMC, sem fazer qualquer menção ao racismo, por exemplo. Apesar do artigo descrever as porcentagens de participantes conforme raça/etnia/cor, não apresenta as diferenças de prevalência de TMCs com esse recorte.</p> <p>- Embora mencione efeito das condições socioeconômicas, não aprofunda sobre o pauperismo, desigualdade social e modos de vida segundo as condições de reprodução da classe trabalhadora em grandes centros urbanos.</p> <p>- Não aborda o racismo para explicar a maior prevalência em praticantes de religiões de matriz africana.</p>
Relato de tristeza/depressão, nervosismo e problemas de sono na população adulta brasileira durante a	<p>Analisar a frequência de tristeza, nervosismo e alterações do sono durante a pandemia de COVID-19 no Brasil, identificando os segmentos demográficos</p>	<p>- O estudo indica que sintomas de tristeza, nervosismo frequente e distúrbios do sono foram mais prevalentes entre adultos jovens, mulheres e indivíduos com histórico de depressão. Cita em análise que "os estudos detectam, em geral, maior prevalência de queixas de saúde e de transtornos mentais comuns no sexo feminino. As mulheres, historicamente,</p>	<p>- Menciona a histórica opressão e subordinação das mulheres, destacando a sobrecarga com o trabalho doméstico, os cuidados familiares e a violência doméstica. No entanto, não faz a conexão essencial com as condições resultantes da exploração de classe que afetam especificamente as mulheres negras. Ou seja, não aborda como o suporte da opressão de</p>

pandemia de COVID-19 (2020)	mais afetados.	tiveram menor acesso à escolaridade, foram mais conduzidas a assumir as tarefas domésticas e, na atualidade, mesmo com os avanços obtidos, ainda são submetidas a ocupações de menor renda e prestígio, e menores salários.	gênero e do racismo contribui para formas específicas de exploração e suas consequências.
Transtorno mental comum e sintoma depressivo (SD) perinatal: revisão integrativa (2020)	Investigar a ocorrência e os fatores de risco ao transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal.	<p>- Foram encontradas elevadas frequências para transtorno mental perinatal, com destaque para os estudos realizados no Brasil. Baixo nível socioeconômico, ser mãe solteira, história pregressa de transtorno mental, gravidez não planejada e multiparidade foram fatores de risco aos transtornos investigados. "A relação direta entre a ocorrência de TMC na gestação e o SD no pós-parto, encontrada em estudo conduzido no Brasil mostra a conexão entre os eventos e a existência de uma possível relação causal."</p> <p>- Menciona que mulheres mais jovens perpetuam normas de gênero construídas socialmente, o que as torna vulneráveis à violência. "Além disso, elas são mais vulneráveis que as mulheres mais velhas devido ao acesso restrito aos meios de proteção e à dependência econômica".</p>	<p>- Não há análises segundo estratificação das pesquisadas por raça/cor/etnia diferenciando as associações entre os fatores de risco e a violência por parceiro íntimo.</p> <p>- Carece de uma análise que conecte os fatores de riscos. Esses fatores refletem a falta de seguridade social, segurança financeira e acesso à saúde para mulheres trabalhadoras de baixa renda, especialmente aquelas sob estresse antes da gravidez. A responsabilidade pelo cuidado e apoio financeiro, especialmente para mães com múltiplos filhos (fator de risco: multiparidade), é exacerbada. Isso está ligado a aspectos morais do machismo/patriarcado e à tendência de culpar os pobres pela própria pobreza. A ausência de políticas abrangentes e universais de saúde, educação e proteção social na área materno-infantil agrava ainda mais esse problema.</p> <p>- A afirmação de que os TMCs são preditores para a depressão pós-parto reflete um viés patologizante. Esse viés sugere que uma doença causa outra doença, enquanto o verdadeiro desafio é explicar os processos psicossociais que conectam esses dois conjuntos de sintomas com base nos modos de vida do grupo pesquisado em uma determinada formação social.</p>
Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982	Descrever a associação de transtorno mental comum aos 30 anos nos membros da coorte de 1982 com variáveis sociodemográficas	- Há uma maior prevalência de TMC em mulheres de 23 anos. Mulheres com menor escolaridade têm mais de duas vezes mais TMC do que aquelas com maior escolaridade. A prevalência de TMC é 65% maior entre as mulheres com menor renda. A associação	<p>- Não aborda as desigualdades de gênero na educação, trabalho e renda articuladas ao pauperismo pela exploração de classe que acomete às famílias trabalhadoras, com estresse adicional àquelas chefiadas por mulheres, principalmente negras.</p> <p>- Os modos de vida e condições</p>

(2020)	as, tabagismo e eventos estressores.	<p>entre eventos estressores e TMC é significativa em mulheres, com um evento estressor aumentando mais de duas vezes a prevalência de TMC e até sete vezes em casos de múltiplos eventos. As mulheres tendem a procurar ajuda e relatar sintomas psicológicos com mais facilidade, e a literatura aponta que as prevalências de ansiedade e depressão são duas a três vezes maiores em mulheres do que em homens. Para as mulheres, fatores socioeconômicos e eventos estressores estão mais relacionados aos TMC do que para os homens.</p> <p>- Denota que as mulheres “além de possivelmente sofrerem menos pressão social, poderiam ter optado por não ter um emprego pela função da maternidade, por exemplo, o que poderia explicar o desaparecimento da associação entre trabalho e TMC em mulheres” e que “têm uma autopercepção de saúde pior do que os homens, expressando assim os seus sintomas com maior facilidade e, conseqüentemente, apresentando maior prevalência de TMC”.</p>	<p>estruturais que envolvem as imposições das violências, o machismo, sexismo, etarismo, sobrecarga de trabalho e disparidade salarial por gênero, não aparecem nas explicações da maior prevalência de depressão e ansiedade entre as mulheres.</p> <p>- Escassas análises da articulação gênero, classe, raça/etnia. Não há dados sobre haver ou não diferenças de prevalência de sintomatologias entre mulheres brancas mais escolarizadas de maior renda versus negras, menor escolarização e menor renda.</p> <p>- Explicação da maior prevalência de TMC entre mulheres fica centrada no nível individualista cognitivo-comportamental, desconectado dos processos sociais ligados à condição feminina, como o trabalho doméstico, por exemplo.</p>
Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados (2020)	Identificar a prevalência das violências durante a gestação e verificar a associação com as características socioeconômicas, comportamentais e clínicas da gestante.	<p>- A violência psicológica perpetrada pelo parceiro íntimo foi a de maior prevalência entre as gestantes. Mulheres mais jovens, com menor renda e escolaridade, que iniciaram a vida sexual até os 14 anos e que desejaram interromper a gravidez vivenciaram com maior frequência a violência durante a gestação. Ter tido dois ou mais parceiros no último ano aumentou em 82% a prevalência de violência psicológica durante a gestação.</p> <p>- 77% das participantes não tinham trabalho remunerado, a ocupação/trabalho doméstico não foi mensurada.</p>	<p>- Total ausência de análises abrangendo: a esfera da sexualidade, educação e socialização de gênero no exercício da sexualidade, a saúde sexual e as possíveis violações aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. Ou seja, não conceitua a particularização do machismo estrutural na esfera doméstica-conjugal como elemento da determinação social da violência contra a mulher gestante.</p> <p>- Desconsideração à autonomia feminina sobre o corpo e reprodução, à criminalização do aborto e estigma das mulheres que não desejam ser mãe.</p> <p>- Sem menção ao dado de maior desemprego da classe</p>

			<p>trabalhadora jovem, sem qualificação profissional, que aumenta entre mulheres jovens negras, pobres, trans, ou não binárias. Isso contribui para a dependência financeira feminina, maior submissão, maior dificuldade em romper o ciclo da violência.</p> <p>- Apesar de a raça ser uma categoria de análise, não há discussão sobre o impacto da condição.</p>
--	--	--	---

3.6 Implicações para a Saúde Coletiva e no SUS: qual a diferença dos referenciais para interpretar o sofrimento de mulheres

É notável que os estudos epidemiológicos em saúde buscam mais recentemente incorporar os determinantes sociais da saúde em seu escopo teórico e metodológico, sinalizando com efeito que condições ligadas à pobreza são prejudiciais à saúde mental por configurarem-se como fatores de risco aos transtornos mentais como a depressão, a ansiedade, os ditos TMC, entre outros.

As análises críticas apresentadas destacam a necessidade de estudos epidemiológicos que busquem uma compreensão mais abrangente e explicativa dos processos de saúde-doença, bem como sua interação com os processos sociais que moldam a sociedade. É fundamental superar uma abordagem simplista, linear e fragmentada da saúde, em particular da saúde mental. Urgências se fazem presentes na revisão da maneira pela qual a abordagem dos determinantes sociais da saúde tem sido incorporada à epidemiologia psiquiátrica. A atual abordagem muitas vezes tende a mitigar os processos sociais específicos que, em um dado contexto histórico, afetam a saúde mental. Isso nega a importância das relações sociais de classe, gênero, raça e dos processos estruturais do machismo, racismo, capacitismo, etarismo e cis heteronormatividade.

Esses processos, que há muito tempo são objetos de pesquisa e análise nas ciências humanas e sociais, muitas vezes são relegados a um plano secundário na pesquisa empírica, seja no desenho metodológico, nas análises estatísticas ou na teorização das mediações sociais que influenciam a promoção ou deterioração da

saúde mental. Além disso, esses processos são frequentemente incorporados a partir de uma epistemologia positivista-funcionalista, que os trata de forma estática e busca correlações simplistas, deixando de lado a dinâmica dialética e contraditória que caracteriza tanto os níveis da sociedade quanto das experiências individuais. Essas limitações abrem espaço para distorções e simplificações no raciocínio etiológico-causal e na compreensão da determinação, muitas vezes se reduzindo a identificar pares de variáveis com associações estatisticamente significativas, como, por exemplo, a associação entre o consumo de refrigerantes e a depressão (Barros *et al.*, 2021). Outro exemplo é a relação entre a prática das religiões de umbanda e candomblé e uma maior prevalência de TMC (Santos *et al.*, 2019), que, sem considerar o papel do racismo ou do estigma/discriminação associado a essas religiões e àquelas que as praticam, pode resultar em interpretações da realidade que são, no mínimo, inadequadas ou insignificantes em termos do avanço do conhecimento.

Segundo a corrente da determinação social da saúde, a saúde seria apreendida como historicamente constituída, portanto, segundo parâmetros mais coletivos do que remetendo a parâmetros que analisam estados de funcionamento de vários corpos tomados cada um. A saúde não é o funcionamento normal anátomo-fisiológico dos corpos, mas sim o "máximo desenvolvimento das potencialidades do homem, de acordo com o grau de avanço obtido pela sociedade em um período histórico determinado" (Garcia, 1989, p. 103). Ao abraçar essa concepção, a saúde passa a significar a capacidade de "estar vivo e em condição de nos objetivarmos como humanos, de realizarmos em cada um de nós o máximo dentro do que a humanidade já estabeleceu como possibilidade" (Albuquerque; Silva, 2014, p. 957). Em acordo, Vigotski formulou que o desenvolvimento pleno do ser humano não depende apenas de aspectos biológicos, mas depende também do aprendizado que realiza num determinado grupo cultural a partir da interação com outros indivíduos (Vigotski, 2024).

A saúde, entendida como a possibilidade de objetivação em cada indivíduo do grau de humanidade que a humanidade produziu, apresenta-se de modo diferente nas diferentes sociedades, nas diferentes classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem (Albuquerque; Silva, 2014). Isso se dá articuladamente a outros eixos de desigualdades sociais que intensificam os efeitos das condições de classe, que no

presente momento histórico, no capitalismo periférico dependente, o capital se fortalece ancorado em outros sistemas de opressão como o machismo e o racismo, principalmente.

Em última análise, advogamos pela incorporação de conhecimentos provenientes das ciências sociais e humanas, com uma perspectiva crítica voltada para a experiência latino-americana. Mesmo ao empregar referenciais europeus e norte-americanos, estamos cientes das discrepâncias culturais em relação à prática e concepção de saúde. Nesse sentido, acreditamos no potencial de promover práticas de cuidado nos serviços de saúde, com profissionais alinhados a uma abordagem mais robusta de concatenação dos chamados “fatores de risco”. Esse enfoque é especialmente relevante para as mulheres, cujas experiências muitas vezes enfrentam acentuada invisibilidade e medicalização.

Por fim, em contraposição ao modelo dos determinantes sociais, examinamos os estudos analisados comparativamente, buscando evidenciar os elementos que denunciam as dimensões da vida social e seus processos críticos que estão na raiz dos fatores de risco. Em algumas pesquisas, observamos interpretações causais que, em nossa análise, são inadequadas, pois se baseiam tanto em monocausalismo quanto em multicausalismo reduutivo, onde o risco total parece derivar apenas da soma de diversos fatores isolados. Nos estudos examinados, ficou evidente a falta de discussão em torno do entrelaçamento dos eixos de gênero, raça e classe social, com poucas referências aos sistemas de opressão e subordinação, embora os fatores estudados indiquem claramente os efeitos desses processos. Em relação à caracterização racial das amostras, são escassas as pesquisas que adotam categorias mais abrangentes, englobando a etnicidade, o que poderia possibilitar análises interpretativas mais inovadoras. A seguir, o trabalho avança na argumentação favorável a uma outra forma de interpretar e cuidar do sofrimento psíquico de mulheres.

4 AS BASES TEÓRICO-METODOLÓGICAS PARA UMA OUTRA PROPOSTA EPIDEMIOLÓGICA DO SOFRIMENTO DE MULHERES

Este capítulo contribui às fundações conceituais essenciais para a construção de uma nova epidemiologia dos transtornos mentais. Nele, são apresentados os aportes teóricos críticos que servirão como lente para a análise das entrevistas. O exame aprofundado inclui a exposição dos principais conceitos do feminismo marxista, proporcionando uma compreensão detalhada da dinâmica intrincada do nó gênero-raça-classe. Paralelamente, são abordados os principais conceitos derivados da Psicologia Histórico-Cultural, lançando uma reflexão inicial sobre nosso objeto de estudo à luz do materialismo histórico-dialético.

Ancorando-se na intersecção entre a teoria feminista marxista, a Psicologia Histórico-Cultural e a determinação social do processo saúde-doença, dois instrumentos cruciais são conceituados para a análise: a periodização do desenvolvimento, oferecendo uma compreensão da produção do sofrimento ao longo das fases da infância, adolescência e idade adulta, com suas ramificações sobre a personalidade, atuando no âmbito singular; e a matriz de processos críticos, proposta por Jaime Breilh (2006) para investigação de perfis epidemiológicos, apresentando dados significativos para a construção de uma Saúde Coletiva atenta à heterogeneidade da sociedade. Importante notar que este material desempenha um papel crucial tanto no plano particular quanto no universal.

4.1 O feminismo marxista: epistemologias dos feminismos

Enquanto a epidemiologia crítica rejeita as definições empíricas e causais típicas da epidemiologia clássica, o feminismo marxista incorpora discussões prévias com o intuito de romper com a superficialidade da luta feminista presente em grupos considerados feministas liberais ou neoliberais. É dado que a concepção de feminismo pode diferir enquanto vertentes, apropriando-se de uma forma diferente quanto a teoria, metodologia e práxis (Fernandes, 2019). Neste sentido, Ribeiro (2020, p. 56) documenta que “a vertente é a fonte política de projeto societário,

concepção de sociedade e perspectiva da emancipação humana na luta feminista”. Com efeito, esta pesquisa adota a vertente do feminismo marxista, apontando que a reprodução social pela mulher é, na dialética produção-reprodução na sociedade de classes, um problema político de primeira ordem. Neste sentido, incorporando as contribuições da interseccionalidade e da consubstancialidade enquanto metodologias de análise das imbricações conjugadas no nó gênero-raça/etnicidade-classe, o feminismo marxista apropria-se da compreensão de tais metodologias, sem privilegiar uma ou outra categoria.

Essa perspectiva permite avançar no debate da exploração, adicionando a crítica ao lugar inferiorizado destinado à mulher na sociedade de classes (Saffioti, 1976). Assevera, portanto, a dialética produção-reprodução social e suas especificidades, com ênfase no trabalho oculto da reprodução social, como um pilar sobre o qual apoiam-se a exploração e dominação capitalista. Situamos de acordo com Arruzza, Bhattacharya e Fraser (2019) que o trabalho de produção de pessoas é vital e complexo, e apontamos sua posição de subordinação pelo capital, pois dessa atividade denominada de reprodução biológica e social, relegada às mulheres, decorrem os papéis de gênero e entrincheira-se na opressão de gênero, raça, sexualidade e etnia. Ao mesmo passo que a sociedade capitalista se vale do trabalho reprodutivo de mulheres, renega (na medida do possível) seu valor (Arruzza, Bhattacharya, Fraser, 2019).

Trata-se de uma especificidade histórica na maneira pela qual a reprodução social compete exclusivamente às mulheres; especificidade que serviu e serve para situar a categoria mulher numa condição de opressão. No bojo de nossa capacidade reprodutiva, conjunto de atividades invisibilizadas mas imprescindíveis, localiza-se a fusão do papel social das mulheres com o papel de mães. O problema é justamente tomar essa questão como um não problema ou, quando localizado, tomá-lo como algo da ordem da natureza sexual das espécies. (Ribeiro, 2020, p. 48)

Aproximando a teoria da reprodução social formulada pelo feminismo marxista da conceituação de reprodução social de Breilh, busca-se compreender como as relações desiguais de gênero são “aproveitadas” pelo capitalismo para ampliar os níveis de exploração. Por conseguinte, é possível constatar que as mulheres brasileiras, negras, trabalhadoras, encontram-se em vias de produção e exploração muito singulares (Saffioti, 1976) e que estas imprimem padrões sociais próprios a isto, aos seus processos de saúde-doença, que estão imbricados pela inequidade. Esta é

entendida por Breilh (2006) como aquilo que determina relações sociais desiguais de classe, gênero, raça, orientação afetivo-sexual e etnia.

4.1.1 Reprodução social e trabalho doméstico no feminismo marxista

Este trabalho não conseguirá adentrar com profundidade na teoria da reprodução social, mas sem poder deixar menção a alguns aspectos fundamentais para a análise proposta. O feminismo marxista permite avançar no debate adicionando a crítica ao lugar ocupado pela mulher na sociedade de classes (Saffioti, 1976) e, por sua vez, na dialética produção-reprodução social e suas especificidades, com centralidade no trabalho reprodutivo não reconhecido. De acordo com Arruzza (2017, p.40) “as feministas marxistas destacaram o fato de que um modo de produção e uma certa estrutura de relações de classe definem o quadro no interior do qual os processos de reprodução social, i. e., os processos de reprodução e manutenção da vida humana, ocorrem. Segundo Arruzza (2017, p. 41), a reprodução social

Refere-se ao domínio mais específico da renovação e da manutenção da vida e das instituições e o trabalho necessário aí envolvido. Isso deve ser entendido como abrangendo três elementos fundamentais: 'a reprodução biológica da espécie', 'a reprodução da força de trabalho' e 'a reprodução das necessidades de provisão e de cuidado'

Tendo isso em vista, entende-se que, com o patriarcado e sua perpetuação pelo sistema capitalista, as mulheres foram historicamente submetidas a processos de subjugação ao gênero masculino, por meio da divisão sexual do trabalho e de inúmeros esforços por parte do capital, do Estado e de outras instituições sociais. O trabalho doméstico aqui é compreendido, portanto, como inscrito na atividade de reprodução social, historicamente reforçada às mulheres. A partir da perspectiva do feminismo marxista, essa atividade não é apenas uma questão de tarefas diárias, mas uma dimensão essencial do funcionamento econômico e social. O livro “Feminismo para os 99%” destaca que a divisão sexual do trabalho contribui para a perpetuação da desigualdade, pois as mulheres, predominantemente responsáveis por essas tarefas, são desprovidas de reconhecimento e valorização social. Essa invisibilidade sustenta não apenas a estrutura familiar, mas também a força de trabalho que alimenta a economia capitalista.

De acordo com o relatório sobre desigualdade de gênero do IBGE (2022), as mulheres dedicam, em média, 21,4 horas semanais ao trabalho doméstico não remunerado, enquanto os homens dedicam apenas 10,3 horas. Essa disparidade evidencia uma carga desigual de responsabilidades, que impacta a vida profissional e o bem-estar das mulheres. O tempo não remunerado que as mulheres gastam em tarefas domésticas e cuidados familiares não é contabilizado na economia formal, mas é fundamental para o funcionamento da sociedade. Essa realidade é um reflexo da perpetuação de normas de gênero que relegam as mulheres ao espaço doméstico.

As autoras Cinzia Arruzza, Tithi Bhattacharya e Nancy Fraser (2019) argumentam que a luta pela equidade de gênero deve ir além da igualdade formal no mercado de trabalho. É necessário desafiar a estrutura capitalista que explora a força de trabalho e reproduz desigualdades de gênero, raça/etnia e classe. A proposta é integrar as lutas por direitos trabalhistas e sociais com a luta por igualdade de gênero, reconhecendo que a emancipação das mulheres está intrinsecamente ligada à transformação das condições de trabalho e à redistribuição das tarefas de cuidado. Os dados do IBGE também revelam que as mulheres negras enfrentam uma dupla desigualdade, não apenas pelo gênero, mas também pela raça. Essa interseccionalidade agrava as condições de vida e trabalho, tornando-as ainda mais vulneráveis à exploração e à precarização. Assim, as lutas feministas devem ser inclusivas, abordando as especificidades de diferentes grupos de mulheres e suas realidades sociais, para que todas possam ser verdadeiramente emancipadas. A transformação das relações de opressão-dominação requer um reconhecimento do valor do trabalho reprodutivo e uma redistribuição equitativa das práticas de cuidado/reprodução.

4.1.2 A dinâmica do nó gênero-raça/etnia-classe

No feminismo marxista, é necessário portanto articulações teórico-práticas que sustentem a forma dialética que se dão os processos de opressão e subordinação das diversas mulheres, que por sua vez, encontram-se em vias distintas das intersecções destes processos destrutivos. O conceito de nó, defendido por Saffioti (2015) e

utilizado nesta análise, opera como instrumento teórico-metodológico para a investigação profunda sobre a formação social brasileira, de modo a não hierarquizar as categorias gênero, raça/etnicidade e classe. Estas devem ser compreendidas em um nó de contradições sociais, com a perspectiva de não separação entre as noções de exploração/dominação, sem uma homogeneidade dos fenômenos e seus efeitos nas pessoas (Passos, 2019; Saffioti, 2015). Este nó, que permite mobilidade entre os fenômenos principais que o compõem, não significa de toda forma uma “soma de opressões ou para aglutinações de categorias e/ou lugares sociais, mas de *determinações*” (Passos, 2019, p. 316, grifos nossos).

O nó (Saffioti, 1985; 1996) formado por essas três contradições apresenta uma qualidade distinta das determinações que o integram. Não se trata de somar racismo + gênero + classe social, mas de perceber a realidade compósita e nova que resulta desta fusão. [...] Não existem apenas discriminações quantitativas, mas também qualitativas. Uma pessoa não é discriminada por ser mulher, trabalhadora e negra. Efetivamente, uma mulher não é duplamente discriminada, porque, além de mulher, é ainda uma trabalhadora assalariada. Ou, ainda, não é triplamente discriminada. Não se trata de variáveis quantitativas, mensuráveis, mas sim de determinações, de qualidades, que tornam a situação destas mulheres muito mais complexa (Saffioti, 2015, p. 122-123).

De acordo com a socióloga brasileira, é essencial considerar uma certa maleabilidade ao abordar essa intrincada interconexão. Essa flexibilidade é de fundamental importância, pois abre espaço para que cada uma das determinações possa evoluir de maneira mais ampla ao longo de sua trajetória histórica. É importante ressaltar que essa maleabilidade não implica em uma atuação independente das diversas determinações, mas sim reflete o reconhecimento de que gênero, raça/etnia e classe possuem dinâmicas especiais distintas, todas parte da intrincada “lógica do nó”. A compreensão dessa mobilidade requer uma análise das contradições inerentes a cada período histórico, que afetam de maneira distinta mulheres brancas, negras, indígenas, cisgênero, transgênero, travestis, mulheres com deficiência, lésbicas, bissexuais, em diferentes faixas etárias, em localidades diversas, e uma série de outras particularidades que constituem a diversidade das mulheres brasileiras (Passos; Pereira, 2017).

E de um modo geral a supremacia masculina perpassa todas as classes sociais, estando presente também no campo da discriminação racial. Ainda que a supremacia dos ricos e brancos torne mais complexa a percepção da dominação das mulheres pelos homens, não se pode negar que a última colocada na “ordem das bicadas” é a mulher. Na sociedade brasileira, esta última posição é ocupada por mulheres negras e pobres (Saffioti, 1987 p.16).

Aproximando a metáfora do nó, conforme proposto pelo feminismo marxista e

relacionando-a aos princípios da medicina social e da epidemiologia crítica latino-americanas, busca-se compreender de maneira dialética como as relações de gênero, classe, raça e etnicidade são exploradas pelo capitalismo e, conseqüentemente, pelas estruturas de poder, para ampliar os níveis de exploração. A partir dessas categorias, torna-se possível abordar outras que delas derivam, como o capacitismo, a transfobia, homofobia, entre outras formas de discriminação e opressão. Essa perspectiva ressalta que essa compreensão deve ser um elemento fundamental na identificação dos riscos e danos à saúde mental que afetam os diversos estratos e perfis psicossociais das mulheres no Brasil (Breilh, 2006).

4.2 A Psicologia Histórico-Cultural

A síntese aqui desenvolvida parte da identificação das autoras pela linha teórica da psicologia conhecida como Histórico-Cultural, que oferece lentes à gênese, ao desenvolvimento e crítica do trabalho de pesquisa apresentado. A Psicologia Histórico-Cultural se orienta enquanto linha teórica da psicologia que se utiliza do materialismo histórico-dialético enquanto método de análise crítica da realidade (Costa; Tuleski, 2015).

Para o materialismo histórico-dialético a essência da realidade não está explícita imediatamente, mas necessita ser compreendida pelo pensamento teórico, abstrato, através da apreensão do fenômeno em suas múltiplas mediações histórico-concretas (Costa; Tuleski, 2015, p. 394)

O materialismo histórico-dialético tem como base filosófica o materialismo, que nasce na filosofia antiga, mas tem Hegel como uma das figuras mais influentes para a teoria marxista. Marx tomou muitos dos conceitos hegelianos para a construção da sua teoria materialista, como as noções de alienação e dialética. O materialismo filosófico concebe que a matéria é um princípio primordial, posto que a esfera espiritual é algo secundário. Uma das considerações do materialismo diz respeito à consciência humana, no sentido de que esta é um produto da relação com a materialidade, pois trata-se de um reflexo da relação do indivíduo com o mundo (Triviños, 1987).

Dentro das raízes do pensamento marxista há a proposição de uma concepção

científica da realidade, baseada nos princípios da matéria, da dialética e da prática social. Assim, o materialismo histórico-dialético é a base do pensamento marxista, propondo e seguindo uma visão dialética do mundo (Triviños, 1987). Nesse ínterim, esta perspectiva tem como objetivo estudar as leis mais gerais que regem a realidade, a natureza, a sociedade, o pensamento. Tendo destaque a compreensão de que a realidade concreta é refletida na consciência. Esta afirmação por sua vez desencadeia em uma série de estudos da teoria do conhecimento, sendo um deles a teoria do desenvolvimento em Vigotski, e na Psicologia Histórico-Cultural.

Ao passo que o materialismo histórico seria a ciência filosófica que estuda as leis sociológicas do desenvolvimento da humanidade, contemplando a evolução histórica e a prática social dos indivíduos. Nesse sentido, Marx e Engels entendem que a história é resultado de práticas socioeconômicas e as relações de produção são fundamentais para a formação das sociedades (Triviños, 1987). Esta proposta ultrapassa a noção de uma teoria filosófica, pois se propõe como uma leitura de mundo e prática transformadora. A aplicação das leis da dialética na realidade objetiva surge com Hegel, que propõe que a matéria está em movimento, que a história e a natureza, portanto a realidade opera em processos, podendo mudar, transformar-se e estar em constante desenvolvimento. Lenin propõe que esses aspectos da dialética são fundamentais para a compreensão do desenvolvimento da ciência, logo que observa e analisa a realidade como o mundo dos fenômenos, entendendo sua interação, interdependência e conexão (Triviños, 1987).

Neste estudo, utiliza-se do materialismo histórico-dialético, enquanto um método científico de estudo e análise das condições de produção e reprodução social. Amplia-se a compreensão da teoria econômica de Marx para as investigações epidemiológicas. Entendendo que a epidemiologia se trata de um método científico que investiga os processos de reprodução e suas expressões nas diferentes classes sociais⁴, bem como seus efeitos nos processos de saúde e de doença. Faz-se, portanto, necessário utilizar um método de investigação científica que preconize um estudo histórico e que domine a essência social dos processos e fenômenos (Breilh, 1991).

⁴ Para Breilh, (2006) a reprodução social pode ser compreendida como o processo de produção, distribuição e consumo - que define a quota e a qualidade dos bens que cabem a cada grupo, o processo de poder político no Estado, que condiciona a quota e a qualidade dos serviços prestados também por essa via etc. Desta forma, os processos críticos subordinam-se e atuam concomitantemente à reprodução social.

Parte-se do pressuposto que a realidade social é resultado de um longo processo histórico de transformação da humanidade, e por sua vez, da interatividade humana. Considerando que a realidade não está submetida exclusivamente às dinâmicas naturais, a epidemiologia não é resultado unicamente deste processo. A concepção histórica da realidade requer uma análise da totalidade, entendendo este caráter total do ser social. Deste modo, a práxis é o conceito que articula a objetividade e subjetividade, e que se expressam nas atividades humanas (Tonet, 2013). Nesse sentido, o materialismo histórico-dialético contribui enquanto método para os estudos epidemiológicos, em direção à atualização das investigações acerca do processo saúde-doença, bem como enquanto prática transformadora.

É a partir deste método, utilizado na Psicologia Histórico-Cultural, que a pesquisa avança em sua análise. Segundo Medeiros e Souza (2017) a Psicologia Histórico-Cultural reforça a importância do meio social como fonte de desenvolvimento do sujeito. O social defendido por essa abordagem se refere ao social humano, que vai além de princípios naturais e biológicos, trazendo em consideração as leis históricas que determinam as condições concretas da produção humana (Medeiros; Souza, 2017). Sendo assim, para essa teoria o social possui tanta relevância que a humanização só é possível ao homem dentro da cultura e das relações sociais (Medeiros; Souza, 2017). Análoga às perspectivas críticas da epidemiologia latino-americana e do feminismo marxista, a linha teórica psicológica permite desenvolver a análise subsequente das entrevistas. Destinchamos a seguir alguns aspectos importantes a partir do referencial.

4.2.1 A formação social da consciência e da personalidade

Para construir uma linha teórica que conecte a consciência, a autoconsciência, as fases do desenvolvimento humano e o desenvolvimento da personalidade na perspectiva da psicologia histórico-cultural, é essencial entender o processo dialético e contínuo que os interliga. Alexei Leontiev e outros pensadores da psicologia soviética, como Vigotski, oferecem uma base sólida para essa compreensão ao

abordar a formação da personalidade como uma construção social complexa, mediada pela linguagem, atividades culturais e fases de desenvolvimento.

A formação da consciência é o ponto de partida nesse desenvolvimento. Para Vigotski (2024), a consciência é formada nas interações sociais por meio da mediação de signos e significados culturais, particularmente através da linguagem, que funciona como uma ferramenta simbólica. A partir das trocas com o ambiente social e dos processos de comunicação, o indivíduo começa a compreender o mundo de forma compartilhada. É nesse contexto que se desenvolvem os primeiros sistemas de significados e que o sujeito internaliza as normas e valores culturais.

À medida que o indivíduo se desenvolve, passam a ocorrer mudanças qualitativas em sua forma de compreender o mundo e a si mesmo, estruturadas em fases de desenvolvimento. Cada fase possui uma **atividade principal**, que é a atividade central em torno da qual se organizam as experiências e que promove a transição para novos estágios de desenvolvimento. Por exemplo, no início da infância, o brincar é uma atividade principal que permite à criança explorar, representar papéis sociais e desenvolver funções executivas superiores, como a memória e o controle inibitório. Essas funções, também chamadas de funções psicológicas ou executivas superiores, são capacidades cognitivas avançadas que possibilitam ao sujeito a regulação do comportamento e a resolução de problemas complexos.

A consciência sobre si emerge como um processo subsequente e dialético. Conforme o indivíduo internaliza os signos e significados sociais, ele começa a se perceber como um “eu” distinto dos outros, construindo uma visão de si que é mediada pelas relações sociais. Esse processo é essencial para o desenvolvimento da identidade, pois permite que o sujeito reflita sobre suas ações e sentimentos, reconhecendo-se como um agente. Para Leontiev (1978), essa consciência não é inata, mas construída por meio das atividades nas quais o sujeito se engaja, as quais estão impregnadas de significados e objetivos sociais.

Nas transições entre as fases do desenvolvimento, surgem **neoformações**, que são estruturas ou capacidades psicológicas novas, fundamentais para o avanço ao próximo estágio de desenvolvimento. Essas neoformações, como a capacidade de planejamento ou o desenvolvimento da autocrítica, reorganizam a forma como o

indivíduo interage com o mundo e consigo mesmo. Vigotski (2024) destaca que cada fase traz desafios e tarefas específicas que demandam o uso de funções psicológicas superiores – como atenção voluntária, memória lógica e pensamento abstrato –, que são desenvolvidas e aprimoradas nas atividades principais de cada fase. Por exemplo, na adolescência, a reflexão crítica e a formação da identidade tornam-se neoformações centrais, reforçando a autoconsciência, subsequente a consciência sobre si e preparando o indivíduo para a vida adulta. Ao longo das fases de desenvolvimento, a personalidade vai se consolidando com o aprimoramento das funções executivas superiores, permitindo que o sujeito se adapte de forma mais complexa e consciente ao ambiente social. Esses processos são essenciais para que o sujeito possa atuar de maneira crítica e autorreflexiva, internalizando as contradições sociais e transformando-as em elementos constitutivos de sua identidade e comportamento. As fases de desenvolvimento, suas principais atividades e neoformações serão discutidas detalhadamente na seção seguinte.

Segundo Martins (2007), a personalidade é a repercussão dialética entre fatores internos e externos sintetizados na atividade social do indivíduo. Além disso, a personalidade é processo, que se desenvolve devido a relação de dois aspectos opostos da sociedade, um de natureza objetiva e outro subjetiva. Portanto, a personalidade é fruto da unidade e luta de indivíduo e sociedade, polos contrários. Essa luta e unidade explica-se considerando que o indivíduo se constitui por sua unidade com a sociedade, porém, se diferencia dela, o que permite ao indivíduo um papel ativo no processo de construção dessa sociedade. Portanto, Martins (2007, p.87) afirma que a personalidade é atributo do indivíduo, ou expressão máxima da individualidade humana. Leontiev (1978) aponta uma diferenciação entre individualidade e personalidade. A primeira categoria está ligada à indivisibilidade do sujeito concreto, que é resultado da evolução biológica. Portanto, a individualidade engloba propriedades individuais que são produto de elementos filogenéticos que se integram a outros, formados ontogeneticamente na relação com o meio. A segunda categoria, personalidade, é criada, sendo assim, não está relacionada à atividade adaptativa, mas, com a relação com o meio social.

A personalidade não nasce, a personalidade se faz (...) tampouco falamos sobre a personalidade de um neonato ou um lactente, ainda que os traços da individualidade se coloquem de manifesto nos estágios iniciais da ontogênese com clareza não menor que em etapas mais tardias (Leontiev, 1978, p. 137-138 *apud* Martins, 2007)

Quando se trata de formação do indivíduo os conceitos de objetivação e apropriação, humanização e alienação são essenciais. A dialética da apropriação e a objetivação constitui fundamentos para a formação do gênero humano, ocorrendo sempre em condições históricas, sendo necessário que os indivíduos se insiram na história para que se objetivem como seres genéricos. Contudo, apesar das objetivações humanas proporcionarem as circunstâncias para a humanização, elas não a garantem, pois criam também, a possibilidade de alienação (Martins, 2007).

Leontiev (1978) entende a personalidade como uma organização complexa de atividades motivadas por uma estrutura de motivos que refletem as relações do sujeito com o mundo. Esses motivos, por sua vez, são construídos com base nas interações sociais e na internalização dos valores e significados culturais, organizando o que o sujeito valoriza e o que deseja alcançar. A partir desse processo de internalização, a personalidade se organiza em torno de motivos e atividades significativas. Cada nova atividade e relação social introduz significados que se somam à estrutura de motivos do sujeito, redefinindo o que ele considera importante e orientando suas ações. Nesse sentido, a formação da personalidade não é apenas uma soma de experiências, mas uma integração contínua e dialética de significados, valores e papéis que o sujeito incorpora a partir de suas atividades no contexto social e histórico. As emoções e os sentimentos estão ligados às necessidades, da qual dependem considerando a satisfação ou não. Além disso, as necessidades no processo de atividade se transformam em motivos. Portanto, quanto maior a atuação do indivíduo, mais complexa são suas atividades, ampliando as condições para novas necessidades, conseqüentemente expandindo as circunstâncias de novos motivos.

Sobre os motivos Leontiev (1978, *apud* Martins, 2007) faz uma divisão entre os motivos-estímulos e os motivos geradores de sentido. O primeiro grupo são os motivos que impulsionam e excitam a atividade acontecer, entretanto, não geram sentido. Contudo, o segundo grupo de motivos impulsionam a atividade, mas geram sentido pessoal. Além disso, os motivos de uma atividade podem ser conscientes ou não.

Para Leontiev (1978), os motivos são as razões pelas quais as pessoas realizam determinadas atividades e representam os objetivos que orientam o comportamento. Esses motivos se organizam em uma hierarquia dinâmica, onde uns podem ser mais importantes do que outros em diferentes contextos e momentos da

vida. Essa estrutura de motivos é central para a personalidade e se desenvolve em resposta às interações do sujeito com o ambiente. Assim, os motivos podem estar vinculados a necessidades biológicas ou a interesses culturais e sociais, e são eles que conferem sentido às atividades. A estrutura de motivos não é fixa; ela se transforma ao longo da vida conforme o indivíduo vivencia novas experiências e internaliza novas práticas sociais. Mudanças significativas nas condições de vida, nas relações sociais ou no contexto histórico podem levar a uma reorganização dessa estrutura. Por exemplo, uma mudança de emprego ou um novo papel social (como tornar-se pai ou mãe) pode alterar os motivos predominantes, criando novos sentidos e prioridades para as atividades (Almeida, 2018). Para Leontiev, essa transformação ocorre de modo dialético: as contradições entre os desejos pessoais e as exigências do meio social levam o sujeito a reavaliar seus motivos e reorganizar sua atividade. Em casos de sofrimento psíquico, como na depressão, essa estrutura de motivos pode se desorganizar, levando à perda de interesse em atividades que antes eram significativas e a uma sensação de vazio ou falta de propósito.

Martins (2007) contribui para essa compreensão ao enfatizar que a personalidade reflete as contradições do contexto social em que o sujeito vive. Em ambientes onde há pressões, desigualdades e exigências sociais intensas, essas contradições se internalizam, impactando a estrutura de motivos e a maneira como o sujeito se percebe e age. Assim, a personalidade é um reflexo das condições materiais e simbólicas do ambiente, e ao mesmo tempo, uma síntese de todas as experiências e significados internalizados. Em resumo, podemos apresentar o desenvolvimento da personalidade na seguinte linha: o processo começa com a formação da consciência, em que o sujeito apreende os significados sociais e culturais. Segue-se o desenvolvimento da autoconsciência, onde ele começa a se perceber como um “eu” distinto, capaz de refletir sobre si. Esse percurso é acompanhado pelo desenvolvimento das funções executivas superiores e pelas atividades principais que marcam cada fase de desenvolvimento, permitindo o surgimento de neoformações que transformam a estrutura psíquica e ampliam as possibilidades de ação consciente. Finalmente, esses elementos se integram e se organizam na forma da personalidade, orientada por uma estrutura de motivos construída a partir das atividades e experiências significativas no contexto social. O texto até o momento delinea o trajeto de construção social da personalidade, para a

seguir estabelecer conexões com as alterações patológicas da mesma, que podem se manifestar como sofrimento psíquico em diversas formas, com destaque para as manifestações depressivas e/ou ansiosas. Na seção seguinte, são incorporadas as perspectivas da periodização do desenvolvimento psíquico humano.

4.2.2. A periodização do desenvolvimento

Quando se aborda a personalidade, destaca-se a importância atribuída por Leontiev (1978, *apud* Martins, 2007) às fases do desenvolvimento. Martins (2007) salienta que, à medida que a personalidade se desenvolve no contexto das relações ativas do indivíduo com o mundo, essas relações se configuram como momentos organizados e transitórios. Seguindo essa perspectiva, Leontiev (1978, *apud* Martins, 2007) divide as fases do desenvolvimento em duas etapas distintas: a etapa espontânea, que abrange o período desde o nascimento até a adolescência, e a etapa de autoconsciência, que se estende da adolescência à fase adulta. Assim, a adolescência desempenha um papel intermediário entre a etapa espontânea e a de autoconsciência. Na fase de autoconsciência, o reflexo psíquico necessita contemplar o sistema de motivos como um todo, visando sua integração como uma pessoa ativa na construção da vida social (Martins, 2007).

Leontiev (1978), em sua obra sobre o desenvolvimento psicológico, faz uma distinção clara entre "consciência sobre si" e "autoconsciência", conceitos fundamentais para entender a estrutura e a dinâmica do desenvolvimento da personalidade. A "consciência sobre si" é o primeiro estágio desse processo, no qual o indivíduo adquire uma compreensão das suas propriedades, tanto internas quanto externas. Esse conhecimento se organiza a partir da experiência prática e é sintetizado em conceitos e significados. Dessa forma, a consciência sobre si refere-se à capacidade de reconhecer traços ou características pessoais, como temperamento, habilidades ou limitações, a partir da interação com o mundo e de seus próprios atos.

A "autoconsciência", por sua vez, vai além da simples percepção de atributos individuais, envolvendo a compreensão dos nexos entre o conhecimento sobre si e o

sistema de relações sociais no qual o indivíduo está inserido. Dessa forma, enquanto a consciência sobre si permite ao indivíduo reconhecer suas características, a autoconsciência o leva a entender como essas características interagem com as expectativas, normas e valores sociais. Leontiev (1978) argumenta que a autoconsciência pressupõe a consciência sobre si, pois o indivíduo precisa primeiro reconhecer seus próprios traços para, em seguida, compreender como eles se situam dentro do contexto social (Martins, 2007).

Leontiev (1978) enfatiza ainda que o desenvolvimento da autoconsciência é um processo dinâmico e dialético, em constante interação com o meio social. Essa relação entre o indivíduo e o ambiente social é essencial para o desenvolvimento da personalidade, pois é por meio das atividades e interações sociais que o sujeito internaliza práticas culturais e constrói sua identidade. Nesse sentido, a autoconsciência reflete o ponto mais elevado desse processo de desenvolvimento, no qual o indivíduo consegue integrar sua percepção de si com o papel que desempenha na sociedade.

A perspectiva de Leontiev sobre a autoconsciência é influenciada pelas teorias de Vigotski, que também sublinha a importância das interações sociais para o desenvolvimento das funções psíquicas superiores. Ambos os autores defendem que o desenvolvimento psíquico e a formação da identidade não podem ser separados das relações sociais, e que a autoconsciência é uma manifestação desse processo de internalização e interação social (Leontiev, 1978; Vigotski, 2024).

Vigotski complementa a teoria de Leontiev, compreendendo as fases do desenvolvimento humano, com especial atenção à infância. Sua teoria do desenvolvimento enfatiza que as funções mentais superiores, como atenção, memória, pensamento abstrato e autocontrole, se formam a partir de interações sociais e de um processo de internalização de práticas culturais. Nesse contexto, Vigotski introduz o conceito das "crises de desenvolvimento", caracterizadas como períodos críticos no desenvolvimento da criança, marcados por profundas mudanças qualitativas nas capacidades cognitivas e emocionais (Almeida, 2018).

As crises de desenvolvimento, segundo Vigotski (2024), representam momentos de profunda reorganização interna, nos quais os esquemas de

pensamento e comportamento previamente estabelecidos entram em colapso, abrindo espaço para novas formas de funcionamento psicológico. Esses períodos críticos são inevitáveis e essenciais para o desenvolvimento, pois marcam a transição entre diferentes estágios da vida (Almeida, 2018). No entanto, a forma como o ambiente social responde a essas crises é determinante: se não houver uma adaptação correspondente à situação social de desenvolvimento, a superação da crise pode se tornar problemática, podendo resultar em sofrimento psíquico. Dessa forma, "as condições exteriores determinam o caráter concreto em que se manifestam e transcorrem os períodos críticos" (Vigotski, 1932/2006b, p. 256 *apud* Almeida, 2018).

Ele identificou várias dessas crises ao longo da infância, como a crise dos três anos, dos sete anos e da adolescência. Cada uma dessas fases representa um ponto de transição em que a criança enfrenta desafios que levam ao desenvolvimento de novas capacidades e ao reequilíbrio de suas funções mentais. As chamadas funções psíquicas superiores, que são formas avançadas de cognição, como a memória voluntária, a atenção dirigida e o pensamento lógico, complexificam-se ao longo do desenvolvimento, acompanhando o salto qualitativo a partir das crises. Ao contrário das funções psíquicas elementares (presentes desde o nascimento e que são compartilhadas com outros animais, como percepção e memória espontânea), as funções superiores são mediadas por instrumentos psicológicos, como a linguagem, e são adquiridas por meio da interação social. A linguagem, em particular, desempenha um papel central nesse processo, pois é por meio dela que a criança internaliza regras sociais e normas culturais, reorganizando suas funções mentais.

No que diz respeito às crises, a dos sete anos, por exemplo, é vista como um momento em que a criança começa a desenvolver uma consciência mais sofisticada de si mesma e das regras sociais, resultando na capacidade de controle voluntário de suas emoções e comportamentos. Nesse período, a internalização de regras culturais e o uso deliberado de ferramentas cognitivas, como a linguagem, se tornam mais evidentes. Além disso, Vigotski (2024) argumenta que o desenvolvimento das funções executivas superiores, como o controle da atenção, o planejamento e a regulação emocional, está intimamente relacionado à capacidade da criança de usar mediadores externos, como a linguagem, para controlar suas próprias ações. Essas

funções são cruciais para a formação da autoconsciência e para o desenvolvimento da personalidade. O desenvolvimento não é um processo linear, mas sim dialético, onde momentos de crise são fundamentais para que o indivíduo se aproprie das práticas culturais e reorganize suas capacidades cognitivas e afetivas.

QUADRO 2. PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DA PERIODIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO COMO PROPOSTO POR ALMEIDA (2018)

Período	Atividade dominante	Características	Neo formação	Situação social de desenvolvimento
Vida uterina				
Crise pós-natal				
Primeiro ano (2m-1a)	Comunicação emocional direta com os adultos	atividades que se formam em sua base: premissas para atividade objetal manipulatória: ações sensório-motoras, de orientação e manipulação processos psíquicos particulares: emoção: "complexo de animação" (vocalizações expressivas, riso, excitação motora geral); sensação: concentração no objeto em movimento, convergência dos olhos, contemplação; linguagem: imitação de fonemas e associação nome-objeto. mudanças na personalidade: vida psíquica individual	Estados sensitivos emocionais	Passividade e dependência Relação afetiva com mãe/ cuidador Desenvolvimento motor permite deslocamento e comportamentos mais ativos
Crise 1 ano				
Primeira infância (1-3a)	Atividade objetal manipulatória	atividades que se formam em sua base: premissa para o jogo/brincadeira: entrelaçamento lógico das ações processos psíquicos particulares: linguagem: primeiras palavras; emoção: busca elogio/incentivo; inteligência prática: ação com objetos; percepção:	Percepção semântica	Dependência da situação concreta visual Desenvolvimento da linguagem como meio de comunicação Apropriação dos objetos e suas funções sociais

		verbal/generalizada mudanças na personalidade: crescente autonomia; consciência sobre si		
Crise 3 anos				
Idade pré- escolar (3-7a)	Jogo/Brincadeira de papeis	atividades que se formam em sua base: premissa para o estudo: aspiração para realizar ação socialmente significativa/valorizada processos psíquicos particulares: imaginação: criação de objetos e situações; pensamento: opera com significados na ausência do objeto; linguagem: organizada, coerente; memória: fixação e recordação dos conteúdos da ação; volição: controle da conduta, intenção voluntária mudanças na personalidade: assimilação de funções sociais e padrões de comportamento; modelagem das relações entre as pessoas e do sentido social da ação; conscientização das próprias ações.	Memória	Atividade mais autônoma com autocontrole da conduta Apropriação das relações sociais humanas e das normas sociais
Crise 7 anos				
Idade escolar primária (8-12a)	Estudo	atividades que se formam em sua base: premissa para a comunicação íntima pessoal: ampliação e estreitamento das relações interpessoais processos psíquicos particulares: comportamento, atenção, memória e inteligência voluntários; pensamento: formação dos conceitos científicos mudanças na personalidade: desenvolvimento moral: relações pautadas nos interesses coletivos	Orientação consciente das vivências	Estudo, conhecimento científico, leitura e escrita Incentivo ao pensamento teórico Novas obrigações, organização sistemática de seu trabalho, novos direitos e deveres

Crise 13 anos				
Puberdade/ Idade escolar média (12-15a)	Comunicação íntima pessoal	atividades que se formam em sua base: premissa para a atividade profissional de estudo: pontos de vista sobre a vida, as relações pessoais e o futuro processos psíquicos particulares: pensamento por conceitos; amplo desenvolvimento das funções psicológicas superiores. mudanças na personalidade: independência e responsabilidade; código moral e ético nas relações pessoais; autoconsciência/consciência social	Pensamento conceitual e Autoconsciência (sentimento de maturidade)	Modo de comunicação peculiar na relação com seus pares que reproduz relações entre os adultos Exigência de tomada de posição diante de si e do mundo Aumento de exigências sociais e responsabilidades Alterações orgânicas e maturação sexual
Puberdade/ Idade escolar juvenil (15-18a)	Atividade profissional de estudo	atividades que se formam em sua base: premissa para o trabalho: apropriação de ferramentas para execução da prática profissional processos psíquicos particulares: pensamento teórico: elevada abstração e generalização. mudanças na personalidade: desenvolvimento moral: fortes sentimentos frente aos problemas sociais e interesse em transformar a realidade; busca por sentido social na atividade cotidiana.		Preparação para o mundo do trabalho/ escolha da profissão
Crise 17 anos				
Idade adulta: Juventude (18-24a)	Trabalho	atividades que se formam em sua base: complexificação das atividades. processos psíquicos particulares: formação de habilidades, capacidades e aptidões; sofisticação de saberes e conhecimentos; criatividade; amplo desenvolvimento das funções psicológicas	Consciência social	Projeto de vida e de formação profissional: tensão liberdade necessidade Trabalho alienado/ Desemprego Estudo profissional

		superiores. mudanças na personalidade: aquisição de regras de conduta e valores; enriquecimento da afetividade e das motivações; construção de autoimagem; desenvolvimento da autoconsciência; desenvolvimento da consciência de classe.		
Possíveis crises				
Idade adulta: Maturidade (25-60a)	Trabalho			Trabalho alienado: flexível, precarizado, intensificado; desemprego
Crise				
Idade adulta: Velhice (60a em diante)	Trabalho e Não Trabalho	Transição do trabalho para a aposentadoria Perda ou diminuição das funções vitais Mudanças na perspectiva de vida	Sabedoria (como atividade fundada em enorme experiência individual, que estabelece vínculo entre as gerações)	Declínio da força física Diminuição do investimento social no desenvolvimento cognitivo Aposentadoria/ afastamento do mundo do trabalho: desorganização da rotina Dependência Proximidade da morte

Fonte: Elaboração de Melissa Rodrigues de Almeida (2018) com base na formulação de Moro-Rios (2015) e complementado com as contribuições de Silva (2011), Pasqualini (2016), Andrade-Boccatto (2016), Cheroglu e Magalhães (2016), Chaves e Franco (2016), Lazaretti (2016), Martins e Facci (2016), Asbahr (2016), Anjos e Duarte (2016), Leal e Mascagna (2016), Abrantes e Bulhões (2016), Carvalho e Martins (2016), Reis e Facci (2016), Lucena (2016), Vigotski (2006).

4.2.3 As alterações patológicas da personalidade

Nesta análise, como já sinalizado, o conceito de saúde é compreendido como o máximo desenvolvimento das potencialidades humanas, considerando o grau de avanço alcançado pela sociedade em um determinado período histórico (Garcia, 1989, p. 103). A alienação, nesse contexto, é entendida como o estado de distanciamento entre o indivíduo e sua própria essência, ocorrendo quando a pessoa se vê privada da possibilidade de se engajar em atividades que atribuam sentido e

realização à sua vida (Almeida, 2018). A teoria da determinação social da ansiedade e da depressão, fundamentada em perspectivas da psicologia histórico-cultural, sustenta que esses transtornos têm origem em processos sociais e históricos que moldam o desenvolvimento psíquico humano. Assim, a ansiedade e a depressão são concebidas não como desordens exclusivamente individuais, mas como expressões de sofrimento enraizadas nas condições de vida, nas exigências sociais e nas relações de poder que caracterizam o ambiente em que os sujeitos estão inseridos.

Segundo Almeida (2018), a depressão pode ser entendida como uma consequência direta das condições sociais que desorganizam a estrutura de motivos do sujeito. Quando essa estrutura é invadida por pressões externas, como as imposições e cobranças de uma sociedade capitalista e patriarcal, ela pode entrar em colapso. A pessoa perde a conexão com o que lhe confere sentido e passa a experimentar um vazio e uma desorientação que se manifestam como sintomas depressivos. Para a autora, as mulheres, em especial, estão sujeitas a esse desarranjo estrutural, pois o ambiente social impõe a elas expectativas rígidas e contraditórias, como ser competente no trabalho, cuidadora na família e manter-se esteticamente agradável, o que gera um desgaste emocional contínuo e uma sensação de fracasso que alimenta a depressão.

A perspectiva da desorganização da estrutura de motivos ainda é sustentada como consequência da alienação. Montero (1991 *apud* Martins, 2007) aponta cinco formas de alienação que descrevem processos psicológicos. A primeira, denominada de "sentimento de falta de poder", produz no indivíduo a sensação de impotência e de incapacidade de gerenciar seu próprio destino. A segunda forma, denominada "sentimento de absurdo", equivale à baixa expectativa de que se possam formar relações aceitáveis entre os comportamentos e as probabilidades de seus resultados. A terceira, descrita como "isolamento", está ligada à desesperança e a uma valorização negativa sobre os objetos e valores sociais, distanciando a sociedade do indivíduo. A quarta forma de alienação, chamada de "auto estranhamento", tem relação com o grau de dependência entre a atividade e as recompensas que se situam fora dela. Por fim, a quinta forma, "ausência de normas" está ligada ao rompimento do vínculo com a sociedade, por parte do indivíduo, devido ao elevado grau de opressão. Com isso, esses tipos de alienação acabam resultando em um

empobrecimento dos valores essenciais humanos, proporcionando a fetichização dos indivíduos e de suas relações.

A personalidade alienada, ou a alienação em seus níveis psicológicos, expressa-se como se fosse um duplo da pessoa, que pouco a pouco ocupa seus gestos, suas reações, seus pensamentos e sentimentos, gerando a muda aceitação, a resignação e o conformismo da pessoa ou o seu fracasso, expresso em diferentes formas de sofrimento psicológico. Neste sentido é que a personalidade se converte numa pseudoconcreticidade, numa máscara destinada a expressar papéis que as circunstâncias externas exigem. (Martins, 2007, p. 133)

Portanto, as expressões depressivas são significativamente determinadas por interrupções e bloqueios que restringem o desenvolvimento da personalidade, culminando em sofrimento psíquico que se manifesta de diversas formas. Sobre o processo psicológico da alienação, há debates acerca de como a alienação se inscreve no sofrimento psíquico: se seriam fenômenos sinônimos ou se compartilhariam bases comuns, mas distintas, destacadas em sua determinação. Na visão de Almeida:

Embora a alienação não seja sinônimo de sofrimento psíquico, verificamos que no sofrimento psíquico, notadamente na depressão – presente também em grande parte do tempo nas pessoas com bipolaridade –, essas formas de alienação ao nível psicológico se apresentam de forma acentuada, a tal ponto que passam a obstruir seus modos de vida e seu desenvolvimento individual (Almeida, 2018, p. 336).

Na leitura do grupo SPK (2024), um coletivo de pacientes alemães ativo entre 1970 e 1971 e também ancorado no materialismo histórico-dialético, a alienação é compreendida como sinônimo do sofrimento. Conforme destacado: “a doença não é nem uma parte, nem uma mera forma de alienação, pois ela é a alienação, porém, alienação subjetiva enquanto miséria corporal e psíquica vivida por cada um” (SPK, 2024, p. 30, grifos originais). Este trabalho não tem como objetivo resolver tal questão, mas parte do pressuposto de que, de forma crucial, a alienação desempenha um papel determinante nos processos depressivos e ansiosos.

Nesse sentido, as contribuições da epidemiologia crítica complementam as análises sobre as necessidades humanas não satisfeitas e seus desgastes no padrão de produção e reprodução da vida, conforme apresenta Breilh (2006):

Em síntese, os processos básicos subdividem-se em fisiológicos e da consciência. [...] O acesso a tais necessidades básicas é parte decisiva de um pacote integral de saúde, como direito e aspiração legítima de todos os

povos. Mas existem também as necessidades básicas ligadas ao psiquismo e a seu desenvolvimento, as quais, na espécie humana, são necessidades de consciência particularmente vinculadas ao aumento do consumo, tais como identidade, aprendizagem, fruição de suportes afetivos e solidários, capacidade de interpretação crítica e ausência de cerceamentos do pensamento, recreação formativa e de reprodução da capacidade física e intelectual, participação consciente nas decisões que dão conteúdo e direção a vida humana, pautadas pela equidade. Também estas são necessidades básicas - as mais violadas pelas sociedades da desigualdade - que devem fazer parte de um pacote integrado de qualidade de vida, e têm de ser incorporadas à sua mediação. (Breilh, 2006, p. 175)

Dessa forma, é possível teorizar sobre o intrincado entrelaçamento entre as categorias de necessidades não satisfeitas, conforme abordado pela epidemiologia crítica, e a alienação nos processos psicológicos segundo a Psicologia Histórico-Cultural, com seus efeitos manifestando-se como quadros de sofrimento psíquico. Martins (2005, p. 134) destaca que “necessidades não objetivadas são necessidades frustradas, potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, consequência direta da alienação entre a dimensão objetiva e subjetiva da existência individual”.

O texto até aqui teve como centralidade as categorias de alienação e necessidades não satisfeitas como análogas ao sofrimento psíquico, assim como a alteração da estrutura de motivos, detidamente na depressão. A análise segue o percurso com algumas contribuições do estudo de Viapiana (2017) acerca dos processos críticos predominantes na depressão, assim como contribuições sobre a ansiedade por Andrade Filho (2022).

De acordo com as dimensões da vida, propostas na matriz de processos críticos (Breilh, 2006) são destacados pela autora Viapiana (2017) processos críticos relacionados à depressão em várias dimensões da vida social. Na **vida produtiva**, destacam-se o aumento da jornada e intensificação do trabalho, precarização, alienação e desemprego, que geram desgaste físico e psíquico, isolamento e sentimentos como insegurança e desânimo. Na **vida de consumo e cotidianidade**, predominam a lógica mercantil, alienação e esvaziamento das relações humanas, resultando em isolamento e motivações fragmentadas. Na **vida política**, a ofensiva do capital enfraquece trabalhadores e direitos sociais, enquanto na **vida ideológica**, o fetichismo da mercadoria e a medicalização obscurecem as raízes sociais do sofrimento. Por fim, a **relação com o ambiente natural e social** é marcada por instabilidade, efemeridade e urbanização voltada ao mercado, comprometendo o bem-estar coletivo.

Destes processos críticos, a nível singular, destacam-se as facetas destrutivas e/ou protetoras que assumem na vida de mulheres. José Alberto Lechuga de Andrade Filho (2022) complementa essa visão ao enfatizar que as manifestações de ansiedade também se consolidam a partir de pressões sociais, mas de expressão distinta. Na sua análise, a ansiedade se relaciona à necessidade constante de estar em conformidade com padrões e exigências sociais, que envolvem as ideias de eficiência, produtividade e controle pulverizadas às classes trabalhadoras. Em sociedades onde o sucesso é visto como um indicador fundamental de valor pessoal, as pessoas vivem em um estado de alerta permanente, tentando se adequar a metas e padrões impostos externamente. Essa pressão constante cria um ambiente onde o sujeito está sempre em estado de vigilância e preocupação, antecipando perigos ou julgamentos que podem afetar sua posição social. O autor enfatiza que esse estado crônico de alerta pode ser internalizado, levando a uma ansiedade estrutural, onde a pessoa se sente incapaz de relaxar ou se desconectar das demandas sociais que lhe são impostas. Quando as interações se caracterizam por opressão, desigualdade e desvalorização, a personalidade desenvolvida tende a refletir o sofrimento internalizado. Esse sofrimento pode se manifestar em sofrimento psíquico, como a ansiedade ou depressão, formas de expressão psíquica que revelam a desconexão entre os motivos do sujeito e as condições reais de sua existência.

Assim, a teoria da determinação social da ansiedade e da depressão, conforme formulada por Almeida (2018), Viapiana (2017) e Andrade (2022), oferece uma visão crítica das origens desses transtornos, conectando-as com as pressões e exigências de um contexto social que impõe padrões e valores incompatíveis com o bem-estar humano. A psicologia histórico-cultural contribui com uma compreensão aprofundada, ressaltando o sofrimento socialmente condicionado às alienações e necessidades insatisfeitas que desumanizam e pressionam os sujeitos.

4.2.4 A dinâmica singular-particular-universal na apreensão do sofrimento psíquico

A compreensão do ser humano e do mundo pela psicologia histórico-cultural é enriquecida pela dialética singular-particular-universal, conforme elaborada por Lukács. Segundo Pasqualini (2020), o materialismo histórico-dialético entende o conhecimento como uma reprodução, no pensamento, dos movimentos reais. Essa abordagem considera três categorias fundamentais para captar e reconstruir a realidade: movimento, contradição e totalidade. O "movimento" envolve a compreensão dos fenômenos em seu processo dinâmico, enquanto a "contradição" revela as forças opostas que coexistem, gerando o movimento. Por fim, a "totalidade" envolve a análise das interconexões internas essenciais que constituem o fenômeno.

Nesse contexto, a dialética singular-particular-universal propõe uma visão objetiva e integrada do fenômeno, onde o singular representa a manifestação empírica e imediata; o particular, os padrões que conectam diferentes fenômenos; e o universal, as leis gerais que os regem. Assim, a singularidade é vista como a primeira aparência do fenômeno, acessível pela percepção sensível (Lukács, 1978, *apud* Pasqualini, 2020), enquanto o universal reflete os traços essenciais que comandam o desenvolvimento dos fenômenos (Pasqualini, 2020). A partir dessas categorias, é possível estudar fenômenos específicos, identificando padrões e leis históricas que os moldam e que, por serem históricas, estão sujeitas a transformações contínuas.

A psicologia, segundo Oliveira (2005, *apud* Almeida, Bellenzani e Schühli, 2020), busca entender como o singular é construído a partir da universalidade e como esta se manifesta no singular, mediada pelo particular. Essa dialética ajuda a desvelar as características essenciais dos fenômenos humanos, superando a aparência imediata e evitando uma visão superficial e estática da realidade.

Para se entender esse movimento analítico é preciso a participação do polo particular, mediador da relação universal e singular. A particularidade assume um papel de destaque na análise do fenômeno por representar mediações que esclarecem os mecanismos que influenciam no modo de ser da singularidade (Almeida; Bellenzani; Schühli, 2020). Segundo Lukács (1978), a trajetória do pensamento e do conhecimento é uma oscilação contínua entre singular e particular, uma tensão dialética. O singular nega o universal ao mesmo tempo que o realiza, e da mesma forma o universal nega o singular ao mesmo tempo que o contém

(Pasqualini, 2020, p. 8). Sendo assim, é nessa tensão que opera como mediação a particularidade, que expressa a universalidade e condiciona o modo de ser da singularidade. Ao tratarem do polo particular no contexto de sofrimento psíquico, Almeida, Bellenzani e Schühli (2020), acrescentam: a dimensão particular refere-se aos padrões de desgaste e reprodução dos diferentes grupos sociais dos quais os indivíduos singulares participam. Dito de outro modo, o processo de reprodução social da vida no capitalismo se particulariza em padrões de desgaste e reprodução específicos nos distintos grupos.

Em síntese, o percurso até aqui trouxe as seguintes proposições: I) a expressão singular do fenômeno é irrepitível e revela sua imediaticidade e definibilidade específicas, mas carrega, em seu interior, determinações gerais que se particularizam; II) em sua expressão ou dimensão universal, se revelam as conexões internas e as leis gerais do movimento e processo formativo do fenômeno; III) a universalidade se materializa na expressão singular do fenômeno pela mediação da particularidade, razão pela qual afirmamos que o particular condiciona o modo de ser do singular e específica (particulariza) o universal. (Pasqualini, 2020, p. 11)

4.2.5 A matriz de processos críticos

Nesta pesquisa, almejamos aprofundar as contribuições fundamentadas na teoria da determinação social do processo saúde-doença para a compreensão de dois fenômenos específicos na realidade contemporânea: a depressão e a ansiedade em mulheres brasileiras. Por meio da elaboração da matriz de processos críticos (MPC), concebida por Breilh (2006), pesquisas recentes têm progredido na sistematização de fenômenos complexos, como a depressão (Viapiana, 2017), ou no estudo do fenômeno da violência entre estudantes universitários (Fialla *et al.*, 2021). Embora esse instrumento tenha sido inicialmente concebido para casos de intoxicação por agrotóxicos no Equador, esses estudos têm ampliado suas aplicações para investigações de natureza psicológica, como os transtornos mentais.

A Matriz de Processos Críticos representa uma ferramenta de análise estratégica que busca destacar os aspectos mais relevantes na determinação das condições de vida e saúde de populações, autonomamente definindo as necessidades coletivas em saúde (Breilh, 2006). A partir de sua formulação, torna-se possível identificar os elementos que desempenham um papel significativo na origem de eventos que contribuem para a deterioração da saúde em uma determinada

coletividade (Viapiana, 2017; Breilh, 2010). A construção da matriz exige o estabelecimento de relações entre os processos determinantes da vida social, incluindo o processo laboral, os processos relacionados ao consumo, à vida familiar, cultural, organizacional/política e às relações ecológicas. Essas relações são então associadas às manifestações patológicas que desencadeiam os processos em estudo (Breilh, 2006). Neste instrumento, serão sintetizados os processos críticos envolvidos nos quadros depressivos e ansiosos em mulheres.

Breilh (2006) propõe uma abordagem tripartida, conceituada previamente neste trabalho, dos processos críticos nos domínios: universal, particular e singular, cada um desempenhando papel na determinação da saúde-doença. No domínio geral/universal, destacam-se aspectos estruturais ligados ao modo de produção e à organização social. No domínio particular, as implicações desses determinantes são analisadas em grupos sociais específicos, considerando dimensões como trabalho, consumo, valores culturais e relações ecológicas. No domínio individual, são examinados os efeitos psicofísicos nos indivíduos, manifestações psicofísicas e estilos de vida, categorizados conforme as dimensões da matriz de processos. Breilh enfatiza que os processos nos domínios particular e individual estão subordinados aos processos gerais, embora possuam certa autonomia para influenciar a saúde fisiológica e psicológica. A interação dinâmica entre esses domínios, influenciando o perfil epidemiológico, revela uma compreensão dialética e complexa da determinação do processo saúde-doença (Viapiana, 2017).

QUADRO 3. MATRIZ DE PROCESSOS CRÍTICOS PROPOSTA POR BREILH (2006)

Domínios	UNIVERSAL	PARTICULAR	SINGULAR
Dimensões			
Vida produtiva trabalho			
Vida de consumo e da cotidianidade			
Vida política			
Vida ideológica			

Vida de relação com as condições naturais			
--	--	--	--

Fonte: adaptada de Breilh (2006)

5 O PERCURSO METODOLÓGICO

Neste capítulo, delineamos a trajetória da pesquisa de campo, detalhando os pressupostos teórico-metodológicos que a fundamentam, bem como os procedimentos adotados. Fazemos uma breve introdução ao método do materialismo histórico-dialético, essencial para a análise proposta. Também são descritas as fases da pesquisa, o perfil das participantes, os instrumentos de coleta de dados utilizados, além das considerações técnicas e éticas que guiaram sua condução. Nos apêndices, constam documentos utilizados na pesquisa, como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o roteiro de entrevista.

Este trabalho foi desenvolvido no âmbito de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado “Saúde mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares”. Baseado no mesmo referencial teórico, o projeto investigou inicialmente dois grupos: mulheres com depressão e ansiedade, foco desta pesquisa, e pessoas que ouvem vozes, sob regência da pesquisadora Victória de Biassio Klepa, com quem tive o privilégio de compartilhar as idas a campo. Por fim, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Saúde da Universidade Federal do Paraná, em março de 2024, sob o CAAE: 70498423.9.0000.0102.

Feitas as considerações sobre o método de interpretação da realidade, esta pesquisa almeja, como exposto, contribuir a um campo científico em disputa. Para concretizar as exposições teóricas formuladas previamente, foram feitas entrevistas semiestruturadas com mulheres atendidas pelo SUS no município de Araucária, Paraná, uma cidade da região metropolitana de Curitiba. Constam como objetivos deste trabalho:

5.1 Objetivos da pesquisa

5.1.1 *Objetivo Geral*

- Elucidar os processos pelos quais se configura a determinação social da saúde mental de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em uma

cidade da região metropolitana de Curitiba, Paraná, identificando os principais eventos críticos, tanto do cotidiano atual quanto progresso, que condicionam/condicionaram a manifestação de sofrimento psíquico, especialmente estados depressivos e ansiosos.

5.1.2 *Objetivos Específicos*

- Analisar os processos críticos que deterioram e protegem a saúde mental, considerando mulheres representativas de diferentes perfis psicossociais e sociodemográficos, elucidando as interações entre condição de classe, gênero, cor/etnia, faixa etária, orientação sexual e acesso a direitos sociais ao longo das trajetórias de vida;
- Aprofundar o conhecimento dos perfis epidemiológicos de mulheres diagnosticadas com depressão, ansiedade e/ou transtorno mental comum (TMC);
- Identificar como os recursos técnicos das políticas públicas e os comunitários influenciam os processos críticos que determinam a saúde mental;
- Elucidar a dinâmica psíquica acerca de como a dialética dos processos críticos protetores e destrutivos, por diferentes mediações, implicam em incorporação pelas mulheres entrevistadas, de padrões de relações sociais, valores, significados, ideologias no âmbito da configuração da personalidade.

5.2 Caracterização da pesquisa de campo

Trata-se de um estudo transversal de caráter observacional, com abordagem qualitativa de natureza exploratória e descritiva. O estudo conta com a obtenção de fontes primárias de dados, visto que os dados serão colhidos e observados por meio da realização de *entrevistas com roteiro semiestruturado* (Apêndice 1) com usuárias do Centro de Atenção Psicossocial da cidade de Araucária, região metropolitana da capital paranaense. Também foi adotada a observação participante como etapa preliminar às entrevistas.

A escolha pelo CAPS se deu a partir de reunião com representantes da

coordenação da Atenção Primária e Atenção Especializada. O atendimento nos CAPS visa a reinserção social dos usuários, promovendo o acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares, sociais e afetivos, detalhamos sobre a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e os CAPS em seguida.

Neste serviço, a equipe multiprofissional do serviço foi desde os primeiros dias muito solicitada e a abertura para com profissionais imprescindível para o êxito da pesquisa, a quem teremos sempre um imenso carinho. Durante três meses as idas semanais ao serviço permitiram uma boa vinculação tanto com profissionais quanto usuárias/os/es. Neste tempo, foram entrevistadas sete mulheres usuárias do serviço, respeitando uma diversidade de realidades, com faixa etária de 18 a 65 anos. Destacamos os critérios de inclusão e exclusão em seguida:

A) Critérios de inclusão:

Usuárias da rede de saúde mental da cidade de Araucária, sob diagnóstico de depressão, ansiedade e/ou com queixas que não preenchem critérios diagnósticos para demais transtornos psiquiátricos, exceto para o de transtorno mental comum (TMC), com presença dos sintomas há pelo menos seis meses, com idade acima de dezoito anos, até sessenta anos, com grau de consciência preservado, que apresentem uma narrativa mais rica e que possam refletir sobre a própria experiência, ou seja, com capacidade cognitiva e de verbalização preservadas. Estas características pessoais das participantes da pesquisa têm como objetivo permitir uma melhor apreensão das histórias de vida marcadas pelo sofrimento advindo de um transtorno mental. Consideramos esses critérios importantes porque a apresentação dos sintomas por pelo menos seis meses torna possível avaliar os critérios de identificação dos transtornos, assim como possibilita uma apreensão da vivência de participantes antes do impacto da medicalização. A idade mínima de 18 anos seleciona pessoas já na vida adulta, população atendida no CAPS II/III selecionado para realização das pesquisas, entendendo que alguns casos elencados podem possuir o diagnóstico em idade anterior, conforme CID-11 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 11ª edição).

B) Critérios de exclusão:

Serão excluídas as participantes que não compareçam aos encontros agendados, em até três tentativas no caso das entrevistas; menores de 18 anos e maiores de 65 situação de desorganização psíquica/agitação que prejudique a capacidade cognitiva e de verbalização ou que impossibilita a participação por algum motivo (como internação hospitalar) até que a condição dessas pessoas permita o retorno às atividades da pesquisa e caso isso ocorra no período de duração das atividades de pesquisa no CAPS; por solicitação da própria pessoa.

Para a síntese proposta, combinar-se-á a pesquisa bibliográfica às técnicas qualitativas de coleta de dados com usuários/as dos equipamentos de saúde. Juntamente, a partir da observação participante, será possível desenvolver uma investigação da realidade própria dos serviços e a relação de usuárias com o espaço de cuidado. A observação participante é considerada uma técnica fundamental nas pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, para a compreensão da totalidade da realidade em uma investigação científica. A inserção do pesquisador no território faz com que este se torne um observador de uma situação social, com a finalidade de colher dados, compreender e acessar o contexto da pesquisa. Ficando em relação direta com interlocutores, o que possibilita a inserção no espaço da vida social e o cenário cultural dos usuários, ao mesmo tempo que modifica e interage com este contexto (Minayo, 2009).

A observação participante permite observar contradições inseridas nas práticas cotidianas de um grupo e da instituição (Minayo, 2009). Tendo como principal instrumento de trabalho o diário de campo. A análise realizada em observação participante será articulada à coleta de dados por meio de relatos orais, entre outros materiais complementares para a análise (entrevistas, participação em oficinas e grupos terapêuticos). A pesquisadora que entrevistou as mulheres participantes desta pesquisa já havia realizado entrevistas em pesquisa anterior, com profissionais da saúde sob o tema de crises em saúde mental.

As participantes da pesquisa foram devidamente informadas sobre os objetivos do estudo, assim como os procedimentos metodológicos. É assegurado total sigilo e confidencialidade das informações fornecidas e coletadas durante a observação. A participação das pessoas foi voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, quando julgarem conveniente, não havendo nenhum prejuízo para a sua

integridade física e moral. A participação de cada pessoa foi confirmada pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

5.2.1 A APS, a RAPS e os serviços de saúde especializada

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria GM nº 3.088 de 2011 e visa promover o cuidado integral às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas. A RAPS é composta por diferentes serviços que atuam de forma articulada, a fim de assegurar a continuidade do cuidado em saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS). Entre seus componentes, destacam-se os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as unidades de acolhimento, os leitos em hospitais gerais, os serviços residenciais terapêuticos, as equipes de Consultório na Rua e os serviços de Atenção Primária, em especial as Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Brasil, 2011).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel fundamental no cuidado em saúde mental, sendo a porta de entrada preferencial do SUS. A APS, organizada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), é responsável pelo acompanhamento longitudinal dos usuários, facilitando o acesso e a coordenação dos cuidados. A integração da APS com a RAPS permite a oferta de serviços contínuos e articulados, promovendo tanto a prevenção quanto o tratamento de transtornos mentais.

O fluxo de cuidado na RAPS começa geralmente pela APS, onde a equipe de saúde da família pode identificar e acompanhar casos leves de sofrimento mental. Nos casos que necessitam de cuidados mais intensivos, como aqueles com transtornos mentais graves, a APS pode encaminhar o usuário para os CAPS, que oferecem um acompanhamento especializado e mais intensivo (Pitta, 2011). Um dos grandes desafios nesse sentido é o processo de alta do CAPS, quando as dificuldades de manutenção do cuidado transversalmente corroboram iatrogenicamente para a permanência prolongada nos serviços especializados (Amarante; Freitas, 2015). Além disso, a RAPS trabalha com uma lógica territorializada, em que o cuidado é ofertado próximo ao local de vida do usuário, com

o objetivo de promover a reinserção social e evitar a internação em hospitais psiquiátricos.

5.2.2 O território estudado

Araucária é um município localizado na região metropolitana de Curitiba, Paraná, com uma área de aproximadamente 635 km² e uma população estimada em cerca de 140 mil habitantes (IBGE, 2023). A cidade apresenta uma diversidade cultural significativa, resultado da influência de diferentes grupos migratórios, especialmente poloneses, ucranianos e italianos (Vieira, 2020). Conhecida por sua forte base industrial, Araucária abriga a refinaria de petróleo (REPAR), uma das maiores do Brasil, além de várias indústrias químicas, metalúrgicas e de alimentos (Ministério de Minas e Energia, 2021). Essa infraestrutura denota os fluxos da classe trabalhadora que ali reside, refletindo a influência do campo industrial e os deslocamentos para outras cidades em busca de oportunidades, como Curitiba.

Araucária desenvolve-se rapidamente; durante o período de nossa pesquisa, eram comuns obras de iluminação, asfaltamento, novas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outros serviços. Como muitas cidades em crescimento, Araucária enfrenta desafios relacionados à urbanização, como a gestão de resíduos, infraestrutura e saúde pública. A localidade também conta com muitos territórios de invasão, que implicam dinâmicas distintas em relação às possibilidades de moradia, acesso à educação, saúde e demais serviços.

A saúde no município enfrenta desafios comuns às cidades em expansão, como a necessidade de fortalecer a infraestrutura e ampliar o acesso aos serviços de saúde. Integrada à Região Metropolitana de Curitiba, Araucária possui uma rede de serviços de saúde organizada de acordo com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a Atenção Primária à Saúde, que é o primeiro ponto de contato da população com o sistema. As Unidades Básicas de Saúde atendem às demandas de atenção primária, como consultas médicas, odontológicas e atividades de promoção e prevenção da saúde. Nos últimos anos, houve avanços significativos na área de saúde, com a ampliação das UBS e a capacitação de profissionais.

As visitas às UBS e outros serviços da rede municipal, em conjunto com a equipe multiprofissional nas reuniões de matriciamento, permitiram uma visão abrangente das dinâmicas da rede local, assim como dos investimentos recentes em infraestrutura. Durante nossa pesquisa, um dos principais territórios, que possui uma população considerável e muitos territórios de ocupação, estava em processo de divisão em três territórios, visando atender melhor à população. Fomos informadas de que muitas mudanças estavam em curso, incluindo novos atendimentos psicológicos nas UBS, a criação de novos grupos terapêuticos, ampliação das vagas para cursos de especialização para usuários no CRAS, capacitações em saúde mental para profissionais da rede, entre outras iniciativas.

O crescimento populacional e o aumento das demandas por serviços especializados, como a saúde mental, têm desafiado o município a integrar e fortalecer a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Uma parte significativa dos cuidados em saúde mental, é realizada pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Além disso, Araucária busca estratégias para melhorar o fluxo de usuários/as do SUS entre os diferentes níveis de atenção à saúde, desde a Atenção Primária até os serviços especializados. O contexto de saúde em Araucária reflete a necessidade de um planejamento contínuo para suprir a demanda por serviços de saúde, além de uma gestão eficiente dos recursos disponíveis. Apesar das limitações, o município tem buscado fortalecer o sistema público de saúde, priorizando a equidade no acesso e a integralidade dos serviços oferecidos à população, princípios que são destacados nas falas das usuárias entrevistadas. Sobre o CAPS visitado e suas características, trataremos a seguir.

5.3 O local de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) tipo II, localizado no centro da cidade, próximo ao terminal central, sendo importante a usuárias e usuários que se deslocam de ônibus. Curiosamente, o CAPS encontra-se junto a outros serviços em um antigo complexo hospitalar, que ocupa uma grande quadra. O fato de um CAPS, serviço que objetiva superar o modelo hospitalar-asilar,

estar localizado em um antigo hospital, por si só, gera uma sensação de estranhamento. Esse espaço carrega uma história complexa, que marca memórias coletivas com conteúdo muito ambivalentes, entre as/os usuárias/os que residem há anos na cidade. Por exemplo, muitas pessoas que frequentam o CAPS trazem consigo recordações difíceis, como a perda de entes queridos ou experiências valorosas, ligadas ao nascimento de pessoas queridas neste mesmo local.

As instalações contavam com recepção, refeitório, consultórios em corredor, sala de economia solidária, horta e enfermaria. Muitos frequentadores mencionaram que o antigo CAPS, localizado na praça principal da cidade, era muito mais agradável por ser uma casa. A mudança, que ocorreu pouco depois do início da pandemia de covid-19, em 2021, não foi bem recebida por várias pessoas que utilizavam o serviço. Ainda com o cenário um tanto hospitalar, a ambiência do serviço perpetuava um ar acolhedor. Desde os primeiros dias da pesquisa, a equipe multiprofissional que nos recebeu se mostrou bastante receptiva. Muitos dos profissionais tinham anos de experiência em saúde pública, com alguns trabalhando no mesmo serviço há mais de 20 anos, comprometidos com a construção coletiva do cuidado. Durante nossa permanência, a maior rotatividade observada foi entre os médicos psiquiatras, conforme relatado pelas entrevistadas - apresentadas a seguir.

5.4 As mulheres participantes

Sete mulheres foram entrevistadas ao longo de três meses de pesquisa de campo, e seus dados foram codificados para garantir o anonimato. A seleção das participantes foi feita com o objetivo de assegurar diversidade em termos de diferentes trajetórias de sofrimento psíquico, abrangendo desde pessoas que haviam acabado de iniciar o acompanhamento no CAPS até aquelas com passagens mais longas ou recorrentes no serviço.

A definição das participantes envolveu a divulgação em oficinas e espaços comuns do CAPS, com o apoio da equipe de profissionais, que auxiliou na mediação com as mulheres interessadas em participar. Embora reconheçamos as limitações das categorias nosológicas psiquiátricas, a seleção teve, inevitavelmente, como base

os diagnósticos, uma vez que o diálogo com a equipe multiprofissional e a teorização empregada no trabalho implicam, em parte, no diálogo com tais categorias. O quadro a seguir apresenta uma síntese das principais informações sobre as entrevistadas.

QUADRO 4. TABELA DE CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Participante	Idade	Identificação étnico-racial	Diagnóstico	Ocupação atual	Entrevistas (número de sessões)
Adelina	19	Negra	Ansiedade	Desempregada	3
Aurora	60	Negra	Depressão e ansiedade	Dona de casa	3
Carla	27	Negra	Depressão	Diarista	2
Leonora	29	Negra	Ansiedade	Dona de casa	3
Maria	58	Negra	Depressão e ansiedade	Dona de casa	2
Maura	65	Branca	Depressão e ansiedade	Dona de casa	2
Nise	26	Branca	Ansiedade	Servidora pública	2

A apresentação detalhada das mulheres e suas histórias de vida será subsequente a esse capítulo; de forma sucinta, temos como características das participantes:

Cinco participantes se autodeclararam negras, também foram utilizados termos como “preta”, “parda” e “morena”. Nesta pesquisa, adotou-se a categoria “negra”, compreendendo a diversidade que compõe a identificação étnico-racial brasileira. Duas participantes se autodeclararam brancas. As idades variam entre 19 e 65 anos, representando diferentes fases da vida reprodutiva no contexto capitalista. Todas pertencem à classe trabalhadora, tendo ocupado diversas funções ao longo da vida, como cargos administrativos no setor público, auxiliar de cozinha, limpeza, costureira, profissional do sexo, manicure, recepcionista, atendente de *call center*, babá e dona de casa.

Uma participante possui ensino superior completo, com pós-graduação; outra tem ensino superior incompleto. Duas concluíram o ensino médio, e três estudaram até a quarta e sexta série. Três delas estão atualmente afastadas das atividades laborais pelo INSS ou em processo de aposentadoria, tendo o benefício como única

fonte de renda. Uma das entrevistadas tem lesão medular e é cadeirante. Seis se identificam como heterossexuais e uma como bissexual. Em relação à religião, duas são evangélicas praticantes, uma se considera evangélica, mas atualmente não frequenta nenhuma igreja; duas se identificam como católicas, e as outras duas não seguem nenhuma religião.

Duas participantes eram solteiras, mais jovens, com 19 e 26 anos. Três eram casadas, uma mantinha uma união estável e morava com o namorado, e a outra era divorciada. Entre as entrevistadas, duas apresentavam um perfil atualmente mais indicativo de ansiedade, embora tivessem vivenciado episódios depressivos no passado. As demais participantes apresentavam um perfil misto de ansiedade e depressão. Em diferentes estágios do sofrimento psíquico, algumas mulheres haviam sido recentemente inseridas nos serviços especializados, sem histórico anterior de tratamento, enquanto outras já passavam por processos mais crônicos, com uso prolongado de psicotrópicos e itinerários de serviços psiquiátricos. Uma das entrevistadas estava em processo de alta, afirmando estar se recuperando de um episódio depressivo. Todas as participantes faziam uso de medicação psicotrópica, e duas delas já haviam passado por internação breve na UPA por questões relacionadas à saúde mental. Assim, esta análise abrange uma diversidade significativa de realidades.

5.5 As fases da pesquisa

FASE 1

Realizamos observação participante no CAPS durante um período de duas semanas. Nesse tempo, acompanhamos o fluxo do serviço, analisamos a demanda e a rotatividade de profissionais, além de participarmos de oficinas e grupos de interesse relacionados à pesquisa. A equipe nos indicou quais oficinas e atividades contavam com maior participação de mulheres.

FASE 2

A pesquisa foi apresentada em grupos terapêuticos e/ou oficinas de interesse,

onde tivemos a oportunidade de apresentar a proposta às usuárias. Colocamos cartazes para iniciar conversas com as participantes interessadas, processo que também durou duas semanas.

FASE 3

Foi conduzida uma conversa inicial com as usuárias interessadas, avaliando possíveis riscos da pesquisa para cada participante e compreendendo as estratégias de cuidado disponíveis, além da rede de apoio de cada uma. Este momento teve como objetivo comunicar os critérios de inclusão e exclusão e avaliar a necessidade psíquica de cada pessoa, evitando danos no decorrer da pesquisa. Todas as participantes estavam aptas ao estudo e as entrevistas foram agendadas pessoalmente no serviço, para o próximo dia disponível que as mulheres fossem estar no CAPS para alguma atividade agendada. As entrevistas foram feitas nos consultórios disponíveis do serviço, sempre em salas privativas.

FASE 4

Foi feita uma entrevista piloto para adequar a ordem das perguntas do roteiro de entrevista (Apêndice 1) e perceber o tempo necessário para sua realização. Essa fase teve duração de uma semana.

FASE 5

Conduzimos as demais entrevistas. Com a concordância na participação, realizamos a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de solicitação de uso de som de voz, reforçando os riscos possíveis e estratégias de cuidado, além de verificar a disponibilidade para as entrevistas. O tempo de duração de cada entrevista variou entre 40 e 90 minutos, e agendamos mais de uma sessão de entrevista em todos os casos, duas pessoas foram entrevistadas três vezes. Esta fase durou doze semanas, desde seu início em abril de 2024.

FASE 6

Transcrevemos as entrevistas realizadas, durante seis semanas. Nesta fase, sistematizamos e analisamos qualitativamente os dados obtidos, observando os

objetivos da pesquisa.

FASE 7

Ao final da pesquisa, realizaremos uma reunião de devolutiva aos participantes, apresentando os resultados da investigação e seus possíveis benefícios.

FASE 8

Os dados coletados durante a pesquisa são divididos em categorias, utilizando das tabelas de periodização de desenvolvimento e das matrizes de processos críticos. Essas categorias de análise referem-se à teoria do processo de determinação social em saúde, no campo da Saúde Coletiva, a partir do materialismo histórico-dialético.

5.6 Formas de registro

Foram utilizados os diários de campo e as gravações de áudio por gravador próprio. As entrevistas em áudio foram transcritas pela equipe de pesquisa e mantidas sob sigilo, em documentos de texto em pastas codificadas no Google Drive.

5.7 Aspectos éticos

Este estudo segue as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece normas para pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil (Brasil, 2013). A pesquisa teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná (CEP/SD), em colaboração com a Secretaria Municipal de Saúde de Araucária. Além disso, está em conformidade com a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde, que orienta as questões éticas nas pesquisas nas ciências humanas e sociais (Brasil, 2016). O projeto foi aprovado sob o parecer

número 70498423.9.0000.0102 do Comitê de Ética em Pesquisa em Saúde da Universidade Federal do Paraná.

Foram garantidas às participantes a voluntariedade de sua participação, assim como a possibilidade de se retirarem a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos. Não foram agendados horários em que não estivessem no serviço. O anonimato dos dados e materiais foi assegurado a todas as participantes. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi apresentado a cada uma antes do início das entrevistas.

Observamos o potencial de autoconhecimento da pesquisa, tanto para as pessoas entrevistadas quanto para demais usuárias e profissionais que se interessaram pelo processo. Os benefícios desta pesquisa visam promover uma reflexão, amparada pela pesquisadora, sobre diversos aspectos das histórias de vida das entrevistadas, permitindo espaço para a elaboração de vivências difíceis e violentas, possibilitando caminhos para a autonomia. Neste sentido, da resignificação de vivências, angústias foram relatadas pelas mulheres entrevistadas. O processo de avaliação desses momentos de vida não foi caminho brando. Foi imprescindível manter um diálogo aberto com as entrevistadas, dando suporte a dúvidas e questionamentos que vinham após as entrevistas, o acompanhamento após os encontros nos espaços de ambiência do CAPS, o apoio da equipe multiprofissional, com quem mantivemos contato ativo durante todo o percurso, foram essenciais para a proteção das usuárias participação.

6 TRAJETÓRIAS SINGULARES E PARTICULARES DAS MULHERES COM TRANSTORNOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS: ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Tomando como princípio a dialética singular-particular-universal do sofrimento psíquico, a análise dos dados obtidos em pesquisa de campo compreendeu dois momentos. Primeiro, cada história de vida foi analisada em sua singularidade, destacando os principais processos críticos que se evidenciaram na gênese e no curso do sofrimento. Assim, foram preenchidos os quadros de desenvolvimento e feita análise a partir da matriz de processos críticos, descritos nos quadros 5 e 6, respectivamente. Em seguida, foram apreendidas as particularidades compartilhadas pelo conjunto das mulheres integrantes, buscando suas semelhanças e diferenças, assim como suas relações com os processos a que se subordinam (Gomes, 2010).

Como percurso de leitura, apresentamos um resumo das características singulares das mulheres que compartilharam suas histórias de vida neste trabalho. Em seguida, buscamos compreender as particularidades que compartilham (ou em discrepância) a partir da análise de suas vivências na infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento, delineando as expressões destes transtornos, depressivos e ansiosos, concatenados aos acontecimentos, situações e condições ligados a tais vivências.

As análises perseguem o desafio de tecer a delicada trama que sustenta a hipótese da determinação social, destacando as experiências que comprometem a existência humana, manifestando-se na forma de reações ao vivido, os sofrimentos com características que os levam às nomeações de ansiedade e depressão. Além disso, são abordados os processos de proteção que emergem, mesmo diante da “exposição” (ou *imposição*) a riscos produzidos na vida subordinada ao capitalismo e ao patriarcado, tais como o pauperismo e a violência de gênero. Estes em geral são reduzidos a variáveis utilizadas pela epidemiologia tradicional (faixas inferiores de renda, classes D e E, violência por parceiro íntimo) que aparecem frequentemente associados ao maior risco de desenvolver transtornos mentais nas amostras de mulheres.

Cabe, por fim, o aviso às/aos leitoras/es sobre a sensibilidade do conteúdo seguinte, que pode provocar reações, principalmente no tocante das violências.

6.1 Caracterização das participantes

Sete mulheres, entre 19 e 65 anos, permitiram o desenvolvimento deste trabalho ao compartilharem suas histórias de vida. De forma a apresentá-las, elaboramos o resumo de cada uma a seguir.

- **Adelina** é uma jovem negra de 19 anos, solteira, que atualmente mora com seus pais e sua irmã mais nova. Ela também se identifica como pessoa não-binária, preferindo o uso de pronomes femininos. Durante o ensino médio, Adelina teve um relacionamento amoroso, mas está solteira no momento. Ela se entende como bissexual e assexual, sem interesse em envolvimento sexuais. No campo profissional, já trabalhou como caixa de supermercado, mas encontra-se desempregada e tem planos de cursar fotografia. Sua rotina inclui atividades no CAPS, além das tarefas domésticas e do cuidado com sua mãe e irmã. Adelina relata que seu pai, embora tenha sido afetuoso em sua primeira infância, tornou-se uma figura violenta com o passar dos anos, causando frustração em sua relação com ele, principalmente referente ao tratamento com seu falecido avô e com sua mãe. Durante a infância, foi vítima de *bullying* escolar, em grande parte relacionado ao racismo. Sua mãe tentou ajudá-la, afirmando que não havia nada de errado com a cor de Adelina. No ensino médio, suas relações interpessoais se tornaram mais complexas, resultando na ruptura com sua melhor amiga, também permeada por questões raciais. Desde então, Adelina se percebe triste e ansiosa. A morte inesperada de seu avô foi um grande trauma e marcou o início de uma fase em que perdeu a vontade de viver, culminando em uma tentativa de suicídio por ingestão de medicamentos. Adelina foi encaminhada ao CAPS somente mais recentemente, em 2024, após a intermediação de uma representante da associação do bairro que procurou a equipe do serviço. Desde então, ela tem se envolvido nas oficinas de artesanato, pintura e outras atividades, demonstrando um progresso. Seu quadro depressivo está mais brando, mas ainda apresenta uma forte presença de ansiedade, que se manifesta de forma generalizada.

- **Nise** é uma mulher branca de 26 anos, solteira, filha única e mora com os pais. Seu pai é pedreiro e sua mãe diarista. Católica, participa ativamente das atividades e eventos da Igreja Vicentina. É pós-graduada e, atualmente, cursa outra graduação na área de saúde, além de possuir outras duas especializações. Nise trabalhava em um dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), mas foi demitida este ano. Atualmente, está desempregada, aguardando a convocação de um concurso no qual foi classificada para um cargo na área de meio ambiente em uma cidade da região metropolitana de Curitiba. Suas principais atividades no momento são a graduação, o auxílio nas tarefas domésticas e trabalho voluntário na igreja, incluindo a direção de transporte para buscar doações, entre outras atividades. Nos momentos de lazer, ela se exercita em casa e assiste a séries, especialmente as de temática criminal. Já teve um relacionamento que se tornou violento, no qual seu parceiro era agressivo quando ela saía ou se encontrava com amigas. O relacionamento durou dois anos. No seu primeiro emprego, em uma churrascaria, sofreu assédio moral e sexual por parte de seu chefe. Além disso, um cliente do mesmo local a perseguiu até o parque da cidade e tentou abusá-la, atirando-a na vegetação, mas ela conseguiu escapar. Desde então, esse homem a persegue, enviando mensagens, embora ela não saiba como ele conseguiu seu número. Apesar de contar com o apoio de sua família e amigas, Nise tem dificuldades em comunicar as violências que sofreu. Seu quadro de sofrimento é majoritariamente ansioso, e se manifesta de diversas formas e, em momentos de crise, já empreendeu tentativas de suicídio. Ela faz acompanhamento no CAPS há dois anos, após uma crise suicida que a levou à UPA. Atualmente, seu quadro de sofrimento psíquico permanece agravado, com crises frequentes, também desencadeadas pelos contatos insistentes do abusador.
- **Carla** é uma mulher parda, de 27 anos, que vive em união estável com seu namorado, com quem mora atualmente, junto com sua mãe e irmã. Ela é uma pessoa com deficiência, tendo lesão medular, e utiliza cadeira de rodas. Atualmente, não segue nenhuma religião. Carla possui ensino médio completo e iniciou a faculdade na área social. Trabalha como

diarista junto com sua mãe e também se dedica à produção de artesanatos, como costura, que faz parte de sua rotina. Carla foi acolhida pelo CAPS em janeiro deste ano, após ser encaminhada pela Unidade Básica de Saúde de referência, devido à perda de sua filha de oito meses, possivelmente decorrente de negligência médica durante pré-natal e parto. Desde essa perda/luto, ela realiza acompanhamento no CAPS, tendo estabelecido um vínculo especialmente forte com umas das profissionais de nível superior que a acolheu. Carla também faz uso de medicação psicotrópica. Ela relata outro episódio marcante em sua trajetória de adoecimento: em seu relacionamento anterior, sofreu violência doméstica e foi perseguida por seu ex-namorado, que só cessou as investidas dois anos após o término, graças à intervenção de seu atual companheiro. Essa perseguição contribuiu para o agravamento de seu quadro de ansiedade, que, em alguns momentos, manifesta-se como ansiedade social, levando-a ao isolamento. Durante sua infância e adolescência, mesmo contando com uma rede de apoio significativa, Carla foi vítima de abusos e violência psicológica, experiências que se repetiram ao longo do tempo, entrelaçando-se em um ciclo de revitimização. Apesar das adversidades, Carla mantém um alto grau de autonomia, incentivada desde cedo por sua mãe, por associações de apoio e pelo acompanhamento em um renomado Hospital na área de Reabilitação, em outro estado. Atualmente, Carla se encontra em um quadro mais agudo de sofrimento psíquico. Embora tenha feito progressos na compreensão da dor pelo luto diante da perda de sua filha, ainda sente uma profunda tristeza.

- **Leonora** é uma mulher negra, de 28 anos, casada, que atualmente mora com seu esposo e sua filha. Ela se tornou mãe há quatro anos, uma maternidade muito desejada, e está casada há seis anos com o pai de sua filha, que tem 51 anos. Leonora segue a religião evangélica, mas não tem frequentado igrejas ultimamente. Nascida no interior do Paraná, permaneceu lá até o início de sua vida adulta. Nesse período, passou em um concurso público e trabalhou com serviços de limpeza. Antes dessa experiência, já havia trabalhado como babá por seis anos. Leonora começou a trabalhar com somente dez anos de idade, também

como babá. Durante a infância, sua relação com a mãe foi bastante complicada, marcada por muitas discussões, principalmente devido às constantes reclamações da mãe sobre a limpeza da casa. A perda do pai, ainda na primeira infância, é lembrada com muita dor, pois Leonora tinha uma relação muito próxima e afetuosa com ele. Com quinze anos, Leonora sofreu uma tentativa de estupro. Leonora enfrentou muitas dificuldades durante a adolescência, o que ela atribui em grande parte aos conflitos com a mãe e à busca por "testar seus limites". Nessa fase, ela saía, bebia e fumava com amigos e amigas da escola. Após concluir o ensino médio, passou em um concurso público como profissional de limpeza para a prefeitura de uma pequena cidade do interior. Antes do casamento atual, Leonora teve outro relacionamento em que morou junto com o parceiro. Esse relacionamento, vivido inicialmente como fonte de contentamento, por volta dos 17 anos, tornou-se violento com o tempo, marcado por ameaças e agressões verbais e físicas. Esse ex-companheiro chegou a bater nela com um fio elétrico. Leonora tem sentimentos ambíguos sobre essa relação, pois o amava profundamente, mas se entristece ao lembrar das violências que marcaram o fim do relacionamento. Seu casamento atual também é fonte de tensões. Leonora suspeita que seu esposo a traiu e, em um momento de crise, chegou a ameaçá-lo com uma faca. Até o momento, é o marido de Leonora quem arca com todas as despesas da casa. Ela está começando a trabalhar como revendedora de equipamentos ortopédicos, uma oportunidade que surgiu por intermédio da igreja que frequenta. Ela descreve que vivencia seu sofrimento na forma de muita ansiedade, manifestando-se em preocupações excessivas, agressividade em momentos de angústia e uma fixação do pensamento e das suas ações na limpeza da casa. Já reconhece ter tido momentos depressivos, mas que seu humor segue mais para a ansiedade e raiva atualmente. Sinaliza que a "fixação por limpeza" (sic) começou na infância, influenciada pela relação com a mãe, e afirma que está tentando "se controlar" porque percebe que sua filha já começa a imitar alguns desses comportamentos. Leonora iniciou o atendimento no CAPS neste ano (2024), após encaminhamento da sua unidade de

saúde, que identificou que sua ansiedade e crises de raiva necessitavam de acompanhamento. Atualmente, faz uso de medicação psicotrópica e participa de algumas oficinas oferecidas pelo serviço.

- **Maria** é uma mulher parda, de 58 anos, casada há 40 anos com um homem, com quem atualmente mora em casa própria. É mãe de três filhos, dois homens e uma mulher. Católica praticante, tem uma participação ativa no grupo da igreja. Sua rotina como dona de casa inclui as tarefas domésticas, o cuidado com os filhos, além de cuidar de seu neto e participar de atividades religiosas. Durante muitos anos, trabalhou como feirante ao lado do esposo, dedicando-se principalmente ao cultivo de legumes. Maria teve uma infância simples, tendo estudado até a quinta série (atual primeiro ano do ensino fundamental II). Relatou que aos dez anos, o padrasto abusou sexualmente dela e da irmã, três anos mais velha. Os abusos continuaram até o seu casamento, quando Maria o enfrentou. O trauma com os abusos é recordado com muita dor por Maria. Há três anos, apesar de tudo, Maria ainda cuidou desse homem que a abusou, como um favor à mãe e a Deus, recebendo-o em sua casa para que ele pudesse fazer um tratamento de saúde. O casamento atual e a maternidade foram experiências protetoras para Maria, sendo uma fonte de grande felicidade. Seu marido continua sendo uma rede de apoio fundamental, acolhendo-a em seus momentos de sofrimento psíquico. No puerpério de seu terceiro filho, Maria sofreu uma infecção e outro quadro clínico decorrente, o que resultou em uma internação de três anos, deixando como sequela crises convulsivas. Ela relata que esse foi um período muito difícil, pois não pôde vivenciar plenamente a infância de seu filho mais novo, e o isolamento durante a internação marcou profundamente esse momento depressivo. Atualmente, seu quadro de adoecimento psíquico é latente, com crises depressivas e ansiosas recorrentes ao longo do tempo. Embora o quadro seja menos agudo, momentos de sofrimento continuam a ocorrer, principalmente após visitas à sua mãe, que reativam o trauma vivido com o padrasto. Mais recentemente, Maria também enfrentou a perda de duas netas, que tiveram a gestação interrompida naturalmente.

- **Aurora** é uma mulher parda, de 60 anos, casada há 29 anos, e atualmente mora apenas com o esposo. Ela é praticante da religião evangélica e tem ensino médio incompleto. Atualmente não trabalha, recebendo benefício de prestação continuada (BPC). Nascida em uma cidade pequena, próxima à capital paranaense, Aurora é mãe de dois filhos, tendo engravidado pela primeira vez aos 18 anos. Seu primeiro casamento foi muito apaixonado, mas seu companheiro a deixou logo após o nascimento do primeiro filho. Ainda assim, eles mantiveram um romance esporádico durante algum tempo, e, em uma dessas visitas, ela engravidou do segundo filho. Esse ex-companheiro nunca forneceu pensão alimentícia para os filhos. Enfrentando dificuldades financeiras, Aurora se viu obrigada a deixar seus filhos aos cuidados de uma “comadre”, que os acolheu para que ela pudesse se mudar para outra cidade e trabalhar como profissional do sexo. Ela enviava dinheiro com frequência e os visitava em alguns finais de semana. Essa fase, que durou grande parte da infância e adolescência dos filhos, é lembrada por Aurora com muita dor, pois sente que não pôde vivenciar a maternidade da forma como gostaria. A rotina de trabalho também a levou ao consumo de bebidas alcoólicas, que, segundo ela, eram uma forma de suportar o serviço. Aurora em dado momento engravidou de um cliente, fazendo um aborto por medicamentos. Com hemorragia, teve que ser atendida no hospital às pressas, uma memória muito angustiante para Aurora. Pouco depois desse ocorrido, Aurora conheceu seu atual esposo enquanto trabalhava em um restaurante próximo ao local onde ele atuava como mestre de obras. Seu relacionamento atual é marcado por sentimentos contraditórios. Embora valorize o companheirismo de tantos anos, enfrenta dificuldades financeiras e sofre com episódios de violência psicológica, que incluem humilhações e pressões para manter relações sexuais. Aurora relata que sentiu prazer em relações sexuais apenas uma ou duas vezes. Ela está em acompanhamento no CAPS há 17 anos e, ao longo do tempo, também foi acompanhada em Curitiba, no hospital-dia e na UBS. Seu quadro de sofrimento psíquico compõe-se tanto de ansiedade como depressão. Os episódios depressivos começaram no início da vida

adulta, coincidentemente com o período em que precisou deixar os filhos para trabalhar como profissional do sexo. Naquela ocasião, a perda súbita de sua irmã mais velha agravou seu quadro depressivo. Atualmente, Aurora participa de oficinas de economia solidária e grupos de mulheres no CAPS, além de fazer uso de medicação psiquiátrica há mais de 10 anos. Seu sofrimento psíquico evidencia-se presentemente, com crises depressivas e ansiosas recorrentes.

- **Maura** é uma mulher branca, de 65 anos, divorciada, que atualmente mora com o neto em uma casa alugada. Tem três filhas e doze netos. Evangélica, ela participa dos grupos de mulheres em sua “célula”. Maura está em processo de aposentadoria e começou a trabalhar aos dez anos, vítima de trabalho infantil, inicialmente cuidando dos filhos de sua irmã. Já atuou como babá, costureira e foi dona de casa. Estudou até a quarta série, o que corresponde atualmente ao último ano do ensino fundamental I. Atualmente, Maura se dedica a atividades manuais, como costura e crochê, além de realizar visitas ao CAPS e participar de uma oficina de economia solidária. Ela também cuida do neto e dos filhos de sua vizinha, acompanhando-os à escola. Em 2020, Maura foi encaminhada ao CAPS após ser internada com Covid em hospital na capital paranaense, onde passou por uma avaliação psiquiátrica devido a sintomas depressivos. Na época, manifestava um quadro depressivo, isolando-se tanto por causa da pandemia quanto pelo afastamento da família. Ela relata que os sentimentos de rejeição e depreciação começaram na infância e persistiram ao longo de sua vida afetiva. Além disso, Maura apresenta expressões de ansiedade, que por vezes, se manifestaram como compulsão alimentar. Atualmente, seu quadro de sofrimento psíquico é mais brando, e ela está em processo de alta.

6.2 Experiências singulares e particulares: como gênero, raça/etnicidade e classe distinguem os processos depressivos e ansiosos nas histórias de vida?

Na dialética particular, é possível identificar certas experiências comuns entre o grupo de mulheres. A seguir, destacamos as principais.

Seis delas relataram ter sofrido abuso sexual, enquanto uma mencionou ter se envolvido com o marido contra sua vontade, embora não tenha classificado essa vivência como abuso conjugal. A maior parte dos episódios de abuso sexual ocorreu na infância e adolescência, mas também foram registradas situações na vida adulta, tanto no trabalho quanto dentro do casamento. Os agressores citados incluem pais, padrastos, irmãos, tios, cunhados, primos, amigos da família, maridos, taxistas e clientes dos locais de trabalho. O trabalho infantil venceu a história de duas entrevistadas, que começaram a trabalhar aos 10 anos. Ambas atuaram como babás de crianças mais novas, sendo que, em alguns casos, a diferença de idade entre elas e as crianças era de menos de 3 anos. A relação familiar é o locus de muitas contradições para as mulheres entrevistadas. Seis delas relataram vivências difíceis com a família nuclear, enquanto apenas Nise, que é filha única, menciona ter uma boa relação com os pais e familiares próximos. A relação mãe-filha também revela diversas contradições, que refletem também diferenças geracionais. É notável a presença de valores conservadores na forma como as experiências destrutivas na vida das mulheres, são reconhecidas e significadas na história de vida (sentidos), como o abuso sexual, o racismo, entre outras.

Durante a infância e adolescência, a experiência da violência na forma de *bullying* na escola é ressaltada em quatro relatos, sendo atravessada por LGBTfobia e racismo no caso de Adelina, e por capacitismo no de Carla. O isolamento provocado por essas vivências é lembrado com muita dor pelas entrevistadas. Quando mencionam mudanças para escolas mais inclusivas, com amigadas acolhedoras, esses momentos são descritos como ressignificadores desse isolamento. A figura de professoras/es assume sentidos diversos: ora vista como protetora, como no caso do professor de Carla que conseguiu cadeiras de rodas para todos jogarem handebol na aula de educação física; ora como destrutiva, quando humilhavam, assediavam ou dificultavam o percurso acadêmico.

As experiências de diversas formas de assédio começaram na infância e se tornaram mais frequentes no início da vida adulta, especialmente com a entrada no mercado de trabalho. As entrevistadas relataram diferentes tipos de violência (física, sexual e psicológica) ao longo de seu desenvolvimento afetivo e sexual. As dinâmicas de trabalho precarizadas estão presentes na vida de todas as entrevistadas, sendo cenário de muitas das violências ocorridas. Muitas das vezes somadas à sobrecarga do trabalho doméstico e da maternidade, o que é presente em cinco trajetórias. A dificuldade de inserção no mercado de trabalho, mesmo entre aquelas com ensino médio completo, é evidente. Em alguns casos, essa dificuldade, somada à maternidade solo - que em verdade deve ser nomeada como abandono paterno (material e psicológico) -, impõe às mulheres dinâmicas de trabalho ainda mais extenuantes e precarizadas. Um exemplo é Aurora, que trabalhou como profissional do sexo durante anos para sustentar, sozinha, sem pensão alimentícia e participação paterna, seus dois filhos.

Os relacionamentos são marcados por vivências que refletem os eixos de opressão e dominação, configurando os sofrimentos psíquicos das mulheres como parte da totalidade da produção e reprodução de suas vidas, dos filhos e de outros entes por elas cuidados. Todas as participantes relataram violência psicológica por parte de parceiros íntimos, ou de seus pais, ao longo da vida. Duas participantes relataram ter sido perseguidas, uma por um ex-companheiro e outra por um cliente do restaurante onde trabalhava. Ambas descreveram os efeitos psíquicos dessa perseguição, como ansiedade, medo extremo - que convergiu em tentativas de suicídio - e a um episódio depressivo. Ainda assim, aqueles relacionamentos que potencializam a vida das mulheres são observados como vínculo com o mundo de destaque, como Maria, casada há 40 anos, que cita o casamento como importante fonte de cuidado, também por poder sair de casa, após anos de abuso pelo padrasto na casa de sua mãe.

As experiências da maternidade, segundo a maioria das entrevistadas, reproduzem o ditado popular de que “ser mãe é padecer no paraíso”. A relação distanciada que Aurora tem com seus filhos é sinônimo de grande sofrimento. Maura, embora tenha sido agredida por sua filha, que quebrou sua costela há dois anos, menciona que ser mãe foi uma vivência importante e protetora em sua vida. Além disso, duas entrevistadas nunca receberam pensão alimentícia dos ex-companheiros, pais de seus filhos. A maternidade solo, caracterizada por poucos recursos e

sobrecarga dos cuidados com as filhas e filhos, é uma experiência potencialmente geradora ou agravante dos quadros de sofrimento psíquico. O sentimento de dever, logo a autocobrança de manter a limpeza da casa, associou-se à ansiedade, evoluindo para o centramento do pensamento e da atividade nisto, significado como uma “obsessão” tanto por Maura como Leonora, o que manifestou em diferentes fases de suas vidas.

Maria, Maura e Aurora, que têm mais idade entre as entrevistadas, mencionam as práticas de cuidado, agora para os netos e netas, como atividades principais no seu cotidiano. Assim como a maternidade, o conceito/sentido de “utilidade” ao realizarem tarefas de cuidado e trabalhos domésticos para com familiares e terceiros, reveste-se de sentidos e sentimentos contraditórios para elas, de satisfação, mas também insatisfação. Aurora e Maura referiram receios de ir para o asilo, valendo-se da “utilidade” como forma de garantir que não tenham esse futuro.

Ao analisar marcos do desenvolvimento das participantes, sintetizados no Quadro 5, é possível elencar alguns aspectos gerais sobre a gênese dos períodos de ansiedade e depressão, em paralelo com as crises de desenvolvimento e as necessidades humanas que foram atendidas ou obstruídas em diferentes momentos da vida, como será detalhado a seguir. Este instrumento permite observar, na história singular de cada pessoa, como atuaram dialeticamente os processos protetores e destrutivos na vida das entrevistadas, sua gênese, quando cessaram os episódios depressivos e diminuíram os ansiosos, em suas diversas expressões.

Na matriz de processos críticos destacamos, por sua vez, os diversos acontecimentos que têm/tiveram repercussões psíquicas significativas e que devem ser levados em conta ao se buscar desvelar, ou formular, o perfil epidemiológico em questão, no caso, dos adoecimentos manifestos como sofrimento psíquico em certos estratos de mulheres da classe trabalhadora. Certos acontecimentos, mesmo que únicos em cada história de vida, guardam entre si bases histórico-sociais comuns, e se apresentam recorrentemente em grupos sociais com perfis sociodemográficos e modos de vida particulares a um determinado grupo ou estratos populacionais (dialética singular-particular-universal). As mulheres entrevistadas representam outras do mesmo perfil epidemiológico, dado o modo com o qual partilham formas de produzir e reproduzir a vida, desde as condições de classe, gênero e raça; ou seja, são “realidades” comuns a certos estratos das mulheres brasileiras. As análises buscam tensionar a interpretação hegemônica da causação orgânica dos transtornos

mentais, cujos efeitos se espalham para as práticas e para o escopo das políticas públicas em saúde. Isso se torna especialmente relevante diante dos efeitos deletérios dos empuxos mais recentes (após pelo menos três décadas de avanços progressistas) de valores e práticas manicomiais ou segregadoras de modo geral. Tais empuxos atingem mais fortemente indivíduos e grupos já oprimidos por processos historicamente anteriores, como o racismo, machismo e a heteronormatividade. Conforme foi destacado no capítulo 3, a resistência e a luta contra tais processos tornam-se imprescindíveis no campo da ciência politicamente orientada e nas políticas públicas voltadas à humanização e emancipação.

Após sinalizar alguns dos percursos gerais do sofrimento psíquico em mulheres, destrinchamos a seguir, com base nos quatro períodos do desenvolvimento psíquico humano, segundo a PHC, o movimento contraditório da realidade que molda/moldou as formas de sofrimento expressas na depressão e na ansiedade sentidas pelas mulheres entrevistadas. Através das histórias de vida levantadas, e pressupondo a dialeticidade da vida e da saúde-doença.

Primeiramente, faremos uma síntese teórico-conceitual que dará base às explicações seguintes, analíticas dos aspectos singulares de cada entrevistada.

Infância

Vigotski, assim como Luria, Elkonin e Leontiev, importantes autores soviéticos da teoria histórico-cultural, demonstraram um interesse específico pela infância devido ao intenso desenvolvimento das conexões cerebrais, combinado com o aprimoramento das principais funções psíquicas (Almeida, 2018, p. 271). Essa abordagem parte de uma compreensão materialista do desenvolvimento infantil, em contraste com a visão idealista defendida por Piaget e Freud (Facci, 2004). Para esses autores, o desenvolvimento da criança deve ser compreendido em sua relação com o mundo concreto e com as possibilidades de crescimento inscritas em um determinado cenário histórico e social. De acordo com Facci (2004, p. 66), a “superação dessa visão idealista implica compreender a relação da criança com a sociedade construída historicamente a partir das necessidades dos homens.”

Leontiev e Elkonin enfatizam que cada fase do desenvolvimento psíquico é marcada por uma **atividade dominante** que organiza esse processo, como a comunicação emocional direta na fase inicial (bebês), a manipulação de objetos (primeira infância), as brincadeiras de papéis sociais (pré-escolar) e o estudo (idade escolar). A realização adequada dessas atividades desempenha um papel crucial na forma como a criança se relaciona com a realidade e internaliza sua cultura (Almeida, 2018; Facci, 2004).

No subcapítulo 4.2, intitulado *A Psicologia Histórico-Cultural*, e em seções subsequentes como 4.2.1 *A formação social da consciência e da personalidade* e 4.2.2 *A periodização do desenvolvimento*, foram detalhados os conceitos psicológicos utilizados nesta análise. Em síntese, a abordagem percorre o caminho da **construção social da consciência**, mediada pelo desenvolvimento da linguagem, das funções psicológicas superiores, como a atenção e a memória. Nesse processo, as emoções estão profundamente interligadas aos aspectos cognitivos, desempenhando um papel essencial na motivação, na relação com o ambiente e na regulação das ações. Essa construção social da consciência e da personalidade ocorre em fases de desenvolvimento, e cada fase é orientada, como dito acima, por uma **atividade-guia** (também referida como dominante ou principal), que mais significativamente organiza as interações do indivíduo com o meio social e possibilita sua transformação (Almeida, 2018; Facci, 2004). A transição de uma atividade principal para outra, impulsionada pela complexificação da consciência mediada pelas interações sociais, é acompanhada por uma **crise de desenvolvimento**, característica do período.

Sobre o desenvolvimento da consciência, durante a infância ocorrem dois processos que antecedem os processos psicológicos mais complexos observados na adolescência: a **consciência sobre si**, que precede a **autoconsciência**, e na qual a criança adquire a capacidade de se perceber como um ser existente, com identidade própria. Esse é o reconhecimento básico de si mesma como parte do mundo e ocorre em um estágio inicial do desenvolvimento. Da mesma forma, o **pensamento** na infância opera de forma concreta e objetiva, em contato com as primeiras conexões parte-todo (Vigotski, 2024), evoluindo para o pensamento por conceitos na adolescência.

São três as principais crises da infância: a pós-natal, entre 0 e 1 ano, a crise dos 3 anos e a crise dos 7 anos. Com base nos relatos, abordaremos especificamente as crises dos 3 e dos 7 anos. Na primeira infância (0 a 3 anos), Vigotski (2024) destaca a importância da fala comunicativa, que surge como a principal ferramenta para a mediação social. Esse período é marcado pela internalização da linguagem, que permite à criança comunicar seus desejos e desenvolver uma autoconsciência inicial. A crise dos 3 anos é tida como a fase do "eu quero". Nessa fase, a criança começa a afirmar sua autonomia e vontade própria, o que muitas vezes se traduz em birras, teimosia e um desejo de desafiar regras. É como se ela estivesse dizendo: "Eu existo como pessoa!". Já a crise dos 7 anos é marcada por um salto na consciência da criança sobre si mesma. Ela começa a compreender melhor seus pensamentos, emoções e o impacto de suas ações nos outros. É nesse momento que surge uma maior sensibilidade à opinião alheia e um entendimento mais profundo de regras e responsabilidades. As atividades principais de estudo e de jogo são fundamentais para a internalização das normas sociais e papéis. O jogo de papéis, o faz-de-conta, segundo Elkonin (1987), permite à criança exercitar a imaginação e a compreensão de regras, promovendo a transição da dependência direta do adulto para uma autonomia crescente em situações sociais. Vigotski (2024) afirma que a imaginação, juntamente com a função simbólica da linguagem, auxilia a criança a experimentar diferentes realidades, contribuindo para a consolidação de uma identidade inicial. Essas aquisições são vistas como essenciais para o desenvolvimento da autonomia, do pensamento abstrato e da capacidade de autorregulação. A leitura seguirá em ordem cronológica, destacando as atividades principais de cada fase do desenvolvimento, suas crises e obstruções.

A infância foi uma fase do desenvolvimento sobre a qual quase todas as entrevistadas relataram ter dificuldade em comentar, sendo que notamos um aprimoramento disso na medida em que se passou para a segunda ou terceira entrevistas. Algumas mulheres mencionaram lapsos de memória dessa fase, o que pode estar relacionado ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores, incluindo atenção e memória (Almeida, 2018). Esses relatos evidenciam cenários de sentimentos contraditórios, em que se destacam alguns aspectos sugestivos de semelhanças entre elas, quanto a possíveis alterações patológicas, como depressão e ansiedade.

Maura, Adelina, Maria, Leonora, Nise e Carla relatam que **suas infâncias foram marcadas por violências que reverberam até os dias atuais**. Os cenários de violência doméstica, agressões e violência psicológica perpetradas por pais e irmãos, abuso sexual, além do trabalho infantil, são experiências frequentes entre elas. Antes da crise dos três anos, as participantes já referiam experiências de violência e angústia, tanto no ambiente familiar quanto fora dele, como destacado por Maura, quando comenta sobre o primeiro abuso, pelo pai, aos 3 anos:

Começou com meu pai abusando de mim quando eu tinha três anos. Né? Daí minha mãe... soube, né, ela viu, chegou na hora, ela viu, só que ela pediu pra mim nunca contar nada pra ninguém. Daí eu escondi isso de todo mundo, porque ela era apaixonadíssima por ele. Então... e ela tinha um segredo com ele também. Ela tinha um filho, uma filha mais velha, né, e não era dele. Então, ela achava que guardar segredo era ser um santo. Então ela guardava o segredo dela, ela queria que eu guardasse a minha com meu pai. Só que uma coisa que ela falou, ela disse assim, "ele nunca mais vai te tocar", e dito e feito, ele nunca mais me tocou, nem pra fazer carinho normal, nada (Maura, 65 anos).

Carla relata que, aos três anos de idade, sofreu um acidente de carro enquanto acompanhava os pais em um evento da igreja, o que resultou em uma lesão medular. Após o acidente, o pai passou a cometer diversas formas de violência verbal, afirmando que *"não queria ter uma filha deficiente, queria uma filha normal"* (sic). Até os quatro anos, a violência em sua casa era constante, com Carla frequentemente testemunhando agressões físicas à mãe e aos irmãos. Após a separação dos pais, o pai sequestrou Carla e sua irmã, levando-as para a casa de uma tia. Durante esse período, a irmã conseguiu fugir após uma surra traumática, dois meses depois. Carla, entretanto, permaneceu sob a guarda do pai por seis meses, até que finalmente conseguiu retornar à casa da mãe. Posteriormente, o pai vendeu a casa adaptada segundo as necessidades da deficiência de Carla, aparentemente como retaliação pelo fim do relacionamento. Pouco tempo depois da separação, Carla perdeu contato com o pai.

Vigotski descreve a crise dos três anos como uma etapa crítica no desenvolvimento da autonomia da criança, em que ela começa a se diferenciar do ambiente e a perceber-se como um ser separado dos outros. É nesse momento que se inicia uma fase mais intensa de formação da vontade e da consciência de si (Vigotski, 1993). Segundo Leontiev (1978), essa fase marca o desenvolvimento da

personalidade, sendo marcada por crises nas quais a criança se afirma como um sujeito autônomo.

Nas entrevistas com participantes que forneceram mais detalhes de suas memórias até os três anos, foi possível observar a complexa formação emocional dotada de contradições. Maura, aos 65 anos, relembra o carinho que sentia pelo pai, mas, ao longo do tempo, adquiriu uma consciência sobre o abuso que havia sofrido. A resposta de sua mãe ao ocorrido possibilitou Maura a atribuir a esse evento um significado destrutivo, algo que não deveria acontecer com ela, uma criança, contudo ao mesmo tempo deveria se calar a respeito, mantendo segredo, a pedido da mãe. Vigotski (2024) sinaliza que por não possuir uma organização para o pensamento abstrato, a criança não é sensível às contradições da realidade:

Dessa forma, vemos que apenas o pensamento concreto da criança em idade escolar é um pensamento lógico no sentido próprio da palavra, mas no plano do pensamento verbal, do pensamento abstrato, a criança em idade escolar ainda está sujeita ao sincretismo, não é sensível às contradições, não é capaz de captar relações, ela usa transduções, ou seja, conclusões do particular ao particular, como sendo seu procedimento principal de pensamento. (Vigotski, 2024, p. 854).

A vivência do *bullying* foi uma experiência marcante nas histórias de Maura, Carla, Adelina e Nise. Maura relembra os insultos que recebia, sendo frequentemente chamada de "burra" por professoras e colegas. No caso de Carla, as agressões verbais estavam relacionadas à sua deficiência, com comentários pejorativos vindos tanto de colegas quanto de adultos, refletindo atitudes capacitistas. Nise enfrentou *bullying* devido à sua aparência, especialmente por suas orelhas de abano, tornando-se alvo constante de zombarias. Adelina, atualmente com 19 anos, relata que o *bullying* começou com insultos racistas, intensificando-se para formas de racismo e LGBTfobia no ensino fundamental e médio. Ela recorda o momento em que tomou consciência do racismo aos 6 anos, quando foi pegar um lápis "cor de pele" e um colega respondeu que ela não era daquela cor, mas sim marrom. Ao perguntar à mãe sobre isso, recebeu consolo e afirmação:

Ela disse "você é dessa cor, você não tem que ter vergonha da sua cor, você puxou seu pai, seu pai é daquela cor, então é assim sua cor. É... não, não, não se rebaixe por causa da sua cor." [...] Já apanhei, já tomei um soco no olho por causa disso, né, de de ser assim dessa cor e já, nossa, é amigos meus já fizeram piadinhas assim, né?. (Adelina, 19 anos).

Segundo Adelina, a vivência de racismo atravessou toda sua experiência escolar, repetindo-se de formas semelhantes também na adolescência, como será discutido à frente. Nenhuma das situações de racismo relatadas por ela teve uma resposta protetiva do meio imediato, por parte da escola. Na educação formal que repercute caracterizações colonizadoras brancas, segundo Costa, Quiroz e Muniz (2024, p. 4) “a autoestima e autoconfiança das crianças e adolescentes negros vão sendo diminuídas, repercutindo diretamente na formação de suas subjetividades”.

O isolamento provocado por situações de *bullying* é uma convergência notável nas histórias das participantes. Nise, por exemplo, relata que só conseguiu fazer amizades verdadeiras após trocar de escola e realizar uma cirurgia estética no ensino fundamental, o que foi decisivo para sua trajetória escolar: “*Eu acho que foi o fato de eu conseguir fazer amizades [risos]*” (sic). Na história de Carla, o isolamento assume outros contornos devido aos longos períodos de ausência na escola para acompanhamento médico no hospital de referência no Distrito Federal, que, somados ao capacitismo vivenciado, revelam facetas adicionais do fenômeno do *bullying* e da exclusão. O isolamento, experienciado em diferentes momentos da vida das entrevistadas, pode gerar déficits na internalização de processos psíquicos importantes, como o desenvolvimento da linguagem complexa, da memória e do pensamento crítico. Esse distanciamento reduz as oportunidades de troca e aprendizado social, impactando negativamente a construção de habilidades essenciais, como a linguagem, a empatia e o raciocínio independente.

Maura também relata que, após sofrer abusos por parte dos primos e tios entre os 7 e 8 anos, começou a fantasiar sobre uma vida onde seria feliz. O significado de um “casamento feliz” e de ter sua própria casa tornou-se, para ela, um símbolo de salvação das violências vividas na infância. Lembra com tristeza que não existem memórias felizes desse período e que seu humor deprimido tem origem ainda nesse estágio da vida. O faz-de-conta, uma atividade central até à crise dos sete anos, manteve-se ao longo dos anos seguintes como uma função de escape das situações de violência.

Uma coisa atrás da outra, você vai, você perde o amor pela vida. Aí eu pensava assim “Deus, quando eu vou ser feliz? Eu só queria casar e ser feliz”... Né? Aí eu criei um mundo de fantasia. [...] Criava fantasia de casamento, depois eu criava fantasia que eu tava casada, mas que eu morri,

e daí todo mundo chorava pela minha morte, porque na verdade eu acho que era isso que eu queria sentir, entendeu? (Maura, 65 anos).

A violência sexual é com certeza uma das mais viscerais marcas de alteração patológica da personalidade nas entrevistadas. Nas histórias de Carla, Maura e Maria, essas vivências ocorreram ainda na infância. Maria foi violentada pelo padrasto dos 10 aos 17 anos, pouco antes de casar-se com seu marido. Segundo ela, o padrasto manteve os abusos com ela e a irmã mais velha durante esses anos, o que nunca conseguiram contar para a mãe. A irmã, segundo relata, diz que hoje em dia o perdoou, o que Maria diz ainda não conseguir fazer:

Quando eu tinha 10 pra 12 anos, meu padrasto entrou, fazer coisas com a gente, comigo e com a minha irmã, eu e minha irmã somos 3 anos de diferença. Daí foi atormentando até quando eu casei [...] mas só ficou gravada as palavra que ele dizia, as coisas que ele fazia e hoje vem à tona, sabe? De vez em quando você tá lá e vem tudo à tona. Assim, ele pede perdão, toda vez que eu vou lá ele pede perdão. A minha irmã perdoou. Porque a minha irmã, ela é ministra da igreja, ela conseguiu perdoar. Ela fala pra mim assim: Perdoa ele. E eu digo assim: Não, ainda não consigo. A penúltima ele pediu perdão. Ele falou assim, eu quero te pedir perdão. Daí eu falei assim, quem perdoa é Deus, eu não sou ele. [...] Eu penso comigo, é um pecado. Isso que ele fez e tá pagando, mas minha mãe, minha mãe, nunca imagina que ele fez isso. (Maria, 58 anos).

Carla, com 6 anos, sofreu abusos por parte do irmão mais velho, com a ciência de sua irmã, que ainda a chantageava. Maura além das violências citadas, foi violentada novamente aos 10 anos, indo trabalhar na casa da irmã pela manhã, quando um escoteiro a interpelou na rua. Há neste sentido uma alienação na infância, onde a criança coisifica-se, segundo Guerra (1998):

Todo ato ou omissão praticado por pais, parentes ou responsáveis contra crianças e/ou adolescentes que – sendo capaz de causar dano físico, sexual e/ou psicológico à vítima – implica, de um lado, uma transgressão do poder/dever de proteção do adulto e, de outro, uma coisificação da infância, isto é, uma negação do direito que as crianças e adolescentes têm de ser tratados como sujeitos e pessoas em condição peculiar de desenvolvimento (Guerra, 1998, p. 32-33).

Saffioti (2004) destaca que a própria sociedade oferece as condições para o surgimento de dinâmicas familiares marcadas pela violência e pelo "desamor", em que laços de afeto são substituídos pelo poder e pela dominação. Assim, os vínculos sanguíneos não garantem o amor incondicional dentro da família, pois frequentemente outros sentimentos, como o desejo de controle e a violência, o sufocam. Saffioti ressalta ainda que a violência sexual dentro da família não se restringe a atos físicos, mas se expande para uma dimensão psicológica e emocional,

onde o poder, e não o amor, se torna o princípio que rege as interações. Este cenário é agravado pela crença socialmente enraizada na inviolabilidade da família, que impede a exposição dessas violências e contribui para sua perpetuação. Como Saffioti afirma, "outros sentimentos esmagam o amor no seio da família" (Saffioti, 2015, p. 21), demonstrando como a violência é mantida e, muitas vezes, silenciada sob a estrutura familiar.

Segundo Nise e Adelina, seus percursos com a ansiedade começaram ainda na primeira infância, *pari passu* com a crise dos sete anos. Hoje em dia conseguem denominar como ansiedade mas tiveram poucas mediações para compreender o que era a ansiedade e como cuidar de suas diferentes expressões. Para Nise, por exemplo, o isolamento causado pelo *bullying* sinaliza ter criado solo fértil para a consciência sobre si patológica de que ela em si, era um incômodo, de que não era bem-vinda nos lugares, provocando essa expressão de ansiedade social. Segundo ela, sua mãe percebeu seu comportamento e a levou para uma psicóloga. No entanto, o acompanhamento não teve o impacto esperado, já que, de acordo com Nise, a profissional não conseguiu fornecer estratégias adequadas para o reconhecimento e gestão da ansiedade e dos sentimentos que a originaram. Ela reflete que a falta dessas mediações ainda na infância pode ter prejudicado seu processo de tratamento, conforme destaca:

Ah eu tipo assim, eu fiquei meio mal porque eu poderia ter começado o tratamento antes e não precisaria estar tomando tanto remédio né, tomando remédio tipo assim mais forte, podia tá tomando um remédio mais fraco, podia ter sido tratado lá na infância. podia ter conseguido é... uma melhora, tipo uma grande melhora né, digamos assim. Eu sei que vai e volta, mas eu acho que eu teria uma grande melhora, não taria assim agora, digamos assim. (Nise, 27 anos).

Ambas as entrevistadas mencionam que só recentemente conseguiram identificar que o que sentiam na infância era ansiedade, apontando situações como jantares familiares, eventos sociais como aniversários e até a ida à escola como fatores desencadeantes. A experiência de *bullying* está presente nas histórias de ambas; mesmo com o apoio dos pais, a frequência dos episódios, embora qualitativamente distintos, continuou até o final do ensino médio. Esse percurso parece estar marcado por vivências sentidas, ao mesmo tempo significadas, como

"vergonhosas", representando uma internalização rígida de normas sociais ligadas aos papéis de gênero e certas performances, conforme expressa Adelina:

E daí, eu sempre senti essa pressão, assim desde criança, do tipo, qualquer movimento ou qualquer coisa que eu fizer aqui agora, vai ser vergonhoso, todo mundo vai ficar me encarando e conseqüentemente eu vou vomitar, eu vou passar mal, então... depois quando eu fui crescendo, eu fui notando que não era bem assim, aí eu conseguia controlar a minha ansiedade dentro do ônibus, mas mesmo assim, é sempre assim, tipo, vou fazer alguma coisa mínima que seja, tirar sangue, eu já começo a ficar nervosa. (Adelina, 19 anos).

Carla, de forma semelhante, descreve que sua ansiedade era intensificada pelo receio diante de situações sociais, como a ida ao banheiro, que se tornava uma experiência angustiante. Ela relata que, além das dificuldades de acessibilidade, sofreu episódios em que colegas arrombaram a porta do sanitário enquanto ela o utilizava, o que gerou um profundo desconforto e aumento da ansiedade ao enfrentar essa tarefa cotidiana. O processo de construção de sua autonomia começou a ganhar força quando passou a frequentar associações para pessoas com deficiência e iniciou o acompanhamento em determinado hospital especializado em reabilitação. Essas experiências contribuíram significativamente para o desenvolvimento de sua autoconfiança e enfrentamento das adversidades.

Então desde que inaugurou o [nome do hospital] eu fui uma das primeiras pacientes a ir, então tudo que eles podiam me ensinar, eles me ensinaram. Eu aprendi a me virar sozinha, passar do carro para cadeira, fazer o cateterismo, não utilizar mais a fralda, eu faço uso de alguns medicamentos que eles me indicaram pra que eu consiga ter controle da bexiga, então eu fui instruída a como lidar com a situação e continuar vivendo. (Carla, 27 anos).

Além de ser um espaço onde conseguiu desenvolver sua autonomia, Carla menciona que neste hospital o capacitismo não era imperante entre as crianças e as pessoas que circulavam por ali, o que foi muito importante para ela, pois sua experiência em escolas foi bem diferente. A noção de diversidade e alteridade, resultante do preconceito que ela sofria, impactou sua percepção de si mesma e, conseqüentemente, o desenvolvimento da consciência sobre si. Embora tenha sido exposta desde muito jovem a situações de preconceito, Carla engajou-se/foi engajada em movimentos que desafiaram as cargas destrutivas do capacitismo, destacando pessoas e ambientes que impulsionaram outras perspectivas inclusivas e de respeito.

Um pouco depois que eu conheci o [nome do hospital], foi um lugar que eu aprendi muita coisa, a minha independência, quando eu era criança, a gente

se reunia pra ir no [nome do hospital] e geralmente a gente se internava com as mesmas pessoas, então tinha meus amigos, a gente brincava bastante, não tinha a questão do preconceito porque todo mundo era igual. (Carla, 27 anos).

O trabalho infantil é outro componente nas histórias de Leonora e Maura, ambas iniciando suas atividades aos 10 anos, cuidando de crianças (trabalho na reprodução social). Leonora relembra uma infância feliz até os 9 anos, vivida em um sítio rural no interior do Paraná. No entanto, com o adoecimento do pai, devido a uma infecção por hepatite, sua vida sofreu uma mudança brusca. Seu pai faleceu logo após o diagnóstico, por complicações agravadas pela falta de acesso a cuidados médicos. Semanas após a perda, Leonora começou a auxiliar a mãe nas vendas dos produtos da colheita, como o feijão. Ao mudarem-se para a cidade, ainda passando pelo processo de luto, ela relata nunca mais ter encontrado paz, passando a trabalhar como babá na casa de uma conhecida da mãe.

Porque desde que meu pai faleceu assim, parece que eu nunca mais tive paz na minha vida. Meu pai faleceu e a gente foi pra cidade, sabe, foi morar na cidade. [...] E ali começou, eu me lembro que semanas depois, minha mãe, ela queria que eu fosse vender uma saca de feijão com ela, eu não fui, ela me empurrou de uma escadinha que descia e eu cortei aqui assim, sabe. (Leonora, 28 anos).

Leonora ainda relata que a pressão ao trabalho infantil e falta de vínculos interpessoais afetuosos e protetores a prejudicou no seu desenvolvimento e agora auto-observa-se reproduzindo esse afastamento com a própria filha:

Eu acredito de eu ter perdido a minha infância, de eu não brincar, de eu ter, começar a trabalhar muito nova, com dez anos, eu não sei o que é brincar, eu não sei o que que é carinho, eu tento ser uma mãe carinhosa mas eu não consigo ser, eu não consigo, eu não gosto de abraço nem da minha filha, a minha filha vem me abraçar, eu falo “Ai, tá bom, filha, tá bom, tá bom”, sabe, eu quero mudar isso, eu quero muito mudar porque eu tenho medo dela crescer revoltada na vida, sabe, que nem eu”. (Leonora, 28 anos).

Leonora conseguiu manter seus estudos e concluir o ensino médio. Para Maura, no entanto, o início do trabalho, que envolvia cuidar dos filhos de sua irmã mais velha a mando do pai, levou ao abandono escolar ainda na quarta série do ensino fundamental.

Aí, meu pai pegou e disse assim, “vou tirar você da escola e você vai começar a cuidar dessas crianças”. Daí na hora eu disse “não”, porque eu amava estudar. Não era aquela aluna exemplar, mas eu adorava ir pra escola, né? Aí, eu queria fazer curso de enfermagem na época. Até tinha, ganhei bolsa

de estudo, ele não deixou eu fazer e tudo, né? Aquele tempo era até a quarta série, né? Aí, fui cuidar das crianças contra a vontade, porque ele fez ameaça. Ele disse assim "se uma dessas crianças morrer, você vai se sentir culpada". (Maura, 65 anos).

Para Maura, a falta de estudo representa um grande golpe em seu processo de desenvolvimento da autoconsciência. Repetidamente, o estigma do *bullying* e as violências vividas em seu casamento reforçaram a ideia de que ela "era burra" e "não sabia falar", abalando profundamente sua autoestima. Ela acredita que, se tivesse continuado a estudar, teria tido meios mais emancipadores de lidar com a situação, ela diz: *"tinha me estruturado até pra encarar a vida. Então eu vejo assim... que falta muito, sabe?" (sic)*. As limitações significativas não se restringiram apenas à escolaridade, mas também à socialização com seus pares, à construção de vínculos diversos com o mundo, às mediações culturais e a outras necessidades humanas essenciais não plenamente acessadas, que marcam sua trajetória. O desenvolvimento de neoformações mais complexas, promovidas pelas atividades escolares, foi comprometido tanto na história de Maura quanto na de Aurora e Maria, que também interromperam os estudos aos dez e onze anos, respectivamente.

Um dado histórico importante a ser mencionado é que, entre as entrevistadas, o abandono escolar esteve presente apenas nas mulheres mais velhas, em um contexto no qual o sistema educacional muitas vezes se limitava à oferta de educação apenas nos primeiros anos escolares para a classe trabalhadora (Saviani, 2007). Leonora, atualmente com 28 anos, embora também tenha sido vítima de trabalho infantil, conseguiu permanecer na escola, concluindo o ensino médio e, posteriormente, sendo aprovada em concurso público. As condições de trabalho para Maura e Aurora foram bastante diferentes, como será discutido adiante.

No âmbito escolar, é importante mencionar também o papel das professoras e dos professores nas trajetórias das entrevistadas, pois assumem facetas tanto protetoras quanto destrutivas. Maura, Carla, Leonora e Nise lembram de vivências de *bullying* e/ou violências verbais por parte de professoras. Maura relata que sua professora endossava o *bullying* dos colegas ao chamá-la de "burra". Carla compartilha que sofreu intimidações de sua professora na quinta série, em função das muitas faltas devido ao acompanhamento no hospital de referência em outro estado.

Em questão de escola, essas coisas, pra mim não era muito positivo, tanto com o ensino, muitas vezes os professores não queriam que eu estivesse na sala por ser cadeirante, que daí eles diziam que precisava de uma professora especial, só que a situação é que eu não tinha problema. [...] Eu lembro que

eu fui pra um colégio e tinha uma professora que não ia com a minha cara porque eu tinha muitas dores, eu acabava faltando um pouco, e eu não conseguia acompanhar a matéria por inteiro, e quando eu perguntava pra ela, ela me esculachava na frente da escola inteira, da sala principalmente, ela dizia “Não, mas você não faltou? Pesquise. Eu não mandei você faltar”. (Carla, 27 anos).

A caracterização de professoras/es como importantes vínculos com o mundo aparece de forma evidente nas histórias das entrevistadas. Segundo Leonora, um ocorrido com a professora de Geografia no ensino fundamental marcou sua trajetória:

Eu era inteligente também, sabe? Só que uma vez uma professora fez uma pergunta, eu amava geografia, e ela pegou e perguntou qual que era a diferença entre, é tipo terraplanagem e alguma coisa, sabe, e eu levantei a mão e falei que sabia, ela falou assim “Eu não tô perguntando pra você”, aí a partir daquele momento eu falei “Eu não vou mais fazer dever na aula dessa professora chata, não”. (Leonora, 28 anos).

Carla ainda destaca que em sua vivência como uma pessoa com deficiência, o papel de professoras/es não se caracterizou somente como destrutivo, atuando também como protetor muitas vezes. Recorda com carinho de um professor de educação física que a incluía em todas as atividades propostas. Lembra que em dada aula, este professor conseguiu cadeiras de rodas para todos/as estudantes, fazendo com que todas as pessoas jogassem handebol utilizando cadeiras de rodas. Carla relata:

“Não, como temos uma aluna que tem a deficiência, eu quero mostrar pra vocês que tem esporte que tem que... é acessível, só que para todos ficarmos iguais vocês vão usar a cadeira”, e daí ele separou os times e a gente fez os jogos, e às vezes ele trazia outros esportes e foi explicando bastante, sabe. Naquele tempo, eu tinha ido atrás de fazer tênis, que eu gostava bastante, sabe, mas aqui em Curitiba em si e região não tinha na época quadra, sabe. Aí eu fiz natação, fiz um bom período natação, fiz algumas competições mas daí eu desisti. Daí eu acabei desistindo, mas fui pro esporte graças ao professor que me ajudou, assim, a ter a ideia, assim, que eu também poderia fazer esporte. [...] Esse professor em si me marcou bastante, porque ele fez uma grande diferença pra me mostrar que eu era capaz, que eu podia fazer alguma coisa, então foi bem legal essa parte. (Carla, 27 anos).

Na perspectiva histórico-cultural, as mediações promovidas no contexto escolar são essenciais para promover o desenvolvimento máximo das potencialidades humanas (Garcia, 1989). Nesse sentido, Magalhães (2018, p. 284) afirma que “o professor pode e deve intervir nos conteúdos trazidos pelas crianças de modo a caminhar na direção da emancipação humana.” A figura do professor/a assume um papel contraditório, sendo muitas vezes vista como mediadora de

processos que potencializam a personalidade, como ocorreu com Carla e o incentivo do professor de educação física em sua trajetória. Por outro lado, o professor pode exercer uma mediação limitante e alienante, como relatado nas experiências de Maura, Carla, Leonora e Nise. O capacitismo presente no relato de Carla também expõe a falta de conhecimento e preparo para lidar com pessoas com deficiência, que até recentemente era um tema insuficientemente explorado no ambiente educacional.

Não somente na esfera escolar são evidenciadas barreiras nos vínculos com o mundo. Esta análise é essencial para compreender não apenas as manifestações fenomênicas e características dos estados ansiosos e depressivos - relatados por Maura, Nise, Adelina e Maura desde a infância -, mas também as respostas do meio social em que estavam inseridas. Esse processo é imprescindível para indicar como, a partir das experiências de violência e trauma, as respostas sociais, de forma dialética, possibilitaram que essas mulheres acessassem significados durante as atividades e relações e formassem sentidos ao que vivenciavam. Assim, instituições como escola e família podem assumir papéis contraditórios: ao mesmo tempo que deveriam ser espaços de humanização e proteção, foram também de violências ou negligências, minimizadas ou deliberadamente impetradas. A violência psicológica por parte de familiares aparece nas histórias de todas as entrevistadas. Somadas às experiências de violência sexual descritas anteriormente, o locus familiar, desde tenra idade na história das mulheres entrevistadas, ganha destaque na construção do panorama em que se inscrevem as determinações da depressão e ansiedade.

Por outra faceta deste prisma, são destacadas pessoas da família que atuaram de forma protetora, ainda que, por vezes, com alguns conflitos. Carla menciona que sua mãe buscou sempre impulsioná-la, buscando novas opções de tratamentos, como quando conseguiu com o hospital [nome suprimido], levando Carla mensalmente de ônibus até o local. Não somente membros da família nuclear, mas avós, avôs, primas e tias ganham notoriedade como figuras protetoras no desenvolvimento das entrevistadas quando meninas. Adelina, como pessoa preta, ainda ressalta que sua mãe teve papel fundamental em seu processo afetivo-cognitivo de compreender/sentir o racismo, de forma que essa mediação atuou de forma protetora ante as vivências violentas e racistas na escola.

"Acho que só quem veio para me fortalecer. Eu não ligo muito para falar da minha cor, tô nem aí. Eu gosto de mim, eu gosto da minha cor. Eu me aceito. Quer falar, vai". (Adelina, 19 anos).

Nos anos seguintes, entre 10 e 12 anos, nas entrevistas com Maura e Leonora, foram feitas sinalizações à falta de mediações sobre educação sexualidade e saúde sexual e reprodutiva (temas da menarca e reprodução, autonomia sobre o corpo e desejo sexual, moralidades do patriarcado, etc.), tanto no âmbito familiar como escolar. Estes dados indicam que a falta de informações agravou dificuldades, na história de Maura, inclusive, sobre os abusos que havia sofrido.

E eu como... fui ingênua, minha mãe nunca me ensinou nada. Porque minha mãe [...] bem antigo, né? Então, ela não deu instrução de nada, né? Eu pensava “meu Deus, ele me tocou, agora eu tenho que casar, né?” (Maura, 65 anos).

A primeira vez que eu menstruei foi, não foi na escola, foi em casa, e eu perguntei pra ela, ela falou assim que eu tava virando mulher, e que dali por diante eu ia virar uma sem vergonha, e falou assim “começa a comprar absorvente”. A minha irmã mais velha já usava, a Rose que falou, falou assim não, é assim que usa, é assim que põe na calcinha o absorvente e você vai usar, mas a minha mãe não. (Leonora, 28 anos).

Em síntese, as fases de desenvolvimento na infância das entrevistadas revelam acontecimentos com a decorrente produção de sentimentos de tristeza em períodos prolongados e ocorridos desde cedo. Maura associa o início desses sentimentos aos abusos sexuais sofridos e ao abandono escolar forçado pelo trabalho infantil. Maria, por sua vez, relaciona suas vivências prolongadas de tristeza aos abusos cometidos pelo padrasto. Já Nise e Adelina, cujos sintomas estão predominantemente circunscritos à ansiedade, relatam manifestações ansiosas desde a infância, intensificadas pelas experiências de *bullying*, isolamento e racismo.

Nas histórias de vida, notam-se processos de internalização significativa de valores machistas, racistas, misóginos, tornando-se conteúdos da personalidade, expressos em falas e condutas de terceiros, com decorrentes sentimentos de sofrimento. Juntamente, ocorrem, em menor quantidade, mediações sociais (atividades, símbolos, significados) que pudessem oferecer empuxos reversivos de tais situações, valores e sentimentos, como suportes capazes de dinamizar interpretações de significados e formulações de sentidos na direção da resistência e da luta pessoal ou coletiva contra as violências psicológicas e físicas vivenciadas. O meio social imediato, por vezes, reforçou e validou os ocorridos de forma a naturalizar e minimizar a violência sofrida, mesmo que tenham ocorrido relações de amparo. Em outros momentos, respondeu de forma a reativizar a mulher ou minimizar seu sofrimento, como nas histórias de Maura, quando sua mãe, apesar de tê-la acolhido

diante da violência do pai, pediu que guardasse sigilo da situação e não a incentivou a adotar uma postura emancipatória e não alienante após os abusos dos tios e irmãos. Situação semelhante ocorreu na história de Carla, quando a mãe a acolheu em relação à violência, conversando com o irmão, mas não dando outros encaminhamentos para o abuso.

Entre os eventos que obstruíram o desenvolvimento infantil das entrevistadas, destacam-se as limitações impostas às atividades de brincar e ao jogo de papéis, cujas fantasias eram, muitas vezes, expressões de dissociações do pensamento, com o objetivo de buscar proteção diante das violências. Os jogos de papéis, por exemplo, frequentemente se estruturavam em torno das idealizações do casamento e da maternidade, vistas por Maura e Maria como passaportes para uma vida com mais bem-estar, longe dos abusos sofridos no ambiente familiar. Essas dinâmicas refletem as bases histórico-sociais das fantasias e como estas podem funcionar tanto como uma estratégia de “sobrevivência psicológica” momentânea, por meio do esforço para “esquecer”, “não pensar” ou “não sentir” a realidade vivida, marcada por restrições e obstruções em contextos violentos.

Durante a crise dos 7 anos, descrita por Vigotski (2024) como um período crucial para a internalização mais profunda das relações com o mundo externo, o sofrimento decorrente dos abusos pode ter comprometido as aquisições desenvolvimentais esperadas desse período. Isso pode ter cristalizado formas de pensar e sentir marcadas pela submissão e pela sensação de desamparo, refletindo formas de opressão “amarradas” entre si (metáfora do nó de Saffioti). Esse impacto é evidente nas narrativas das entrevistadas, apontando interferências significativas na formação da consciência de si e no posterior início da construção da autoconsciência. Esses processos configuram-se por atravessamentos dos estereótipos e desigualdades de gênero, raça/etnia e classe, somados a outras formas de opressão, como capacitismo e LGBTfobia, que imprimem características distintas aos trajetos individuais.

Nas análises subsequentes, serão exploradas as etapas de desenvolvimento na adolescência, com foco em como esses atravessamentos moldaram a continuidade da formação psíquica e da subjetividade.

Adolescência

A adolescência é marcada como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, iniciando, em geral, após a crise dos 13 anos, sendo acompanhada pela maturação sexual, pela inserção nas dinâmicas de trabalho e pela estruturação de uma concepção de mundo. Esses elementos trazem novas motivações, interesses e forças motoras que influenciam diretamente a conduta e a complexificação da personalidade no período adolescente. Nesse período, as funções psíquicas passam por uma reorganização significativa, especialmente no que diz respeito à capacidade de formação de conceitos e desenvolvimento da dialeticidade do pensamento, permitindo à pessoa adquirir consciência da dialeticidade da vida e de seus próprios pensamentos no desvelamento das conexões de si com a realidade material e simbólica. Segundo Elkonin, a atividade dominante nessa etapa envolve a comunicação íntima pessoal e a atividade profissional e/ou de estudo, as quais orientam o desenvolvimento psíquico. Por meio dessas atividades, mediadas pelas relações sociais, a/o adolescente se compara com pessoas adultas e seus pares, um processo que imprime profundamente a construção de sua personalidade. Essa análise será seguida observando as especificidades apresentadas, tendo o pressuposto conceitual e metafórico do “nó”.

São duas as principais crises associadas ao período da adolescência, identificadas aos 13 e 17 anos. Na crise dos 13 anos, ocorre um maior entrelaçamento do pensamento abstrato, em formação, com o pensamento concreto predominante na infância. Essa transição, mediada pela socialização e pela linguagem, possibilita o desenvolvimento de uma criticidade mais profunda, baseada no reconhecimento de si enquanto personalidade, em relação ao mundo externo. Segundo Vigotski (2024):

O pensamento abstrato é o primeiro a refletir de forma mais profunda e verdadeira, mais completa e multilateral a realidade que se revela diante do adolescente. Ao abordarmos as transformações do conteúdo do pensamento do adolescente não podemos ignorar uma esfera que também surge em uma época significativa de reorganização do pensamento como um todo. Trata-se do conhecimento da própria realidade interna. (Vigotski, 2024, p. 806).

Já na crise dos 17 anos, a complexificação das relações sociais e do pensamento abstrato marca a transição para a vida adulta. Nesse período, as dinâmicas de trabalho assumem um papel importante, potencializando os processos relacionados a essa crise. Além disso, ocorre um “polimento” da autoconsciência,

caracterizado pela organização do pensamento abstrato, momento em que a pessoa enfrenta questões ligadas às oportunidades de trabalho e carreira, relações interpessoais e o exercício de autonomia plena.

Nas narrativas das entrevistadas, é evidente o aumento da autoconsciência durante a adolescência, refletido na complexificação das funções executivas superiores mediadas pela linguagem, como atenção e memória, o que se manifesta em memórias mais claras e detalhadas. No entanto, muitas das conquistas culturais que deveriam ser internalizadas nesse período encontram obstáculos e obstruções, principalmente devido às limitações impostas pelas estruturas sociais capitalistas e seus aparatos de inferiorização e subordinação de certos estratos entre os/as trabalhadores/as. Mediações insuficientes e até mesmo prejudiciais (pelo grau de desumanização que imprimem) dificultam, quando não obstruem, o pleno desenvolvimento desses processos no nível individual. Ademais, muitas das dinâmicas já presentes na infância, como *bullying*, isolamento, violências psicológicas, físicas e sexuais, continuaram a afetar as adolescentes, embora tenham assumido novos contornos nesta fase da vida.

Por volta da crise dos 13 anos, alguns processos destrutivos que já haviam ocorrido anteriormente foram referidos como perpetuados e até agravados. Maria relata, nesse sentido, que os abusos que começaram aos 10-12 anos, por parte do padrasto, permaneceram nessa fase da vida. Outros eventos marcantes são descritos a partir dos 14 anos. Nessa idade, Aurora descobre, por intermédio de uma tia, que sua mãe teria tido um caso com outro homem e que seu pai provavelmente não era seu pai biológico, algo que, segundo a tia, seria evidenciado pela diferença em sua cor de pele: “*Cês nem neto do pai não são, porque você é morena – você é filha do Nando*” (*sic*). Aurora comenta emocionada que, apesar dessa revelação, seu pai nunca a tratou de forma diferente e sempre foi um grande apoio em sua vida. É notável que esse evento, que marca sua distinção também no seio familiar, pela intersecção da auto-identificação racial, marca seu processo de construção da personalidade. A esse respeito, Costa, Queiroz e Muniz (2024, p. 7), afirmam produzir-se um complexo de inferioridade da pessoa negra, em decorrência de estruturas sociais de subordinação-opressão, análogas a um nó de elementos econômicos, culturais e psicológicos:

Para que ocorra o processo de desalienação do negro, é preciso reconhecer a realidade econômica, social e psicológica da população. Pois, se existe um complexo de inferioridade da pessoa negra, ele se dá pelo viés econômico e pela interiorização dessa inferioridade. O importante é entendermos de antemão que essa situação não foi gerada pela população negra. Em decorrência da atuação do colonizador, desde o processo histórico da escravização, as pessoas negras passam por um estado de alienação relacionado às suas autoimagens, que foram distorcidas e inferiorizadas.

Aos 14 anos, Carla mudou-se de Curitiba para Araucária, experiência que inicialmente considerou difícil devido à maior distância percorrida e à insegurança do novo bairro. Contudo, a mudança trouxe aspectos positivos: a nova escola era muito mais acessível, permitindo que ela frequentasse espaços como a biblioteca, inacessível na escola anterior em Curitiba por causa das escadas. Além disso, Carla encontrou um ambiente mais acolhedor, com colegas que a convidavam para passar o recreio juntas, e teve acesso a novas mediações culturais, como aulas de teatro e outras atividades extracurriculares. Por outro lado, a mudança interrompeu seu acompanhamento no hospital de referência que era realizado por meio de correspondências via correio, resultando em um declínio nas oportunidades de desenvolvimento de sua autonomia, conforme relata.

Um marco significativo após a crise dos 13 anos é o início do desenvolvimento afetivo-sexual. Espaços de convivência social, como a escola e atividades extracurriculares, impulsionam novas formas de relacionamento, que acompanham esse processo. Leontiev (2009) destaca que a emergência de interesses afetivos e sexuais na adolescência é um reflexo da mudança na estrutura de motivações do indivíduo, que passa a atribuir novos sentidos e significados às suas relações, agora marcadas pela busca de identidade e autonomia. Maura, cujo universo social era limitado às relações no bairro e entre irmãos, destaca o início das "paqueras" como um evento importante, mesmo fora do ambiente escolar.

De bom, da adolescência... Foi as primeiras paquerinhas, né? A gente começa a se interessar por alguém e tal né, mas não foi nada..., que eu amava ajudar nos namoros dos irmãos mais velhos. (Maura, 65 anos).

As participantes entrevistadas se relacionam majoritariamente com homens, sendo uma limitação deste estudo a observação de experiências diversas no processo de organização da orientação afetivo-sexual e de gênero, presentes apenas na trajetória de Adelina, que se define como pessoa não-binária e assexuada. Segundo ela, desde os 14 anos, percebeu que não sentia partícipe nas dinâmicas de

paquera de suas amigas, reconhecendo que seu interesse não era sexual, mas afetivo, voltado para o desejo de estabelecer relações de trocas.

Ademais, é possível notar uma diferença geracional nas expectativas relacionadas ao matrimônio, experiências sexuais e à maternidade. O sentido do casamento (instituição com significado social de estabilidade, segurança, seriedade), como uma forma de "salvação", especialmente nas histórias de Maura e Maria, de 65 e 58 anos, respectivamente, parece ter sido reforçado, mesmo que contraditoriamente, pelas violências sexuais que sofreram ainda no contexto familiar ("somente minha própria família, via o meu casamento, me salvará da família primária"). Para as participantes mais jovens, não foram relatadas experiências com conteúdo semelhantes acerca do matrimônio ou maternidade. No entanto, as expectativas em relação aos estudos e à carreira profissional tornam-se mais proeminentes, o que indica mudanças culturais sobre o que podem as mulheres, possíveis mediante sua maior incorporação na produção social e nos espaços públicos da esfera do trabalho remunerado.

No contexto da nova escola, com mais amizades, Carla teve seu primeiro relacionamento aos 14 anos. Ela descreve essa experiência como tranquila, com algumas discordâncias religiosas que levaram ao término do relacionamento. No entanto, o capacitismo experimentado por via de preconceitos manifestados por sua sogra, foi uma questão explícita durante esse período:

Eu tive outro relacionamento na minha adolescência, era tranquilo, a gente acabou tendo alguns conflitos por conta de religião e algumas coisas e acabamos terminando. Nesse meu primeiro relacionamento, a minha ex-sogra falou que só se fosse por cima do cadáver dela eu se casar com o filho dela, porque eu não poderia dar netos pra ela e ela não queria uma pessoa como eu na família dela, esse é um dos comentários que eu já escutei bastante. (Carla, 27 anos).

Aurora conheceu seu primeiro namorado e futuro pai de seus filhos aos 15 anos, quando ele trabalhava em um açougue que ela frequentava no centro da cidade. Apesar das orientações do seu pai para que não namorasse, o rapaz conseguiu conquistar a confiança de sua família, principalmente dele, seu pai. Após um tempo, o rapaz a convenceu a ter relações sexuais, da qual não se lembra. O relacionamento acabou se tornando uma grande decepção para Aurora, já que ele a deixou pouco depois, e em seu entendimento (tipicamente do patriarcado capitalista)

ela havia sido trocada por outra garota. Com o tempo, reataram, mas o relacionamento não durou por muito tempo.

Daí aconteceu que, eu, ele, ficou comigo lá, transemo lá, tudo, eu não tinha noção do que era, doutora, transar, sabe? Ter relações, assim. [...] então, ele falou "vamo pro outro quarto, que ficamos só com nós". E daí ele acho que transou comigo lá, nem lembro assim sabe, e daí né, daí começou a namorar, mas aquele namoro assim, sem saber de tudo. (Aurora, 60 anos)

Após reatarem o relacionamento, Aurora foi convencida de que seria pedida em casamento pelo namorado. Segundo ela, o namorado permaneceu iludindo-a, fazendo inúmeras juras de amor, contudo, sem ações condizentes com o que ela ansiava. Porém, no dia em que deveria registrar o casamento em cartório, com 15 anos, ela explica que compreendeu que havia, até então, sido enganada:

E o nó na minha cabeça de novo, daí ele começou a frequentar a nossa casa, disse que ia casar comigo e tudo. Meu pai até fez uma "meiada" para nós morarmos lá, mas quando chegou a hora de pegar o registro para vir aqui, onde era para fazer – porque lá não faziam o registro de casamento para menores, né, porque eu tinha 15 anos... – ele veio junto, e quando chegamos no cartório, ele disse que tinha esquecido o registro de casamento... Imagina, andamos 70, 80 km, e tivemos que voltar. Aí eu descobri que ele tinha se casado com a outra... Mentindo, mentindo." (Aurora, 60 anos)

Leonora comenta que o desejo sexual lhe ocorreu aos 14 ou 15 anos, em sua fase de rebeldia, mas que não permaneceu o mesmo, com o passar das experiências seguintes. Em sua concepção, o sexo muitas das vezes é voltado principalmente para o prazer masculino, com poucas experiências outras de conexão, conversas profundas ou momentos de intimidade, prazerosos a ela (em referência aos significados sociais do amor romântico), como relata:

Porque já que eu não tenho desejo sexual também... [...] Até com meu ex marido era bem difícil mesmo, eu ficar... ativa. Era bem difícil mesmo. Era mais na minha adolescência, ali entre os quatorze, quinze anos, era diferente. Só que daí depois, conforme eu fui pegando uma idade, foi assim passando. [...] eu acho que eu não quero ter mais ninguém na minha vida, eu acho que eu não tenho mais desejo sexual por ninguém, por que? Porque homem só quer saber de pegar a gente, levar pra cama, tomar um banho e ir embora, e ir embora pra casa deles, pronto. Nunca pergunta, quer uma massagem? Você tá bem? Essas coisas. (Leonora, 28 anos)

Como evento que pode auxiliar a compreensão da construção do significado de vida-desejo sexual para Leonora, cabe destacar a violência sexual que lhe ocorre aos 15 anos. Não somente a tentativa do abuso é destacada em seu conteúdo violento, mas também a pressão e as ameaças que sofreu por parte do abusador após o ocorrido. Leonora nunca havia comentado com ninguém o ocorrido, até esta entrevista, e relata:

Quando eu tinha, eu acho que eu tinha uns 15 anos, um cara, ele me pegou, me levou no meio do mato e ele tentou abusar. [...] E eu falei que não, eu falei que não, ele queria que eu fizesse um boquete nele e eu não quis, eu vomitei em cima dele, e daí ele me empurrou, me chamou de nojenta e tudo mais, e abriu a porta do carro e me jogou pra fora e saiu, isso era numa estrada de chão, assim ele me abandonou no escuro, e eu falei “Meu Deus, e agora? [...] mas o cara voltou, me ponzou no carro e falou assim “Eu sei muita coisa do teu irmão, da sua família, eu sei de tudo os podre dos teus irmãos, dos teus amigos, sabe? Se você abrir o bico, principalmente quem vai dançar vai ser o seu irmão”. (Leonora, 28 anos).

Nas narrativas de Maura e Maria, **seus primeiros relacionamentos românticos e/ou sexuais**, que posteriormente se tornaram seus esposos, são descritos como românticos, afetuosos e sem conflitos significativos. A vivência do amor romântico durante a adolescência é retratada como um elemento protetor, contrastando com as experiências familiares destrutivas vivenciadas antes e, para algumas, também depois. O cortejo, as paqueras no portão de casa e a troca de presentes são lembranças especialmente acalentadoras pelas participantes. Maura, por exemplo, conheceu seu futuro marido no bairro onde morava, por meio de amigos em comum com seus irmãos mais velhos.

[...] ali com 16 anos, mesmo criança brincando de boneca e comecei a namorar. Foi a fase, né, pra mim era novidade, era meu príncipe encantado, aquela coisa. Daí... Ele era muito romântico, ele chegava com um disco pra ouvir, cada vez que fazia um aniversário de namoro, ele trazia um disco que eu gostava, das músicas do Roberto Carlos, ele tinha a coleção inteirinha, sabe? (Maura, 65 anos).

Maria começou a namorar aos 16 anos e casou-se no ano seguinte, aos 17, permanecendo casada até hoje, com 40 anos de matrimônio. Segundo seu relato, o marido sempre foi um grande apoio em situações familiares, acolhendo-a diante dos abusos que sofreu e sendo uma das poucas pessoas com quem compartilhou essas experiências. Ela menciona que, até os dias atuais, o marido faz questão de não permitir que ela visite a mãe sozinha, já que esta ainda mora com o padrasto, mantendo-se vigilante quanto à proteção de Maria. Seu padrasto, que a abusava

constantemente, antes de que ela se casasse, ainda insinuou que tiraria sua virgindade, na ocasião das vésperas dela se casar.

Daí quando eu fui casar. Eu casei, daí ele falou assim: agora você pode se entregar, agora você vai casar. Daí eu falei não. O meu marido, vai ser o meu marido pra hoje e pra sempre, o meu marido. Você não vai tocar a mão em mim. Daí a gente, casei, virgem, comum antigamente, né? (Maria, 58 anos)

Nos relatos das participantes mais jovens, como Carla, Nise e Leonora, o receio de engravidar durante a adolescência ou contrair uma infecção sexualmente transmissível (IST) surge como uma preocupação significativa, o que não se evidenciou nas entrevistadas com mais idade. Pode-se hipotetizar que o acesso a informações, mesmo que não intencionalmente mediadas por meio de educação sexual formal, contribuiu para essa diferença geracional em relação às participantes mais velhas, além de suas vidas individuais serem positivamente afetadas pelos avanços na luta feminista para combater práticas e valores patriarcais e na maior autonomia das mulheres a partir da ampliação de seu acesso à educação, trabalho e renda. Isso evidencia a importância, além das mudanças sociais históricas, também de que cada pessoa acesse mediações intencionais e sistemáticas, como as realizadas por unidades de saúde, escolas e outros serviços públicos, cujas ações inclusive se materializam em insumos que afetam positivamente a vida, no fortalecimento da consciência sobre sexualidade, os direitos das mulheres e na valorização das conquistas sociais feministas de uma geração à outra.

Eu não engravidei porque eu sabia que se eu engravidasse eu tinha que arcar com as consequências, quando eu conheci o Rafael, eu me permiti, a gente transar sem camisinha, mas com os outros cara, não. Toda vida foi com preservativo, que eu tinha medo de pegar doença, isso aí eu sempre tive consciência, mas ela nunca chegou e falou, ó, é perigoso você pegar doença, é perigoso você engravidar, você é novinha, então eu sempre tive aquela consciência. (Leonora, 28 anos)

A “rebeldia” é uma característica apontada em algumas histórias, especialmente nas narrativas de Carla e Leonora, sendo representada como uma forma de resistência a algumas configurações sociais impostas.

Leonora compartilha que vivenciou uma “fase rebelde” no início da adolescência, quando passou a testar seus limites, iniciando seu primeiro namoro aos 14 anos. Ela relata que sua crise existencial foi se intensificando, e, como consequência, começou a utilizar álcool, cigarros e outras substâncias. A desvalorização da escola, ou a perda de motivos geradores de sentidos a ela

associados, significado em relação a ela, pode ter sido um elemento fator que contribuiu para esses comportamentos. Além disso, sua relação com a mãe era bastante conflituosa, marcada por pouco afeto, sendo Leonora responsabilizada sozinha por seu cuidado e reprodução, com o apoio eventual de sua irmã. Sua primeira relação sexual, assim como a de Aurora, também tem atravessamentos imbricados no patriarcado, afetados pela ausência de mediações adequadas de educação sexual.

Daí eu arrumei um namoradinho, o Sandro, e daí um dia a minha mãe e a minha irmã tava discutindo comigo, eu falei assim "Hoje, é hoje, hoje eu vou parar de ser besta, eu vou parar de ser virgem, eu não vou ser virgem mais", [...] eu fui com aquilo já na cabeça assim, e eu falei pra ele, falei, a gente chegou na casa dele, os pais dele não tavam, que os pais dele trabalhavam no sítio e a irmã dele tava na casa do namorado, e a gente começou a se beijar ali, e foi acontecendo, eu fui tirando a roupa, ele falou "Aqui não", eu falei assim "Mas eu quero", daí ele falou "Mas eu sou de maior, você sabe o problema que isso vai me dar porque você é de menor?" (Leonora, 28 anos)

As condutas de rebeldia podem ser compreendidas como parte do processo de crise da adolescência, um momento de reorganização interna e externa, marcado pelo esforço em compreender as contradições da realidade que as cerca. Sob a perspectiva da psicologia histórico-cultural, esse "rebelar-se" pode ser analisado como resistências da personalidade, na busca por novos sentidos e significados que auxiliem na sobrevivência e no enfrentamento das condições materiais e culturais de vida. Isso inclui as contradições entre o mundo adulto e os anseios juvenis, contradições originadas por desigualdades múltiplas e por tendências amplificadas de alienação, desumanização e inferiorização de alguns grupos, que servem aos interesses da dominância do capitalismo e de sua sociabilidade, que demanda valores conservadores e opressores. Em contextos de pobreza e/ou desigualdades sociais de diversas ordens, como os vividos pelas participantes, essa rebeldia pode carregar significados de resistência a condições adversas e de enfrentamento às limitações impostas pelo gênero, pela classe ou pela raça/etnia, assim como nas limitações impostas pelo capacitismo, na história de Carla, ou pela LGBTfobia, na história de Adelina.

Para Carla, a rebeldia estava conectada à complexificação das relações sociais, impulsionada pelo novo contexto escolar, onde fez mais amigos e amigas, o que também ampliava sua percepção das opressões estruturais que enfrentava. Já no caso de Leonora, a ausência de atenção e cuidado por parte da mãe impulsionava seus comportamentos rebeldes e revoltados, como sair, beber e fumar. Isso sinaliza

como vínculos fragilizados com o mundo podem intensificar ações autodestrutivas e, em alguma medida, também desafiadoras da ordem social, que, mesmo de forma intuitiva e pouco racional, se identifica como danosa à própria existência. É uma busca certamente “desorganizada” por denúncia, ajuda, autonomia ou validação social.

Eu fazia curso de teatro com meu amigo que eu tenho até hoje, a gente às vezes saía gazejar aula, a gente era meio fora da casinha, mas a gente gostava de sair bastante, esse meu amigo ele chamava na frente de casa pra sair, passear, então era bem legal essa época. (Carla, 27 anos).

Então fui bem, uma adolescente bem rebelde, por que? Porque daí a minha mãe parecia que ela só via a Rose (irmã), que a Rose era inteligente, a Rose fazia curso de informática, que a Rose fazia curso de culinária, que a Rose fazia curso de pintura, que a Rose fazia as coisa e eu, eu só dava trabalho, só dava desgosto, que pena, era assim que eu falava, e aquilo só foi piorando, só foi piorando (Leonora, 28 anos)

Ainda nesse sentido, Melo *et al.* (2024) complementam que a “rebeldia” frequentemente atribuída aos adolescentes está intimamente conectada às expectativas sociais e aos vínculos estabelecidos com pessoas adultas. Conforme Assis *et al.* (2003), a disseminação de características associadas à adolescência faz com que os próprios adolescentes incorporam e reproduzem esses comportamentos, ajustando-se ao que é esperado pela sociedade, ou se negando a atender tais expectativas. Assim, jovens internalizam essas ideias socialmente construídas como uma expressão autêntica de quem são, o que reflete a eficácia ideológica desses conceitos. Da mesma forma, adultos, como pais e professoras/es, também assimilam esse ideário, o que prejudica a percepção das reais capacidades de adolescentes concretos e resulta na perpetuação de comportamentos esperados por ambas as partes.

Não somente os relacionamentos afetivo-sexuais apresentam contradições significativas que marcam o desenvolvimento da personalidade das mulheres entrevistadas. No campo das amizades, a maturação de posições mais refletidas criticamente, levou muitas vezes a fissuras ou rompimentos nos relacionamentos de amizades ou amorosos. Adelina teve uma grande discussão com a amiga de infância com quem estudou até o ensino médio.

Ah, eu tive muitas perdas de amizade na adolescência, sabe, depois do fim do ensino médio, eu me afastei de muita gente que sei lá, a gente cresce, muda, né? (Adelina, 19 anos)

Segundo Adelina, sua amiga se envolvia em comportamentos perigosos, como manter um relacionamento com um homem de 42 anos quando tinha apenas 17, sair

para festas e beber, entre outros. Ela também sentia que a amiga a tratava como um objeto, esperando que seguisse suas ações sem questionamentos. Quando tentou alertá-la sobre os riscos desses comportamentos, a amiga acusou-a de inveja, chegando a difamá-la para toda a turma. Após a briga, Adelina sofreu com a exclusão, pois a turma ficou do lado da amiga, que era branca e “vestia roupas cor-de-rosa”. Em sua percepção, como mulher preta e LGBT, acredita que sua marginalização teve raízes no racismo, classismo e na LGBTfobia, aspectos que marcaram a dinâmica de seu afastamento social.

Porque daí ela é branca, ela é fofa, ela tem o jeito carismático, o cabelo rosinha...ela nunca falaria uma coisa dessas. E sempre foi assim. Sempre que ela brigava, surtava, teve uma vez que a gente era criança, que eu já queria cortar a amizade com ela, porque eu não podia ter outras amigas. Eu era cachorrinho dela, eu era o cão guarda, eu era... como que eles se chamavam na escola? Sapatão, que andava na sombra da... da... da branquinha. Eu quase já apanhei por causa que as meninas não gostavam dela e como andava com ela eu ia apanhar junto. (Adelina, 19 anos)

Sempre me falaram que era sapatão, ai, porque você é totalmente o oposto dela, logo é sapatão...sempre foi assim. Nenhum dos meninos nunca se aproximou de mim por interesse, sempre interesse nela. Porque ela era a garota dos sonhos, eu diria, perfeitinha, notas boas, família boa, bem de vida, e é branca!, porque ninguém ia pensar "vou ficar com aquela lá..." (Adelina, 19 anos).

Segundo Nise, o ensino médio foi menos doloroso que o ensino fundamental. Em seu relato, a formação e a consolidação de um grupo de amigas, que permanecem próximas até os dias atuais, foram elementos fundamentais para superar as vivências de *bullying* e isolamento que marcaram sua trajetória no ensino fundamental. Esse apoio coletivo foi essencial para ressignificar experiências de exclusão e fortalecer seus vínculos sociais.

No primeiro ano até o terceiro ano eu sentei na primeira carteira, porque eu não tinha ninguém, aí eu consegui fazer amizade com uma menina, até a metade do ano. Daí ela foi embora, aí eu, aí foi a Bru que entrou, pra... Daí começou, daí o segundo ano eu estudei com ela, aí estudei com outra menina, daí a gente já tinha um grupinho já, até o terceiro ano, daí. [...] daí eu não ficava mais sozinha. Eu sempre ficava no meu canto, daí eu não ficava mais sozinha, eu tinha alguém nem que só pra comer pra comer um lanche, tinha alguém ali... ensino médio eu consegui mais socialização, eu consegui ter amigos, digamos assim. Colegas, tudo. Foi, acho que foi menos... não é doloroso, é... é foi menos doloroso que o ensino fundamental. (Nise, 27 anos)

As vivências de *bullying* das entrevistadas tornam-se menos frequentes com o avanço da adolescência. Para Nise, um marcador importante foi a cirurgia plástica realizada em um hospital de referência na capital, que proporcionou uma nova

percepção de si mesma e ajudou a promover novos arranjos sociais de amizade. Na história de Adelina, os colegas que a praticavam *bullying* pediram desculpas posteriormente. Ela acredita que o *bullying* cessou também devido ao desenvolvimento dos colegas, mas, além disso, à sua exposição de uma nova condição estética, mais valorizada socialmente na lógica machista, com certos atributos estéticos da mulher que, em alguma medida, “concorreram” com os atributos raciais negativados:

E, depois, fui ficando mais velha e foi parando essa coisa de bullying talvez porque os meninos se tocaram que não tinha graça e vieram ser meus amigos. Pediram desculpa por ter feito o bullying, e também porque tavam interessados em mim, corpinho magrinho, lindinho, e então, eu já não tava muito assim... "é, sai pra lá" mas minha mãe sempre me explicou que isso ia acontecer a vida toda, minha diretora me ajudou um tempo também, porque ela também é uma mulher negra. Ela fez palestra, porque tinham outros alunos que sofriam bullying. (Adelina, 19 anos).

Um ponto importante nas entrevistas diz respeito às **vivências de luto por perdas materiais e subjetivas, de pessoas, de experiências etc. durante essa fase do desenvolvimento**. O luto, como descrito pelas participantes, reflete uma complexificação da experiência existencial, frequentemente se apresentando em um contexto de crise, que se aproxima das vivências típicas da crise de identidade aos 17 anos. Esse processo de reelaboração material, concreta, especialmente no contexto familiar, acompanha uma reelaboração conceitual e emocional. Segundo Netto e Souza (2015, p. 190-191), jovens têm dificuldade em lidar com algumas formas de luto, principalmente àquelas relacionadas às formas repentinas de morte (acidentes, homicídios e suicídios) e também as chamadas perdas dramáticas. Aos 17 anos, Aurora perdeu a mãe, que tinha 39 anos, vítima de câncer. Também aos 17 anos, Nise perdeu a avó, com quem tinha um vínculo muito próximo, inclusive compartilhando uma relação religiosa na igreja. Adelina perdeu o avô aos 18 anos, vítima de um ataque cardíaco, que, segundo ela, ocupava o lugar de uma figura paterna, uma vez que sua relação com seu pai era distante. Esses lutos não são apenas eventos de perda, mas também momentos que desencadeiam transformações profundas no entendimento de si mesmas e no papel da família em suas trajetórias. Como apontam Domingos e Maluf (2003), em uma pesquisa com adolescentes entre 13 e 18 anos, experiências de ansiedade e medo da morte são comuns após a perda repentina de uma pessoa próxima.

Segundo Nise, suas crises de ansiedade mais intensas começaram com o processo de adoecimento de sua avó, que estava debilitada. Após uma briga com a tia, que apresentava comportamentos que irritavam os avós, Nise relata ter vivido uma crise de ansiedade tão forte que desmaiou. Seu quadro ansioso, segundo ela, piorou após a morte da avó, com quem mantinha conversas tranquilas que a ajudavam a lidar com momentos de desorganização. Para Adelina, a perda do avô foi profundamente sentida, e ela comenta, emocionada, durante as entrevistas, que gostaria de ter tido mais tempo com ela. Essa perda também agravou o distanciamento com o pai, que, embora morasse na mesma casa, já se mostrava distante desde o final da infância. Além disso, o relacionamento conflituoso do pai com o avô fez com que Adelina adicionasse um novo peso à aversão que sentia em relação a ele. Esse processo de luto gerou um impacto significativo nas relações familiares, refletindo como as perdas pessoais podem interagir com questões de vínculo e conflitos preexistentes.

No capitalismo tardio, frequentemente há uma confusão entre os conceitos de autonomia e independência, especialmente quando se observa a ideologia neoliberal que predomina nas sociedades contemporâneas. A independência, dentro dessa perspectiva, está atrelada à noção do *self-made man*, ou seja, à ideia de que a pessoa deve ser totalmente responsável por sua trajetória, sem depender de apoio externo. Este conceito frequentemente se cruza com o discurso da meritocracia, em que o sucesso ou fracasso de uma pessoa é visto como resultado de seu esforço pessoal, ignorando as desigualdades estruturais. Por outro lado, a autonomia, segundo uma perspectiva histórico-cultural, está relacionada a um processo de construção coletiva da individualidade, em que a pessoa se torna cada vez mais autônoma à medida que estabelece vínculos mais diversos e significativos com o mundo. Essa visão reconhece que a autonomia não é uma conquista isolada, mas uma construção socialmente mediada e contextualizada nas relações e no acesso a recursos coletivos.

A questão que se coloca é: em uma sociedade que valoriza a *independência*, especialmente no contexto da adolescência e início da vida adulta, mas que não proporciona as condições necessárias para o desenvolvimento pleno e mediado,

quais são as reais possibilidades de preparação das gerações mais novas para “enfrentar o mundo”?

Eu acho que esse é um contraste que tem da vida de criança, adolescente e adulto. Tipo, eu nunca fiz as coisas tudo sozinha, e agora estou tentando fazer as coisas sozinha, é tipo um baque, assim, sabe? (Adelina, 19 anos)

Como evidenciado por Souza e Silva (2019, p. 10), em uma sociedade voltada para o consumo, a adolescência é frequentemente associada a ideais de liberdade e autonomia, mas, ao mesmo tempo, são impostos limites ao efetivo exercício dessa autonomia. Elas afirmam que a cultura da adolescência é formada por valores que exaltam essas qualidades, mas, paradoxalmente, também limitam as oportunidades dos jovens de participarem ativamente nos espaços sociais (Souza; Silva, 2019).

Seguindo essa análise, é possível perceber que a aproximação das mulheres com as dinâmicas de trabalho e as possibilidades concretas de profissionalização e/ou graduação adiciona novas camadas às análises assentadas na indissociabilidade da exploração capitalista e das opressões (metáfora do nó). As expectativas profissionais das mulheres com mais idade, como Maria, Maura e Aurora, refletem as diferenças geracionais e são marcadas pelas barreiras educacionais e profissionais obstrutoras de certos movimentos em suas vidas. Como relatado por Maura e Aurora, ambas só conseguiram ingressar em cursos profissionalizantes após a primeira infância de seus filhos, um reflexo das condições históricas e sociais que restringiram mais, no passado, na comparação com os dias atuais, o acesso de mulheres a espaços de formação e qualificação profissional. No caso de Maria e Maura, ambas foram donas de casa - Maura por um curto período, até o divórcio, e Maria até os dias atuais. Para essas mulheres, as expectativas em relação ao mundo do trabalho eram relativamente baixas, mesmo que houvesse o desejo de profissionalização, como o caso de Maura, que sonhava em se tornar enfermeira. E, além do desejo, o que é mais contraditório, estas mulheres não acessam trabalhos remunerados, mesmo que materialmente elas necessitem de renda. Aqui cabe pontuarmos que na dinâmica econômica de cada momento histórico, por vezes a maior conveniência à reprodução capitalista da exploração das mulheres nos trabalhos de cuidado não pagos, não impulsiona uma dinâmica social de incorporação da força de trabalho feminina no mercado de trabalho explorado remunerado, o que é auxiliado pelas ideologias machistas de inferioridade e

incapacidade feminina para certos trabalhos e enaltecimento de suas “aptidões naturais” para as tarefas de cuidado.

Nas histórias de Nise, Adelina, Leonora e Carla, as preocupações com a profissionalização já datavam na adolescência. O incentivo à profissionalização por parte da família e de pessoas próximas é comumente relatado nas entrevistas. Nise e Carla, por exemplo, prestaram vestibular e seguiram para cursos acadêmicos, mas apenas Nise conseguiu concluir sua formação. Por outro lado, Adelina tem o objetivo de ingressar em um curso de fotografia, um plano em que a equipe do CAPS tem dado apoio. Já Leonora não tinha interesse por cursos de graduação, mas teve incentivo e ao mesmo tempo pressão, especialmente de sua irmã mais velha, para participar de um concurso municipal em sua cidade, o que resultou em sua efetivação como profissional de limpeza.

Aí eu fico pensando assim, como que eu vou arrumar serviço numa empresa e trabalhar? Porque eu já trabalhava antes, eu era babá, depois eu trabalhei seis anos na casa de uma família, eu comecei cuidando de duas meninas, depois eu não aguentava ver eles fazendo serviço e eu esperando as meninas acordar, eu ia ajudar, então eu fiquei seis anos, quando eu saí, eu saí pra entrar na prefeitura num concurso público. (Leonora, 28 anos).

Aurora engravidou aos 18 anos, e logo após o nascimento do filho, seu companheiro encerrou a relação, o que teve o sentido de ser abandonada, dado o fato de que ele se absteve de suas responsabilidades materiais e afetivas como pai. Ela recebeu apoio de seu pai, que a acolheu em sua casa, proporcionando condições de vida para ela e para o filho mais velho. Aurora nunca recebeu pensão alimentícia. Para garantir melhores condições para seu filho, começou a trabalhar em um hotel como camareira, e aos 19 anos, passou a trabalhar em uma boate de prostituição. Este episódio será explorado mais profundamente em outro momento.

De maneira geral, é evidente que existem barreiras significativas ao pleno desenvolvimento das entrevistadas, muitas das quais estão relacionadas à qualidade de seus vínculos com o mundo, das alienações impostas pelas estruturas capitalistas que integram o patriarcado, o machismo, o racismo, o etarismo, etc. Sentimentos como o “absurdo da existência” e a sensação de falta de poder são comuns nesse período da adolescência. Barreiras culturais àquilo que produzimos enquanto sociedade são frequentemente relatadas, com diferenças geracionais e que

acompanham também o curso escolar de cada entrevistada. Nesse sentido, Almeida (2018, p. 292) afirma:

As consequências da alienação sobre o desenvolvimento psicológico são notáveis. A humanização das emoções, por exemplo, está relacionada com a imaginação e o ato criativo, envolvido no trabalho, na arte e na ciência (Vigostki *apud* Silva, 2011). Em uma sociedade em que as produções artísticas – tais como as científicas, filosóficas etc. – são inacessíveis à maioria da população, o processo de humanização dos sentidos humanos e das emoções fica obstruído, conformado à lógica da propriedade privada. (Almeida, 2018, p. 292).

A complexificação das relações sociais muitas vezes pode levar ao agravamento de crises ansiosas e/ou depressivas, como no caso de Nise. Por outro lado, vínculos potencializadores, como o casamento para Maura e Maria, permitiram que violências do passado perdessem o tónus de força perpetuada ao longo da vida, parecem ter “ficado no passado”. A análise continuará abordando os eventos marcantes da vida adulta dessas mulheres.

Vida adulta

O processo de aprendizagem e desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida. Na fase adulta, os processos formadores da consciência e da personalidade, já consolidados em etapas anteriores, continuam a evoluir, adquirindo novas qualidades conforme o contexto e as demandas. Embora não sejam descritas crises específicas nessa fase, argumenta-se que as crises na vida adulta podem estar associadas a transições significativas, como mudanças de trabalho, reconfiguração de papéis familiares (casamento, parentalidade) ou o enfrentamento de limitações físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento. Essas crises marcam momentos de reestruturação psíquica, possibilitando o desenvolvimento de novas capacidades e formas de adaptação - ou desadaptação.

Nesta fase do desenvolvimento, o trabalho desempenha o papel de atividade principal, estruturando o microcosmo social de cada pessoa. Como apontam Rios (2015) e Almeida (2018), a referência de idade para a entrada na vida adulta pode variar conforme o arranjo social de cada pessoa. Para algumas entrevistadas, por exemplo, a inserção no trabalho ocorre desde a infância, assim como as dinâmicas de cuidado e trabalho doméstico, presentes em todas. Tais processos imprimem

condições tanto no desenvolvimento, quanto no sofrimento psíquico das mulheres. A periodização, segundo as autoras, “não é universal e imutável, mas resultado do modo como se produz a vida, pelas relações de trabalho, em cada momento histórico” (Almeida, 2018, p. 289).

O trabalho, segundo Breilh, é um exemplo de processo crítico que assume um caráter contraditório na sociedade capitalista contemporânea. Ele pode funcionar como um processo protetor ao garantir a subsistência da pessoa e de sua família, organizar o tempo, atuar como fonte de aprendizado, entre outros aspectos positivos (facetas protetoras). Simultaneamente, o trabalho também pode ser um processo destrutivo, caracterizado por baixa remuneração, condições estressantes, entre outros fatores negativos (facetas destrutivas). Nesse sentido, “as facetas que se expressam com mais força dependem do caráter ao qual se subordina o modo de vida e a reprodução social” (Almeida, 2018, p. 87).

No capitalismo, o trabalho alienado compromete o desenvolvimento psicológico e a humanização dos sentidos e emoções, impactando todas as esferas da vida. Nesse contexto, o trabalho doméstico, ou trabalho reprodutivo, assume uma qualidade específica na vida da maioria das mulheres brasileiras, sendo historicamente alienado de seu significado. Frequentemente percebido como uma “condição natural” ou expressão de amor de mulheres, esse trabalho é desprovido de valorização e reconhecimento. Assim, a exaustão decorrente das tarefas domésticas, muitas vezes agravada pela sobrecarga da educação parental e pela acumulação com o trabalho externo, resulta em um sofrimento que tende a ser descredibilizado e invisibilizado.

O incentivo à entrada da mulher no mercado de trabalho vem no sentido de correspondência, com facilidade, às novas exigências advindas das transformações no mundo do trabalho. Além de uma suposta passividade considerada natural nas mulheres, a educação destinada às mulheres com o objetivo de dar conta de várias atividades ao mesmo tempo – por exemplo, cuidar dos filhos, da cozinha e da lavagem de roupas simultaneamente – desenvolve a capacidade da polivalência, facilitando o atendimento a essa nova exigência do mercado de trabalho. (Dantas, Cisne, 2017, p. 84)

As exigências pessoais relacionadas ao asseio doméstico, estético e profissional, relatadas nas entrevistas, destacam os desafios da polivalência incorporada ao significado social de ser mulher. As formas de alienação da personalidade, presentes desde a infância e adolescência, assumem novos contornos na vida adulta. Com o pensamento por conceitos já desenvolvido, as contradições vivenciadas pelas mulheres passam a influenciar diretamente a

atribuição de sentido às experiências de vida e a estrutura de seus motivos. Essas mudanças, em um contexto de demandas sociais e culturais intensas, podem resultar em sofrimento psíquico (Almeida, 2018).

Ressaltamos, ainda, a apropriação por parte do capital, de habilidades socialmente construídas nas mulheres para intensificação de sua exploração, como, por exemplo, a polivalência e a melhor adequação ao trabalho realizado em domicílio, expressões de transformações contemporâneas no mundo do trabalho. (Dantas; Cisne, 2017, p. 86)

Com a transição das atividades de estudo para o trabalho, algumas especificidades nas histórias seguem. Entre as quatro entrevistadas que finalizaram o ensino médio, somente Carla e Nise conseguiram ingressar na graduação. Carla queria cursar Psicologia, mas, devido ao valor do curso, que era inacessível para ela, optou por Serviço Social, área com a qual já tinha alguma familiaridade por conta de seu acompanhamento no hospital no DF. Nise tentou o vestibular por quatro anos, expressando as dificuldades de inserção na graduação. Posteriormente, Carla teve que abandonar os estudos, como será relatado adiante. Adelina comenta, nas entrevistas, que deseja cursar fotografia e está buscando formas de viabilizar isso junto à equipe do CAPS, que a incentivou a tentar uma vaga no Instituto Federal do Paraná.

As entrevistadas que conseguiram bolsas de estudos em universidades particulares consideram essa política como um avanço para a inserção na graduação. Contudo, destacam as dificuldades de acesso por meio do vestibular e a insuficiência de bolsas e auxílios permanência durante os cursos técnicos e graduações, indicando a necessidade de políticas públicas mais efetivas nesses aspectos. Leonora destacou que sempre teve preocupação com sua carreira e com o trabalho. Aos 18 anos, prestou concurso público para o cargo de profissional de limpeza, sendo efetivada pouco tempo depois.

Há diferenças entre as gerações no que diz respeito à consideração de profissionalizações. Carla, Nise, Leonora e Adelina, as mais jovens entre as entrevistadas, demonstram preocupações precoces com o mundo do trabalho, muitas vezes incentivadas pelos pais. Isso levanta a questão: era possível pensar em uma profissão nas gerações de mulheres anteriores? Ora, se os obstáculos à educação já eram significativos, como a dificuldade de acesso ao ensino após o fundamental na

esfera pública, as possibilidades de profissionalização eram ainda mais limitadas. Maura relata que chegou a ganhar uma bolsa de estudos para cursar enfermagem, que era seu sonho (*sic*), mas foi impedida pelo pai. A profissionalização da classe trabalhadora se tornou mais difundida nas décadas que se seguiram às gerações de estudo de Maura, Aurora e Maria. Maura e Aurora relatam que se profissionalizaram posteriormente em cursos como auxiliar de cabeleireira, corte e costura, e manicure, realizados em instituições como o SESC e o SENAI. Muitas vezes os relacionamentos afetivo-sexuais, as dinâmicas entre trabalho e trabalho doméstico, além da maternidade, frequentemente atuam como fatores que atrasam ou obstruem a retomada dos estudos, segundo Maura e Aurora.

É nesta fase da vida que também ocorre uma complexificação nos relacionamentos afetivo-sexuais. Adelina relata que os relacionamentos no início de sua vida adulta foram marcados pela dificuldade de compreender e afirmar sua orientação sexual, que é assexual. Ela menciona que seu último namorado era inicialmente um amigo do ensino médio. Após explicar a ele sobre sua sexualidade, no início ele se mostrou compreensivo, mas, com o passar dos meses, tornou-se insistente em relação ao contato íntimo, chegando, por vezes, a agir de forma abusiva, tocando seu corpo sem consentimento. Adelina descreve ter ficado frustrada com a relação, que continuou por alguns meses em tratamento de silêncio por parte dele e falta de acolhimento. O relacionamento terminou com essa marca negativa.

As primeiras uniões estáveis e casamentos também se tornam mais complexos, com diferenças marcadas pelas gerações. Na história das entrevistadas, o casamento pode ser percebido tanto como uma fonte de apoio e resgate das violências vividas na infância e adolescência, como no caso de Maria, quanto como uma experiência destrutiva. Maura relata que, após dois anos de casada, seu marido começou a trai-la. Segundo ela, no início fingia não se importar, valorizando a qualidade de vida que tinham - como casa própria e carro -, além de considerar as filhas e o amor que sentia por ele. Aurora, grávida de seu primeiro filho, manteve uma relação casual com o pai das crianças por alguns anos, engravidando novamente aos 21 anos. Contudo, nunca viveu o “sonho” do casamento prometido pelo ex-companheiro, que a enganou repetidamente. Ele também se eximiu de suas responsabilidades paternas, tanto no aspecto afetivo quanto financeiro.

Aos 19 anos, Carla iniciou seu segundo relacionamento, que, apesar de durar apenas oito meses, perpetuou violências que marcaram sua vida por anos. Em poucos meses, o então companheiro passou a demonstrar comportamentos violentos. Ela relata episódios de ciúmes excessivo, agressões físicas e psicológicas, além de relações extraconjugais com profissionais do sexo, que a expuseram a riscos à saúde. Embora breve, o relacionamento significou dois anos de violências, incluindo ameaças, perseguições e intimidações constantes. Ele interfonava por horas, a seguia na faculdade e enviava mensagens anônimas, mencionando detalhes como as roupas que ela usava no dia. Esse cenário de terror foi o motivo pelo qual Carla trancou os estudos. Segundo Carla, foi a partir desse relacionamento que começaram suas manifestações mais agudas de ansiedade e depressão. Ela associa o surgimento dos pensamentos de morte às violências sofridas pelo ex-companheiro:

Uma das coisas também que me fez querer tirar minha vida foi quando eu tava no outro relacionamento, porque eu lembro até hoje que uma vez ele falou que se ele me matasse, a minha família só ia me ver depois quando tivesse o corpo apodrecendo e ele já ia estar bem longe, então isso me pesava bastante e eu queria tirar minha vida assim pra não ter que as outras pessoas estar lidando com uma situação assim, e daí depois que tudo isso passou eu tava bem, não 100%, porque até hoje, eu dirijo mas eu não consigo andar com a janela aberta porque eu tenho medo de ele chegar do lado da minha... Isso me deixou com um trauma muito grande, isso faz muitos anos que aconteceu mas... de tudo que aconteceu assim, eu fiquei com um trauma assim, muito grande". (Carla, 28 anos).

Carla se sentia desincentivada a denunciar o ex-companheiro, "sabendo como é no Brasil" (sic). Com o passar dos meses, o incentivo da mãe foi crucial para que ela buscasse amparo. Procurou a Delegacia da Mulher, localizada no centro da cidade. Porém, ao chegar ao local, as escadas impediram que Carla tivesse o atendimento sigiloso e respeitoso previsto, sendo necessário que policiais fizessem seu registro de ocorrência na calçada do local.

"Aí foi quando eu decidi, aí minha mãe me ajudou e eu fui só que infelizmente a acessibilidade foi horrível porque era uma escada, eles tiveram que me atender na rua, então não pude entrar. Aí eu fiz, eles... expliquei toda a situação só que eles me deram até o... o aplicativo do botão do pânico, eu acionei uma vez, não sei se adiantou porque daí eu não tinha acesso a essa informação, se eles vinham ou não, só acionava". (Carla, 28 anos).

Carla também sentia desesperança em relação ao aparato social, pois, segundo ela, o ex-companheiro já tinha passagens anteriores pela polícia e desrespeitava as medidas protetivas. Ela afirmou que o atendimento estatal foi

adequado, mas apresentava limitações quanto à acessibilidade e à efetividade diante das persistentes investidas do ex. A perseguição só cessou após o início de um novo relacionamento.

Carla começou a se relacionar com receio, devido à situação de violência vivida. Ela relata que compartilhou toda a história com o novo parceiro, que a acolheu, e, juntos, decidiram manter apenas uma amizade. Com o tempo, contudo, apaixonaram-se. Carla conta que, após o namorado mudar-se para sua casa, o ex-companheiro ligou, e o atual atendeu, ameaçando-o. Foi apenas diante da ameaça de outro homem que o ex a deixou em paz. A desesperança em relação ao aparato social destinado ao combate da violência contra a mulher também se manifesta na história de Nise, como será abordado mais adiante.

Lembremos que, no Brasil, a presença de Delegacias da Mulher é limitada, estando presentes em apenas 8,3% dos municípios. Outras instituições que oferecem atendimento especializado à violência contra a mulher estão presentes em 20,9% dos municípios (IBGE, 2022). Esse número evidencia a desigualdade no acesso à proteção e ao apoio, especialmente em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos. O fenômeno da violência contra a mulher está longe de estar extinto, como aponta o documento da “Pesquisa Nacional de Violência Contra a Mulher - Comparativo por UF”, organizado em parceria pelo DataSenado e o Observatório da Mulher Contra a Violência. A pesquisa revelou que, no Brasil, a percepção de aumento da violência doméstica nos últimos 12 meses é majoritária, atingindo 74% da população, com variações entre as unidades federativas. Apesar da falta de cobertura ampla, a Delegacia da Mulher é amplamente conhecida, com 95% das brasileiras tendo ouvido falar dessas unidades, embora a cobertura ainda seja geograficamente restrita. A Casa da Mulher Brasileira é reconhecida por 38% da população, conforme a pesquisa nacional (DataSenado, 2024).

Os comportamentos violentos também marcaram o primeiro relacionamento sério de Nise, aos 21 anos. O relacionamento, que começou pelas redes sociais, teve um início tranquilo, como é comum em muitos relacionamentos abusivos. Seu namorado, com um trabalho itinerante, conheceu Nise enquanto estava na cidade a trabalho. Com o tempo, ele se mudou para outro estado, e o relacionamento passou a ser mantido à distância por longos períodos. Com essa configuração, não demorou

para que o namorado começasse a demonstrar desconfiança, com ciúmes excessivos. Ele brigava sempre que Nise saía com amigas, enviava mensagens incessantes e, quando ela não o “obedecia”, a tratava com silêncio. Nise, para não arranjar brigas, começou a moldar-se nas exigências do namorado.

“Então, assim, no meu último relacionamento, a pessoa sumia e não falava para onde ia, e eu simplesmente ficava falando sozinha. Já tive crise. A primeira vez que fui internada, eu tive uma crise muito forte. Aí, se eu saía com meus amigos, para comer lanche, essas coisas, ele saía para beber, mas se eu demorasse 30 minutos para responder, era xingamento. Era... Era... tipo, briga, era tudo isso, sabe? Eu não podia fazer nada, mas ele podia fazer tudo. Então, para mim, foi bem desgastante, e eu tinha aquela... dependência emocional, então piorava ainda mais as coisas. [...] O que mais me incomodava era que, se eu saísse com meus amigos, ele achava ruim; eu não podia sair com ninguém, não podia ter amizade, eu não podia ter nada, mas ele podia fazer o que quisesse. Era isso que me deixava mais... E eu, às vezes, acatava isso, ainda, deixava de sair para não ter briga, para não ter um desgaste maior”. (Nise, 26 anos).

Durante meses, o namorado de Nise manteve um tratamento apático com ela, parando de responder, o que, segundo ela, provocou crises ansiosas, levando-a a procurar atendimento na unidade de pronto atendimento (UPA). Após esse incidente, Nise terminou o relacionamento com o auxílio das amigas. É possível perceber um padrão nos relacionamentos no início da vida adulta das mulheres, que compartilham experiências de abusos. Na história de Leonora, por exemplo, o relacionamento com o ex-companheiro, iniciado aos 20 anos, seguiu um caminho semelhante ao de Nise. No começo, eram muito apaixonados, chegando a morar juntos em uma edícula nos fundos da casa da mãe do namorado. Havia mobiliado a casa juntos, compartilhando a rotina. As agressões verbais começaram algum tempo depois. Leonora relata que ele passou a sair sem avisar e a ficar em silêncio por horas. No fim do relacionamento, Leonora conta que ele chegou a bater nela com um fio elétrico, dizendo que ela deveria sair da casa – o que ela fez, tristemente, com o auxílio da ex-sogra, deixando os móveis e a casa que compartilhavam, sofrendo também violência patrimonial.

Desgostosa com o fim do relacionamento, Leonora ficou solteira por seis meses, até que um homem muito mais velho a abordou enquanto trabalhava na praça da cidade. Após um tempo de flerte, um amigo dele a ajudou, enviando flores para ela no trabalho. Mantiveram o relacionamento enquanto o atual esposo de Leonora trabalhava em sua cidade natal, no interior do Paraná. Dois meses depois, quando ele precisou voltar para sua cidade, o homem a convidou para se mudar para

Araucária, propondo que ela fosse morar com ele. Leonora aceitou, com a condição de que ele realizasse seu sonho de ser mãe e sustentasse a família, já que ela deixaria um cargo público conquistado por meio de concurso. Sua filha nasceu um ano depois, e agora ela está retornando às atividades de trabalho, como vendedora.

O trabalho reprodutivo/doméstico continua sendo central na história das entrevistadas. Desde a infância, nas famílias com irmãos e irmãs, as mulheres, especialmente entre as irmãs, eram responsabilizadas pelas tarefas domésticas. Havia punições caso voltassem para casa sujas de brincar, como Maura relata, por exemplo. Na adolescência, há modificações nesse cenário, com a intersecção com o trabalho infantil. Na vida adulta, o trabalho de cuidado ganha novas facetas com os relacionamentos, casamentos e maternidades, além do envelhecimento das gerações mais velhas, assim como das gerações mais novas da família. Nise, Maria, Maura e Aurora, por exemplo, cuidaram e ainda cuidarão das pessoas mais velhas de suas famílias, conforme relatam. Maria, inclusive, teve que cuidar do padrasto, homem que a abusou por anos, para que ele fizesse um tratamento de saúde em sua cidade. Segundo ela, o fez *"como favor para Deus e para a mãe (sic)"*. Maura relata que a gravidez na adolescência foi comum na história das três filhas, que em seguida também engravidaram, pedindo ajuda da mãe para os cuidados e para poderem trabalhar. Além disso, o trabalho de cuidado e limpeza acaba sendo uma alternativa devido à falta de oportunidades de profissionalização. Com o trancamento do curso, Carla auxiliou a mãe, diarista, nas faxinas. Maura, Leonora e Aurora trabalharam como babás, diaristas, camareiras e garçonetes. Aurora e Maura só conseguiram fazer cursos profissionalizantes após os filhos e filhas terem crescido.

No campo do casamento, especialmente entre as mulheres de mais idade, persiste o estereótipo de que os cuidados domésticos são responsabilidade exclusiva da mulher. São frequentes as menções às expectativas de ser a mulher perfeita - com a casa limpa, as crianças arrumadas e sempre bonitas. Embora haja diferenças nas percepções entre as diversas mulheres, ainda se encontram alusões ao perfeccionismo. O papel social atribuído à mulher dedicada ao lar e aos filhos/as, reforçado muitas vezes pelo cunho religioso, continua muito presente, inclusive entre as mulheres mais jovens. O alto nível de exigência com os afazeres domésticos pode gerar sentimentos de ansiedade, conforme relatado nas entrevistas. A "obsessão" com a limpeza, por exemplo, é vista como um agravante da ansiedade para Maura e

Leonora. A limpeza, segundo Leonora, também é utilizada como uma forma de desviar a atenção de momentos de ansiedade. Maura, sobre esse tema, afirma:

Porque eu nesse ponto [limpeza com casa] eu era meio que, bem... é, como é que fala? Perfeccionista, né? Bastante chata. Porque se alguém chegasse, eu era “A mulher”. Então era a casa sempre brilhando, tinha um zelo, sabe? As crianças estavam tudo limpinhas. Inclusive as mulheres vinham todas: “como é que você consegue?” [...] Então eu fazia tudo, eu era muito organizada. Eu acabei deixando de ser um pouco organizada, porque eu vi que começou a fazer mal pra mim isso também. Porque quando é demais vira doença. (Maura, 65 anos)

Em ambas as histórias, foram as amigas que sinalizaram a sobrecarga no trabalho doméstico. Para Maura, as amigas do bairro lhe disseram que ela estava trabalhando demais, e assim começou um agradável ritual: as mães e as crianças se reuniam nas calçadas no final da tarde para tomar chimarrão, café ou comer biscoitos enquanto conversavam. Ela se lembra que, nessa mesma época, uma amiga a advertia: *“Eu lembro que tinha umas amigas que diziam, uma delas, né? A Cibélia, ela disse assim: ‘Maura, você não fica sozinha muito tempo, isso não faz bem’” (sic)*. Leonora, que já sofria pressões desde a infância para manter a limpeza de casa, e que trabalhava como babá desde os 10 anos, percebeu que houve um “pico” de exigência com a limpeza durante a pandemia de covid-19, período em que sua filha havia nascido.

Aí a Lídia falou assim, no dia que eu tive essa primeira crise, ela falou assim “Leonora, não dá mais, tem dia que você fecha tudo a casa, você não deixa a Sofia sair pra fora brincar e não deixa outras crianças brincar com ela na tua casa por questão da limpeza, isso não dá, não dá mais. Eu quero teu SUS”, aí eu falei assim “Tá bom, por que você quer?” daí ela falou assim “Não interessa, só me dá”. (Leonora, 28 anos)

A maternidade se caracteriza como um processo crítico importante a ser observado no perfil epidemiológico das mulheres. O significado atribuído à maternidade pelas entrevistadas é sinônimo de vivências de muito amor, porém com marcas viscerais - muitas vezes, literalmente - em suas vidas. Não à toa, comparamos anteriormente que as histórias parecem refletir o ditado popular de que “ser mãe é padecer no paraíso”. Maura e Aurora mencionam que amaram ser mães, apesar das violências presentes, como quando a filha mais nova de Maura quebrou sua costela empurrando-a em uma briga, por exemplo.

São inúmeras as dificuldades impostas pela maternidade: falta de apoio do pai e da família, isolamento, dificuldade de acesso à saúde e à educação. Além da sobrecarga nos cuidados, comum nas histórias de Maura, Aurora, Maria e Leonora, Aurora comenta que ser mãe solo carrega especificidades. Após a separação definitiva do pai de seus filhos, que nunca a auxiliou financeiramente, ela decidiu deixar o trabalho como camareira para atuar como profissional do sexo, em uma boate, ao lado das irmãs. Aurora relembra essa fase com muito pesar. Ela nunca contou ao pai sobre essa decisão, que sempre buscou ajudá-la. Sobre as dificuldades financeiras que a levaram a essa escolha, ela relata:

"Tinha que trabalhar cinco ou seis meses para conseguir comprar um berço que cabia duas crianças, porque tínhamos as duas crianças, sabe? O dinheiro que eu ganhava não era como o de agora... tipo, hoje em dia, a gente tem um salário fixo, né? Na época era 700 reais, que nem se fosse hoje, né... E eu tive que fazer isso, doutora, e foi angustiante, sabe? Porque era em um lugar, numa boate onde eu e minha irmã trabalhávamos, que não era bem um trabalho, né? Mas a gente tinha que entrar às 8 da noite, jantava, e às 9 e pouco tinha que estar lá na sala, ficávamos até as 4 da manhã, daí íamos dormir. E, aí, doutora do céu, nossa, foi muito angustiante, sabe?". (Aurora, 60 anos).

A violência obstétrica marca as histórias de Maura e Carla. Maura, que teve duas das três filhas por parto normal, relata que suportou as dores do parto “*sem dar um pio*” (sic). A falta de anestesia, que segundo ela, não fez efeito, tornou as experiências ainda mais traumáticas. Mesmo tomando precauções para não engravidar novamente, dois anos após o nascimento de sua primeira filha, com 21 anos, Maura deu à luz sua segunda filha. De acordo com ela, não houve cuidados médicos adequados nem no momento do parto, nem no pós-parto, especialmente nas suturas nas partes íntimas: “*Eu tive essa segunda, também ela nasceu com 3.450 kg. Essa arreventou do outro lado. Então não tenho nada, digamos assim, embaixo, de tanta lombada de costuras.*” Maura após a segunda filha pediu para que o marido fizesse uma vasectomia. Religioso, resistiu. Grávida de sua terceira filha, Maura relatou os incidentes dos últimos partos a uma amiga, que, preocupada, afirmou que a levaria a uma nova ginecologista, que segundo ela, mudou sua vida:

Uma amiga minha disse assim: “Maura, eu vou te levar numa ginecologista minha, já que o teu marido não quer operar, então eu vou levar você pra ver o que que a gente consegue fazer, né? A mulher ficou horrorizada quando ela viu por baixo, ela disse assim “ah não, cé não vai ter mais parto normal, não, eu vou fazer a cesárea tua, e vou fazer a laqueadura de graça pra você”. Ela disse: “a única coisa que você vai ter que pagar...” que na época..., era a anestesia, só. “Mas você vai ter quarto particular, vai ter tudo. Por minha conta,

porque eu não aguento ver uma mulher passar pelo que você passou". E foi o parto, assim, mais feliz que eu tive, sabe? Ganhei ela, tudo, fiz a cesárea, nunca mais tive problema nenhum, né? Graças a Deus, né? Mas se fosse pra ter ela em parto normal, imagina como é que eu teria ficado, né?". (Maura, 65 anos).

Ainda sobre as violências obstétricas, Maura comenta que o amor pelas filhas atuava como uma força protetora. *"Então era trauma, quando eu ganhava uma filha assim era dor, mas, por outro lado, eu tinha um amor tão grande, sabe? Minhas filhas eram assim, muito doces, muito tranquilas, sabe?" (sic)*. A maternidade também se tornou um sonho para Carla, que, após a experiência violenta com o ex-companheiro, começou um novo relacionamento. Neste novo cenário da vida, sentia-se feliz com o relacionamento, saindo da casa da mãe, quando se mudaram para um apartamento novo, com adaptações necessárias ao seu cotidiano. Por se tratar de uma gravidez de risco, devido à lesão medular, ela recebeu acompanhamento especial na unidade de saúde de referência. Contudo, aos oito meses de gestação, Carla começou a sentir cólicas em um determinado dia e, seguindo a orientação do obstetra da unidade, procurou o hospital da cidade. Ao chegar lá, foi recebida pela equipe, mas não foram realizados exames, e a médica recomendou que ela voltasse para casa.

Ao chegar em casa, Carla, já exausta, decidiu tirar um cochilo e teve um sonho muito agitado, como relatou. Quando acordou, percebeu que sua filha havia nascido sem que ela tivesse sentido as contrações. Desesperada, pediu ajuda às vizinhas, que, para socorrê-la, quebraram uma janela. Em estado de choque, Carla foi levada ao hospital, o mesmo que, algumas horas antes, a havia enviado de volta para casa. Tragicamente, sua filha acabou falecendo. Carla afirmou que, se tivesse sido atendida no hospital anteriormente, a filha ainda poderia estar viva, pois a transferência rápida para uma incubadora teria sido possível. Com os pulmões ainda imaturos, a bebê não resistiu e faleceu em pouco tempo. Carla relata, com grande sensibilidade, a fatalidade do acontecimento. Ela comenta que o significado da maternidade nunca havia sido tão forte para ela até então, mas que, com a notícia da gestação, sentiu-se entusiasmada com a expectativa de se tornar mãe. Ver esse novo significado esvair-se de repente, em meio ao susto e ao choque, foi um golpe desumanizador que a desorganizou profundamente. Ela ainda conta que, no dia seguinte à perda da filha, a mesma médica que a atendeu anteriormente foi até o quarto dela para tentar entender o que havia acontecido.

“E no dia seguinte a mesma médica veio me atender e ela me perguntou o que tinha acontecido, aí eu falei que ela nasceu, aí ela falou que só sentia muito e que se eu acreditasse em Deus, ela acredita e ia orar por mim. Essa foi a explicação dela pro que aconteceu. Até hoje eu sei por conta do laudo que tem que fazer a perícia depois da morte, então eu sei que foi por conta do pulmão que ela não aguentou, mas se a gente tivesse no hospital em observação ela teria a chance de estar viva, então a gente sabe depois que saiu o resultado, mas eu tento não me culpar porque eu achava que era eu que tinha matado ela por não ter ido no médico e é por isso que eu tô vindo no CAPS, porque logo depois que ela faleceu eles me encaminharam pro CAPS pra lidar com a situação, então desde então eu tô vindo pra cá. (choro) Desculpa”. (Carla, 28 anos).

Junto com o encaminhamento para o CAPS e a unidade de saúde, Carla deixou o hospital acompanhada de medicamentos. Nos primeiros dias, ela relata ter ficado em estado de choque, e seu companheiro, igualmente desolado com a perda, foi essencial para seu cuidado. Carla comenta que, durante esse período, teve muita dificuldade em aceitar a realidade de que sua filha de oito meses havia falecido e que ela retornara para casa sem ela. Nos primeiros meses, enfrentou alucinações, inclusive visuais, e terrores noturnos relacionados às cenas do ocorrido. Ela relata que, inicialmente, a culpa foi avassaladora; sentia-se responsável pela tragédia, o que seu companheiro insistia em afirmar que não era verdade, que se tratava de negligência. Na UBS, o médico que a acompanhava ficou perplexo e afirmou que uma perda tão grande não deveria ter acontecido e que ela não deveria se responsabilizar, embora sem entrar em muitos detalhes sobre o ocorrido. Ele mencionou que, caso ela quisesse engravidar novamente, uma recomendação formal seria feita para acompanhamento em um hospital da capital. Sobre isso, Carla diz: *“Eu não consigo nem pensar em engravidar novamente, não estava nem processando a perda dela ainda e ele fala isso!” (sic).*

No CAPS, Carla formou vínculo com a técnica de referência que fez seu acolhimento. Ela fez consultas com o psiquiatra, que ajustou sua medicação para antidepressivos e ansiolíticos, e manteve conversas com a técnica de referência - optou por não fazer acompanhamento psicológico. Com o apoio da equipe, sentiu-se motivada a entender melhor o que havia acontecido, entrando em contato com o hospital de reabilitação que acompanhava sua filha até a adolescência. O hospital a convidou para comparecer ao local, onde fizeram novamente seu cadastro e prestaram o primeiro atendimento, também atentos à compreensão da tragédia mais

recente. Carla conta que foi somente após o retorno ao atendimento com a equipe do DF que conseguiu respostas sobre a negligência médica que envolveu ela e sua filha.

“Eu tentei buscar auxílio porque como a médica não falou o quê que aconteceu, eu tava preocupada que tivesse sido alguma coisa da minha lesão, então eu fui pro [hospital] e falei com os médicos que me acompanhavam pra ver o quê que poderia ter acontecido e eles me informaram que era boa parte negligência médica, daí eles me informaram que o que eu tava sentindo era contração só que nem todo lugar é preparado, eles falaram, que provavelmente essa médica não tava preparada pra lidar com a situação e ela tratou como se fosse algo normal. Então eles me falaram que eu precisava fazer um acompanhamento psicológico e que se porventura acontecer novamente é pra eu insistir, continuar no hospital e não deixar que eles negligenciem dessa forma novamente”. (Carla, 28 anos).

Meses após o ocorrido, Carla aponta em seu relato que as mediações para ajudar a compreender a tragédia foram mínimas; as equipes de saúde não conseguiram nomear a violência que aconteceu, o que perpetuou seu sentimento de culpa. É perceptível que seu processo de luto já passou por mudanças significativas desde o acontecimento, em janeiro. Embora ainda esteja, naturalmente, muito sensível à perda, seu relato revela que as experiências de enfrentamento - como buscar ajuda da equipe e receber respostas assertivas das pessoas que a atenderam no DF - foram fundamentais para que ela pudesse começar a superar a culpa inicial e atribuir novos significados ao luto. Carla relata que, ainda não consegue voltar para sua casa, por isso ela e o namorado estão na casa de sua mãe. Ela diz: *“Mas a gente tá tentando, a gente tá...”*.

Aurora relata que, aos 29 anos, sofreu um aborto atribuído às condições do trabalho como profissional do sexo. Ao descobrir a gravidez, com quase dois meses de gestação, entrou em desespero e buscou ajuda das irmãs e colegas de trabalho. Com o auxílio de amigas, conseguiu acesso a medicamentos abortivos. No entanto, o procedimento não ocorreu como o esperado, resultando em uma hemorragia que a levou ao hospital. Aurora descreve a experiência como profundamente angustiante, agravada pelo tratamento violento e desumanizador recebido pela equipe médica. Essa vivência a deixou com intenso sentimento de culpa, marcado por crises de choro repentinas. Meses depois, decidiu deixar o trabalho e alugou uma casa com a irmã. Nos anos seguintes, trouxe os filhos para morar com ela e começou a trabalhar como garçoneite em um restaurante, onde conheceu seu atual marido. Mesmo nesse cenário mais protetor à sua vida, Aurora comenta que enfrentava episódios frequentes

de tristeza, assombrada pelas memórias do trabalho, do aborto e da distância durante a infância de seus filhos.

Ela relata que encontrou poucos espaços para falar sobre essas experiências. Foi somente após mudar de cidade e iniciar atendimento em um serviço especializado de saúde mental - precursor dos CAPS, por volta de 2000 - que conseguiu compartilhar suas vivências com psicólogas e outros profissionais da equipe que a acompanhavam. Desde então, Aurora passou a usar medicações, que foram ajustadas ao longo dos anos, e frequentou diversos serviços de saúde mental, incluindo CAPS, serviços especializados anteriores, psicólogas na UBS de referência, unidades de pronto atendimento (UPA) em crises de ansiedade e hospitais-dia. Apesar de quadros graves de depressão e crises de ansiedade, Aurora nunca foi internada em hospital psiquiátrico.

A rotina de trabalhos frequentemente precarizados revela processos destrutivos associados às estruturas de opressão e dominação. Além dos baixos salários e das escalas extenuantes, atividades como diarista, caixa de supermercado e garçonne configuraram espaços privilegiados para manifestações de velhas e novas formas de violência, incluindo assédios e abusos. Nesse contexto, não apenas os clientes eram violentos e incisivos, mas também chefes homens contribuíam para esses processos de opressão. Adelina relata que o trabalho como caixa de supermercado, iniciado após a conclusão do ensino médio, foi especialmente desestabilizador. Ela sentia muita ansiedade ao lidar com a socialização imposta, especialmente com clientes homens, que frequentemente faziam perguntas invasivas, como "A que horas você sai do trabalho?" ou sugestões para encontros. As constantes crises vividas no ambiente de trabalho, somadas à falta de suporte por parte da gerência, inviabilizaram sua permanência no emprego.

De forma semelhante, Nise também enfrentou situações de assédio após iniciar seu trabalho em uma churrascaria, experiências que começaram pouco tempo após sua contratação. Seu chefe, um homem significativamente mais velho, a assediava frequentemente, oferecendo cerveja enquanto ela fechava o caixa e fazendo comentários sobre sua aparência, dizendo que era muito bonita. Mesmo diante de suas negativas e tentativas de estabelecer limites, o assédio persistiu e tornou-se mais grave ao longo dos meses. Nise relata que o chefe começou a coagi-

la fisicamente, insinuando beijos e tocando seu corpo em áreas fora do alcance das câmeras de segurança. A situação chegou ao extremo quando, em um dia em que estava visivelmente intoxicado por álcool, ele a cercou, questionando se seu pai realmente viria buscá-la e insinuando que ele poderia estar dormindo. Assustada, Nise correu para o estacionamento e conseguiu chegar ao carro de seu pai. Somente nesse momento o homem recuou, deixando-a em paz.

“Aí ele: seu pai tá acordado? Seu pai tá dormindo, né? Aí eu falei, não, meu pai tá acordado. Só que meu pai tava dormindo dormindo mesmo, sabe? Mas eu mesmo não enxergando, porque eu não enxergo de longe, eu falei: não, meu pai tá acordado. Aí ele deixou eu sair. Porque eu tava com medo que tipo ele me puxasse e fizesse alguma coisa. [...] No final de semana depois que foi num domingo, o gerente, ele ficou passando a mão em mim e eu pedindo pra ele parar, e ele não parava. Só que ele fez isso longe das câmeras, porque tem um ponto cego na... no negócio né? Eu fui pra casa, voltei... na segunda, não, na segunda não fui, voltei na terça e quando os dois chegaram, eu comecei a ter crise”. (Nise, 27 anos).

Além disso, um cliente da mesma churrascaria a perseguiu por um tempo, insistindo para que ela o acompanhasse em um passeio. Nessa caminhada, no parque da cidade, ele a jogou no mato com a intenção de abusá-la. Nise conseguiu escapar ao gritar que outras pessoas estavam se aproximando. Com medo de que não acreditassem nela, ela decidiu não prestar queixa. Esse homem continua a persegui-la, enviando mensagens para o celular e trocando de número sempre que ela o bloqueia. Nise comenta graves crises de ansiedade nesse período, a qual indica, como desencadeador, as situações com os abusadores.

“Ele me levou e tentou tirar minha roupa, e tentou tirar minha roupa, e eu falando que eu não queria, que eu não queria. Aí ele tentou né, fazer o que tinha que fazer, aí eu, só deu na hora pra mim falar “tem gente vindo”, aí ele parou, foi quando eu fui pra o trabalho e comecei a ter crise lá dentro, por causa disso que tinha acontecido. [...] E não tinha como denunciar, porque dentro do parque não tem câmera, sabe? E como eu sei que sempre quem é culpada é a vítima, eu achei melhor não... não me... como que... porque no tempo doía demais, então eu achei melhor não me... como que eu posso dizer... não me... sofrer mais, assim, digamos assim. Com uma coisa que eu sabia que não ia dar em nada, porque não tinha câmera, não tinha nada e isso e aquilo. Daí serei minha palavra contra... outra pessoa. E como a gente sabe aqui no Brasil...”. (Nise, 27 anos)

Os abusos concretizados e outras tentativas descritas evidenciam que, para muitas mulheres, não há um lugar seguro. Nise foi levada a um parque, Leonora a uma área de vegetação próxima à igreja que frequentava, Maura a um campinho de futebol. Carla ainda relata que recentemente, na casa do irmão mais velho, em um churrasco onde todos beberam, ele ainda tentou abusá-la novamente, rompendo de

vez os vínculos com o irmão. Seja em casa, no trabalho, na rua ou em espaços públicos, a sensação de insegurança persiste. Esse cenário levanta uma questão urgente: existem políticas públicas verdadeiramente eficazes para garantir a segurança das mulheres? Além disso, as políticas atuais de enfrentamento à violência contra a mulher estão conseguindo romper a crença histórica de que não vale a pena denunciar ou enfrentar as violências sofridas?

Somadas às experiências frequentes de opressão e subordinação de gênero, agregam-se as vivências de racismo, que agora, na fase adulta, também se manifestam em diferentes contextos. Adelina relata que, mais recentemente, percebe manifestações do racismo não apenas no espaço escolar, como era comum em sua infância e adolescência, mas também em outros lugares, como em lojas. Ela descreve o olhar direcionado a ela durante compras, um olhar que a faz sentir-se vigiada ou inferiorizada. Adelina observa que essas situações são menos frequentes quando está acompanhada de sua mãe, que é branca. No entanto, quando está sozinha, percebe um tratamento claramente diferente e discriminatório.

“É, carrega sacola e eles sempre fica em volta, assim como se a gente fosse roubar. Mas quando entrou uma pessoa loira de olho azul, que tá com uma sacola também e tá olhando, eles não vão ligar porque ela é loira de olho azul, e nós sempre essa desconfiança de uma pessoa negra ir roubar, do que uma pessoa branca. Enfim, é essa coisa que eu senti mais agora na vida adulta, mas é quando eu tava na adolescência e tal, eu não senti que tava sofrendo tanto bullying na escola, assim comparado com o que eu sofria na infância”. (Adelina, 19 anos).

As manifestações atuais do racismo na vida das mulheres negras evidenciam novas formas de alienação da personalidade ao longo da vida adulta, com a opressão do complexo de inferioridade da população negra emergindo em diferentes espaços (Costa; Queiroz; Muniz, 2024). Nesse contexto, é pertinente retomar a análise de Saffioti (1987), que afirma que, na configuração societária atual, a mulher negra e pobre ocupa a posição mais subordinada na “ordem das bicadas”. Nesse sentido, não devemos detalhar o olhar apenas ao processo crítico do racismo, mas tão como nas respostas dadas pelo meio social imediato.

Daremos atenção a uma forma de resposta às opressões vivenciadas presente nas histórias de Maura, Aurora e Leonora: o uso de substâncias. Em todas as narrativas, o consumo de substâncias, especialmente álcool, frequentemente combinado com medicamentos psiquiátricos e, em alguns casos, drogas ilícitas,

aparece como a única ou mais acessível estratégia de enfrentamento disponível. Para Leonora, o uso era concentrado na adolescência, remetendo à alienação associada à “ausência de normas” (Martins, 2007), como uma tentativa de distanciamento das opressões sociais. Já para Aurora, o consumo estava relacionado à necessidade de suportar as exigências e adversidades de sua rotina como profissional do sexo.

E daí saber que a gente não tinha o que fazer, foi angustiante... Eu... eu queria beber, porque a gente ganhava uma dose, e queria tomar, então ganhava a dose e... sabe, doutora, eu fiz bastante isso". (Aurora, 60 anos).

Maura relata que recorria ao álcool combinado com medicamentos durante os finais de semana, na tentativa de dormir o máximo possível até segunda-feira, quando retomava sua rotina como costureira. Essa prática surgiu como uma forma de amenizar o sofrimento após o divórcio e perdurou por mais de um ano. Ela lembra que, nesse período, suas vizinhas tentavam chamá-la para sair, mas ela as ignorava deliberadamente. Esse isolamento, uma manifestação de alienação, manteve-se até que Maura decidiu voltar a frequentar a igreja evangélica.

Apesar de ainda apresentar comportamentos de abuso, um episódio específico marcou uma virada: pastores de sua igreja fizeram uma visita surpresa em um final de semana e a encontraram desmaiada no chão, sob efeito de álcool e remédios. Maura reconhece que, se tivesse continuado naquele ritmo, poderia ter iniciado o uso de substâncias mais pesadas. Com o apoio das amigas e da comunidade religiosa, ela passou a se envolver nas atividades da célula que frequentava, criando novos vínculos e encontrando maneiras de ocupar os finais de semana de forma diferente, o que a ajudou a se afastar gradualmente do uso de substâncias. Sobre esse período, Maura reflete:

Aí a solidão vinha, eu não sabia lidar com a minha solidão. Daí o que eu fazia? Eu pegava um dinheirinho, ia comprar uma cervejinha e voltava. Começou assim. Eu acho que uma pessoa sozinha, ela não consegue. Nenhuma pessoa consegue sair nem da droga, nem da bebida, nem vício nenhum. Isso foi o que eu senti, sabe? O que o mais que dói ainda são crianças e mulheres. Porque as mulheres, elas chegam no nível que elas não conseguem mais mudar, né? Elas se entregam totalmente devido ao sofrimento com o marido. Elas têm a opção de ficar sofrendo calada, né? Apanhando, muitas vezes, e sofrendo, né? Eu vejo, assim, que isso é tipo um vegetal. Você não precisa estar no aparelho. Eu descobri que eu não precisava estar no aparelho para estar vegetando, mas eu vegetei muitos anos. (Maura, 65 anos).

Em relação à temática de álcool e outras drogas, Moraes (2018, p. 169) observa que, frequentemente, os trabalhadores, incluindo especificamente as mulheres trabalhadoras, não têm a possibilidade de "escolher" a substância que irão consumir. As drogas, com diferentes preços e status de licitude, refletem distinções de consumo que vão além do que é socialmente aceito ou permitido. Para as mulheres, essas distinções se entrelaçam com outras formas de opressão, relacionadas à ideia do "nó" estrutural de opressões e à construção social que associa o "fracasso" à não conformidade com os papéis de mulher, esposa e cuidadora do lar. Além disso, as condições de acesso às substâncias também se diferenciam, reforçando as desigualdades estruturais que permeiam o consumo.

Após o divórcio, Maura relata que enfrentou não apenas um período de desafeto emocional, mas também de extrema insegurança financeira, que culminou em insegurança alimentar. Seu ex-marido deixou de contribuir financeiramente, obrigando-a a buscar emprego de maneira abrupta. Ela conseguiu uma vaga como costureira industrial em uma empresa têxtil, mas o impacto das mudanças foi profundo. Maura reconhece que foi nesse contexto que experienciou conscientemente um episódio depressivo. Segundo ela, a soma das adversidades - a ruptura do casamento, a precariedade financeira e a necessidade de garantir o sustento das filhas - desempenhou um papel significativo no desencadeamento desse processo. Em suas palavras: *"Só que depois da separação, aí o caos que foi. Eu saí dali e fui buscar comida na lata do lixo pra comer, pras minha filha comer. Agora imagina a minha cabeça. Como é que ficou?" (sic)*. Ela relata que as amigas, vizinhas de sua casa, muitas das vezes a levavam alimentos pelo muro, dizendo que "tinham feito comida demais", mas que, segundo Maura, sabia que era porque ouviam as crianças chorando, com fome.

A vivência da religiosidade e os vínculos proporcionados por ela se destacam como um importante processo de proteção nas narrativas de Maura, Aurora, Nise, Leonora e Maria. A maioria das experiências relatadas está vinculada à vertente cristã, seja católica ou evangélica, com destaque para o caso de Maura, que também teve contato com o espiritismo antes de ingressar na igreja evangélica junto ao marido. Embora este estudo não tenha incluído participantes de outras tradições religiosas, o que configura uma limitação, algumas inferências sobre os processos

observados podem ser estendidas para outras práticas religiosas. Elementos como a participação em grupos específicos dentro das comunidades religiosas - por exemplo, grupos de mulheres, lideranças em atividades voltadas para jovens, envolvimento em iniciativas de doação ou no coro da igreja - aparecem como pilares relevantes para a criação de vínculos e apoio nas histórias narradas. Nesse sentido, Costa; Dimenstein; Leite (2015, p. 22) afirmam que:

A religiosidade pode ser um grande fator de proteção à saúde mental dos sujeitos, em especial àqueles que vivem em situação de maior vulnerabilidade psicossocial, ao contribuir com a melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e ajudar a atribuir um sentido positivo ao sofrimento.

A religiosidade também teve destaque na busca de Maura para ajuda psicológica e médica. Em alguns encontros do grupo de mulheres, Maura conseguiu com o tempo abrir um pouco das violências que havia sofrido, no casamento, nos partos, das dificuldades financeiras. A pastora, que coordenava o grupo, um dia a chamou para conversar, dizendo que sua ajuda também precisava ser médica, não somente religiosa, afirmando-a que tinha “esquizofrenia” uma espécie de “duplo da pessoa” que havia se formado em Maura, ela relata:

“Depois que eu fui pra igreja né, já adulta, eu descobri que isso era esquizofrenia, que eu tava criando duas personalidades e foi que eu descobri que eu tinha já desde criança, duas personalidades. Aquela Maura tadinha, sofrida, e a Maura que queria fazer o bem com todo mundo, entendeu? Aí um dia a pastora falou assim “Maura, você tem que procurar você, você tá perdida já, nesse sofrimento do passado, então você precisa de ajuda”. Então, hoje em dia, ela sabe que eu venho aqui [CAPS], né?” (Maura, 65 anos)

Ainda que na alcunha de “esquizofrenia” a caracterização para Maura possibilitou uma nova formação de sentido, tornando a experiência do sofrimento melhor organizada. Curiosamente, a caracterização da “esquizofrenia”, dada pela pastora, se assemelha muito à conceituação da alienação de personalidade por Martins (2007) que se configura por uma máscara criada no desenvolvimento da personalidade, a fim de reproduzir os papéis sociais esperados. Apesar das facetas protetoras da religiosidade, é importante reconhecer que ela também pode assumir um caráter destrutivo, especialmente ao reforçar narrativas biomédicas e suas classificações diagnósticas, tão como preceitos tradicionais que reforçam a submissão as mulheres, podendo, inclusive gerar sofrimento, não necessariamente *empoderando-as* (Costa; Dimenstein; Leite, 2015). Ainda nesse contexto, as autoras

Costa, Dimenstein e Leite (2015, p. 22), em sua pesquisa sobre religiosidade e sofrimento psíquico em mulheres, destacam que:

A forte presença da religiosidade entre essas mulheres mostra que a construção de suas representações identitárias se dá, muitas vezes, em um embate relacional entre os discursos religiosos neopentecostais baseados no *ethos* da luta e da superação, e o discurso biomédico fundamentado na classificação diagnóstica dos sujeitos e em uma prescrição farmacológica.

Uma vivência recorrente nas histórias das mulheres mais velhas refere-se às experiências de maternidade, especialmente quando as filhas ou noras engravidam, levando-as ao papel de avós. Maura relata que as três filhas engravidaram na adolescência e no início da vida adulta, e ela as auxiliou no período pós-parto, alternando-se entre as casas das filhas conforme a necessidade. Foi após uma briga com o genro que a filha mais velha pediu para que ela se mudasse, o que a fez se mudar para uma edícula, nos fundos da casa da irmã. Nesse período, sofreu novas violências por parte da irmã mais velha, que a humilhava frequentemente. Após a pandemia, Maura resolve mudar-se com o neto, alugando uma casa simples, de dois andares - ela destaca que essa mudança foi a melhor decisão, afirmando que ter seu próprio espaço foi fundamental para lidar com a ansiedade que sentia quando morava com as filhas e com a irmã. Maria compartilha a experiência de sua nora, esposa do filho mais velho, que sofreu uma perda gestacional, o que abalou profundamente toda a família, especialmente a ela. Posteriormente, sua filha engravidou, seguida pela nora. Outros aspectos sobre essas dinâmicas serão discutidos posteriormente, na seção sobre o envelhecimento, compreendendo que esses processos começam na vida adulta e se estendem até os estágios mais avançados da vida das entrevistadas.

A seguir, serão apresentadas breves considerações sobre os aspectos do envelhecimento de mulheres, conforme evidenciado pelas contribuições de Maura, Maria e Aurora. Essas reflexões têm como objetivo destacar as especificidades e desafios enfrentados por mulheres em processos de envelhecimento, considerando as intersecções entre gênero, saúde, e os vínculos sociais e familiares que influenciam significativamente essa etapa da vida.

Envelhecimento

O processo de envelhecimento, sob a ótica histórico-cultural, abrange não apenas as mudanças biológicas típicas dessa fase da vida, mas também as transformações nos sentidos atribuídos ao envelhecimento, especialmente no caso das mulheres. A visão predominante ao longo do século XX associava a velhice ao declínio físico, à perda de papéis sociais, e a imagens culturalmente negativas, como o deterioramento emocional e a pobreza. Embora essa visão tenha sido ressignificada em algumas esferas, ela ainda exerce forte influência, refletindo-se nas percepções contemporâneas sobre o envelhecimento (Bruneet *et al.*, 2013). Na sociedade atual, a juventude é frequentemente valorizada por sua "produtividade", enquanto a velhice tende a ser vista como uma fase de inutilidade e dependência. Em várias entrevistas, conceitos como "utilidade" e o papel das mulheres na sociedade foram frequentemente retomados por Maura, Aurora e Maria. Além disso, a sociedade patriarcal e racista muitas vezes reforça estereótipos negativos sobre o envelhecimento de mulheres, associando a idade à perda de valor e beleza. Esse contexto cultural contribui para o processo de internalização desses estigmas, o que afeta negativamente a autoestima e a autoconsciência das mulheres envelhecendo. Nesse sentido, Bruneet *et al.* (2013, p. 102) afirmam:

É possível compreender a discrepância existente entre a autoestima de homens e mulheres na terceira idade. A influência do gênero altera a saúde e a qualidade de vida nessa etapa do desenvolvimento, e isso pode ser explicado por um contexto histórico vivenciado especialmente pelas mulheres ao decorrer dos anos. Como exemplo, podemos citar a obra de Pitkin, que em 1936 afirmava que a mulher aos cinquenta anos já não teria mais nenhum papel social, pois seus filhos já estariam independentes. (Brunnet *et al.*, 2013, p. 102)

O trabalho de cuidado, agora estendido aos netos e à família ampliada, incluindo noras, genros e outros, continua a ser uma atividade central e um campo de contradições. Por um lado, essas mulheres assumem sua "utilidade" ao cuidar dos outros, com essa tarefa se tornando uma forma de organizar o cotidiano e de trocar afeto. Por outro, sentem-se minimizadas a essa atividade, não tendo valor para trocas mais completas de sentido. Maura, ao ser encarregada dos cuidados com seus netos e netas, que tinham idades próximas, manteve-se ocupada durante grande parte de sua vida adulta, atravessando o envelhecimento. Ela relata que sua relação com as filhas mudou quando percebeu que seu valor estava associado à sua utilidade nos cuidados com os netos:

"E foi um período que eu comecei a ver o seguinte, eu tinha valor pra uma filha, porque eu tava cuidando dos netos, aí eu tive valor pra outra filha,

porque socorri os netos, tive valor pra outra filha, porque fui socorrer os netos, entendeu? Mas passaram essas fases, eu era eliminada, entendeu? Vai pra outra, vai pra outra. Só que eu só tinha três filhas, né? E dessas três filhas, fazia que nem pingue-pongue, joga pra cá, joga pra lá, joga pra lá. Então eu me sentia totalmente... Depressiva por causa disso, entendeu?” (Maura, 65 anos).

Mais recentemente, durante a pandemia de covid-19, em 2020, Maura relata ter vivido um novo episódio de isolamento, motivado por desentendimentos com a filha mais nova e pelo distanciamento das outras filhas, após ter auxiliado no período pós-parto delas. Ela se sentia rejeitada, revivendo os sentimentos da infância. Afastada dos vínculos sociais que antes tinha, experimentava um sentimento de negligência, o que a levou a ter pensamentos suicidas, chegando a tentar se matar nos trilhos do trem. No entanto, desistiu da ideia, pensando que não queria “*estragar o dia do motorista*” (sic). Quando contraiu covid, pensou em desistir de tudo, de sua vida, só foi ao hospital quando seu genro e filha, ao visitá-la, a levaram emergencialmente. No hospital de referência da capital, foi notado seu comportamento apático em relação à vida, e, após uma conversa com outros pacientes, foi encaminhada para a Psiquiatria, de onde, após sua alta, recebeu referência ao CAPS de Araucária.

Atualmente, Maura relata que cuida apenas do neto com quem divide a casa e ajuda a vizinha, levando seu filho pequeno à escola. No entanto, segundo ela, a tarefa se limita a levar e buscar a criança, sem envolvimento direto nos cuidados. Maura encontra-se em um processo de maior autonomia, com sofrimento psíquico mais brando, relatando que sua fase mais depressiva não é tão grave quanto na época da pandemia. Ela conseguiu retornar às atividades na célula da igreja e manteve sua participação no CAPS até 2024, três anos após o início do acompanhamento. Atualmente, participa de poucas atividades, sendo a oficina de economia solidária a que mais aprecia, onde costura com outras mulheres usuárias. Ela percebe uma mudança significativa em sua inserção social, principalmente referente ao serviço do CAPS e à igreja, encontrando sentido em esferas sociais além do familiar, ao se vincular a novas pessoas e oferecer apoio de diferentes formas:

“E é isso que eu estou tentando fazer, sabe? Tentando ajudar as pessoas quando estou aqui. Eu ponho isso na minha mente para depois assim... Você ainda tem valor. Você ainda pode ser útil para alguém. Você, quando criança, tinha o sonho de ser enfermeira para ajudar as pessoas doentes. Não posso ajudar naquele sentido, mas eu posso ajudar as pessoas. Dando ideia, levantando a cabeça, enfrenta, vai à luta, né?” (Maura, 65 anos),

Maria continua a desempenhar um papel importante no cuidado dos netos, levando-os ao médico e cuidando deles à tarde, além de manter os cuidados com a família, que visita sua casa frequentemente para almoçar e outros cuidados, sem que se sintam partícipes do cuidado doméstico, como lavar a louça ou ajudar no preparo das refeições. É possível observar que esse papel de cuidadora apresenta tanto facetas protetoras quanto destrutivas. Embora Maria se perceba como “útil” e derive grande reconhecimento de seu papel, como quando menciona saber “lavar bem a roupa branca” adicionando bicarbonato à água morna no molho, ela também sente o cansaço e a sobrecarga atribuídos a essas atividades - como quando lamenta o fato de a família não se inscrever para lavar a louça do almoço de domingo. Aurora, por sua vez, também contribui no cuidado dos netos, mas seus relacionamentos com as noras e ex-noras geram distanciamentos. Ela sente a necessidade de intermediar discussões difíceis entre seu filho, que enfrenta dificuldades financeiras para pagar a pensão, e sua ex-nora, o que tem causado crises de ansiedade.

Aurora também relata que o casamento atualmente enfrenta desafios. Devido ao tratamento com medicamentos, além de outros fatores, ela relata não conseguir sentir desejo sexual, muitas vezes mantendo relações sexuais "por obrigação". Segundo ela, já foi necessário levar o marido ao CAPS para que a médica psiquiatra explicasse a ele sobre a perda de libido, mas essa explicação não foi bem recebida por ele. Mais recentemente, durante uma briga, o esposo lhe disse que tinha relações com profissionais do sexo, além de outros casos extraconjugais. Aurora compartilha esse episódio com sensibilidade, afirmando que, apesar disso, não se separaria neste momento. Ela diz que, devido à idade, permanecerá no relacionamento, vendo-o também como uma forma de cuidado possível, ainda com a atual conjuntura.

“Tá todo mundo com vida né, mas essas coisas assim, doutora... se não fosse meu esposo, eu ia... eu ia pedir pra ficar num asilo. Eu não sei a idade que eles pegam, mas... eu preferia ficar. [...] eu falei pro meu esposo “eu cuido de você, você cuida de mim, mesmo nós tando um doente, o outro doente...” (Aurora, 60 anos).

Embora Maura ainda mantenha uma relação amigável com o ex-marido, ela relata que ele continua a se intrometer em sua vida, tentando aproximar-se e dar-lhe ordens quando a visita com as filhas. No entanto, ela afirma que, atualmente, consegue estabelecer limites na relação, deixando claro o seu lugar no contexto atual: *“Epa, eu não sou mais tua mulher. Eu tomo minhas próprias decisões, minha própria*

vida" (sic). Ela acrescenta que, hoje em dia, é capaz de se posicionar dessa forma, o que não conseguia fazer no passado.

Sentimentos de solidão e receio do esquecimento também são mencionados por Maura e Aurora. Em suas histórias, o distanciamento com filhos e filhas, decorrentes de brigas ao longo dos anos, tem impacto sobre sua percepção de cuidado para com elas. Com relação a qualidade dos vínculos com o mundo, permanecem como processos protetores as dinâmicas sociais expandidas, relatadas principalmente o cotidiano no CAPS, as atividades religiosas e o cotidiano familiar. A oficina de economia solidária também figura entre as práticas favoritas de Aurora no CAPS, assim como é para Maura. Tendo a sorte de participar dessa oficina, composta majoritariamente por mulheres, o ambiente se caracteriza por uma troca espontânea e acolhedora: há atualizações sobre o cotidiano, felicitações por novos projetos iniciados na igreja e condolências sobre o quadro de adoecimento de algum familiar.

A seguir, o quadro 5 sintetiza os principais acontecimentos na história de vida das participantes, de acordo com a periodização do sofrimento, que resume os processos descritos nesta seção de forma concisa.

6.3 Tabelas de desenvolvimento

QUADRO 5. PRINCIPAIS ACONTECIMENTOS NA HISTÓRIA DE VIDA DAS PARTICIPANTES CONFORME PERIODIZAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Participante da pesquisa	Primeiro ano (0-1a)/ Crise	Idade pré-escolar (3- 7a)	Idade escolar primária (7-12a)	Puberdade/ Idade escolar média (12-15a)	Puberdade/ Idade escolar juvenil (15-18a)	Vida adulta: Juventude (18-24a)	Vida adulta: Maturidade (24-60a)/ Velhice (60a em diante)
	1 ano/ Primeira infância (1-3a)						

Nise	Crise pós-natal	Nasce e vive em Araucária. Condição de vida simples, mora com pais.	Crise 3 anos	Frequente a escola, sofrendo bullying de colegas, sua aparência a incomoda desde então. O isolamento é frequente e nesse período da vida. Sente ansiedade social e acredita que é um incômodo às pessoas a sua volta.	Crise 7 anos	Nise frequenta as atividades religiosas com os pais, faz algumas amizades. Tem bom desempenho acadêmico. -7a: foi levada pela mãe a psicóloga, que não avançou em seu prognóstico com a ansiedade. -12a: fez a cirurgia para orelha de abano, o que foi importante para ela. -12a: troca de escola	Crise 13 anos	Tem seus primeiros casos afetivos. Seus vínculos se restringem a vivência familiar, religiosa, com algumas poucas amizades.	Durante o ensino médio faz outras amizades, conhece sua melhor amiga, Bianca. A experiência de amizades no ensino médio, após sua cirurgia, foi bem melhor do que seu fundamental.	Crise 17 anos	Começa a graduação de gestão ambiental, com apoio dos pais. -20a: briga com família mais ampla por motivos políticos. -22a: começa a namorar com Paulo, que tem comportamentos agressivos e controladores. O relacionamento dura dois anos. -23a: começa a trabalhar em uma churrascaria local, para auxiliar os pais. Sofreu assédios frequentemente por parte do chefe , que pedia beijos, tocava em seu corpo. -24a: um dos clientes da churrascaria tentou estuprá-la no parque da cidade, conseguindo fugir. Suas crises de ansiedade se intensificam nesse período, sendo levada à UPA várias vezes. -24a: começa a tomar medicamentos para ansiedade, prescritos pelo clínico geral em seu posto de saúde, sem outras frentes de cuidado.	Seu quadro ansioso piora, mesmo com a prescrição de medicamentos. Tem desejos suicidas, chegando a se cortar. Após uma crise grave, levada a UPA, recebe encaminhamento para o CAPS. -25a: começa acompanhamento no CAPS, tem bom vínculo com psicóloga. -26a: homem que tentou estuprá-la entra em contato por mensagem, piorando seu quadro de ansiedade.
-------------	-----------------	---	--------------	--	--------------	---	---------------	---	--	---------------	--	---

Maura	Cris e pós-natal	Nasce e vive em Araucária. Condição de vida simples, mora com pais e irmãs/irmãos. -3a: abuso sexual pelo pai, mãe pediu para que ela não contasse para ninguém.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, auxilia no cuidado de casa e dos irmãos. Agressões frequentes pelos pais quando voltava para casa suja de brincar. Fantasiava sobre um mundo onde não sofria violências, onde se casava e era feliz.	Crise 7 anos	Estuda até a quarta série -9a: abuso sexual pelos primos e tios. -10a: pai a obriga a largar os estudos -10a: trabalho infantil como babá dos sobrinhos	Crise 13 anos	-10-15a: Trabalha na casa da irmã, como babá. Vivência isolamento e tem poucos vínculos afetivos fora do âmbito familiar e das amizades dos irmãos. Ajudava nas paqueras dos irmãos.	-16a: Começa a namorar com Adalberto, rapaz do seu bairro. - Menciona uma fase feliz, de cortejo com o namorado. 18a: noivado	Crise 17 anos	-19a: casa-se com Adalberto. -20a: pai falece após pedir ajuda dela para ir a farmácia -21a: desilusão: começam as traições de Adalberto. Maura ignora as traições em prol de sua vida com o marido e filhas. Sofre violência psicológica. Com a ajuda de uma amiga, flagra esposo com outra mulher. -23a: separa-se de Adalberto, sofrendo muito com o divórcio, somado à grave insegurança financeira e alimentar - primeiro episódio depressivo.	-19a: casa-se com Adalberto. -20a: pai falece após pedir ajuda dela para ir a farmácia -25-35a: Faz abuso de álcool e comprimidos para "apagar". -30a: Auxilia a atual esposa do marido nos afazeres domésticos. -35a: Frequenta a igreja de forma mais assídua, amigas da igreja e do bairro a ajudam com isolamento e sobrecarga. -41a: Auxilia no puerpério das três filhas, vive na casa das filhas. -58a: Sofre violência psicológica da irmã mais velha, com quem foi morar. -60a: sofre com isolamento familiar na pandemia. Tentativa de suicídio indo até os trilhos do trem. Teve quadro grave de covid. -61a: começa acompanhamento no CAPS. -63a: Participa do grupo de mulheres da igreja. -65a: Retomada de vínculos com o mundo.	Cria as filhas sem ajuda financeira do ex-marido, trabalhando como babá e costureira. -25-35a: Faz abuso de álcool e comprimidos para "apagar". -30a: Auxilia a atual esposa do marido nos afazeres domésticos. -35a: Frequenta a igreja de forma mais assídua, amigas da igreja e do bairro a ajudam com isolamento e sobrecarga. -41a: Auxilia no puerpério das três filhas, vive na casa das filhas. -58a: Sofre violência psicológica da irmã mais velha, com quem foi morar. -60a: sofre com isolamento familiar na pandemia. Tentativa de suicídio indo até os trilhos do trem. Teve quadro grave de covid. -61a: começa acompanhamento no CAPS. -63a: Participa do grupo de mulheres da igreja. -65a: Retomada de vínculos com o mundo.
--------------	------------------	--	--------------	--	--------------	---	---------------	--	---	---------------	---	--	---

Carla	Crise pós-natal	Nasce em Curitiba e mora em Almirante Tamanda ré. Mora com pais, irmãos e irmão. Família religiosa (evangélica) -3a: acidente de carro com a família, tendo lesão medular. Pai é agressivo e preconcituoso com sua deficiência.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, sofrendo bullying. Frequenta o hospital no DF, e outras instituições para pessoas com deficiência. Tem agressões frequentes pelos irmãos. -6a: é abusada sexualmente e pelo irmão mais velho. -7a: pais separaram-se, o pai a sequestra e mantém na casa da tia por seis meses.	Crise 7 anos	Muda-se com a mãe e irmãos para Curitiba. A falta de acessibilidade de é frequente, ainda sofre bullying na escola. Sofre violência psicológica da irmã.	Crise e 13 anos	Sofre violências como uma pessoa com deficiência-14a: muda-se para Araucária, tem amigas no colégio e o espaço já não é tão aversivo. Fez curso de teatro, de costura, tinha amigos e divertia-se no colegial. -14a: deixa de fazer companhia no hospital de referência	Crise 17 anos	-15a: Tem primeiro relacionamento, sua sogra foi capacitista, porém diz que o relacionamento em si não foi violento, terminando por divergências de personalidade e de religião. Tem interesse por cursar Psicologia, como a tia. Por condições financeiras, escolheu Assistência Social. -18a: começa faculdade. -18a: começa namoro violento com Rafael, que dura oito meses, sofre violência física, psicológica e sexual.	-19a - 20a: É perseguida pelo ex-companheiro, sofrendo diversas ameaças. Deixa a faculdade e o trabalho por esse motivo. Primeiro episódio depressivo , referido à violência sofrida, Carla considera o suicídio como escapatória. Na delegacia da mulher, o atendimento teve o acesso era somente por escadas. -21a: começa a se relacionar com seu atual companheiro, namorando e morando juntos pouco tempo depois. -21a: o atual companheiro ameaça o ex abusivo, que para as perseguições. Começa a ter um relacionamento saudável, compreendendo violências de pessoas à sua volta. -24a: muda-se com o companheiro para um apartamento novo, também em Araucária.	-25a: em um churrasco, o irmão tenta abusar fisicamente novamente. Rompe laços com ele. -26a: engravidada de sua primeira filha, Helena. A irmã torna a ter um comportamento violento com ela. -27a: Perde a filha após entrar em trabalho de parto e ser mandada para casa pela médica plantonista. A negligência médica resultou na morte da filha, que nasceu prematura. Segundo processo depressivo, após perda da filha. Começa acompanhamento no CAPS. - busca o hospital de referência novamente. Com a equipe, tem confirmação que ocorrerá uma negligência médica, o que está ajudando no processo de luto.
--------------	-----------------	--	--------------	---	--------------	--	-----------------	--	---------------	--	---	--

Leonora	Crise pós-natal	Nasce e vive no interior do Paraná, tem vida simples com pais e irmãos/irmãs na área rural da cidade.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, auxilia no cuidado de casa e nas dinâmicas do sítio onde morava. Relata uma boa fase, onde brincava e podia ser criança.	Crise 7 anos	-8a: o pai falece de forma inesperada, relata que desde então "não teve paz". -8-9a: muda-se para a cidade com a mãe e irmãos/irmãs, começando a ajudar a mãe a trabalhar e vender insumos. -10a: trabalho infantil como babá de uma família amiga da mãe. A relação com a mãe é conflituosa, marcada por violências e imposições sobre a limpeza da casa.	Crise 13 anos	-13a: começa a ter dificuldades escolares. -15a: sofre tentativa de estupro por conhecido da família.	-16a: começa a se relacionar afetivamente. Menciona uma fase de "rebeldia", onde testava seus limites, bebia e fumava com amigos/as do ensino médio. Sentimentos de raiva, inferioridade, angústia e ansiedade são frequentes. -17a: começa primeiro relacionamento, que começa de forma leve.	Crise 17 anos	-18a: passa em concurso público da prefeitura da cidade, trabalhando nos serviços de limpeza da cidade. -18a: muda-se com o namorado, na edícula da casa da sogra, ajudando a mobiliar a casa. -19a: o relacionamento torna-se violento, com agressões físicas e psicológicas. Terminam pouco tempo depois. -20a: começa a se relacionar com seu atual marido, que é mais velho que ela. Ele faz a proposta para que se mude com ele para Araucária, ela aceita com a condição de que a sustente, pois deixaria o emprego, e que queria ser mãe. -24a: engravida e dá a luz à sua filha.	-25a: a enteada, que é adolescente, muda-se com o casal, provocando atritos. Menciona que os sentimentos de raiva, ansiedade e obsessão por limpeza intensificam-se durante a pandemia de covid. -26a: sentimentos de ciúmes começam a despontar por conta do comportamento do esposo. Ela chega a ameaçá-lo com uma faca. -27a: relata as crises de raiva e ansiedade na UBS que frequentava, sendo encaminhada ao CAPS. -28a: inserida no CAPS, menciona que não quer passar os comportamentos obsessivos de limpeza para a filha.
----------------	-----------------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	--	--	---------------	---	---

Adelina	Crise pós-natal	Nasce e vive em Araucária. Condição de vida simples, mora com pais e irmã mais nova.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, auxilia no cuidado de casa e da irmã. Tem uma boa relação com os pais e avós, menciona uma fase feliz. -6a: um colega de turma indica que ela deveria usar o lápis de cor marrom, pois essa era sua cor. A mãe, uma mulher branca, então a auxilia a compreender sua cor, que não tinha nada de errado nela.	Crise 7 anos	Sofre bullying e racismo na escola, também relacionado a sua expressão de gênero. Sua relação com o pai distancia-se, e percebe os comportamentos violentos dele para com a família e animais de estimação. -10a: durante uma viagem em que a mãe auxiliava os avós, seu pai foi negligente com o cachorro que tinham, que veio a óbito em seguida.	Crise 13 anos	Situações de bullying permanecem, tendo uma virada no ensino médio, segundo ela, “quando começou a ficar bonita e os meninos interessavam-se por ela” Tinha uma relação conflituosa com a melhor amiga, uma mulher branca que tinha comportamentos de posse sobre ela.	-16a: Os comportamentos perigosos da melhor amiga chamam sua atenção, como beber, sair com homens mais velhos, começam discussões. Com o desenvolvimento afetivo, percebe-se enquanto uma pessoa não-binária, bissexual e assexual. -16-17a: tem seu primeiro relacionamento, que terminou depois por ele não entender sua assexualidade. Seu avô mudou-se com a família nesse tempo, o pai era violento com todos, especialmente com ele.	Crise 17 anos	-17a: tem uma briga com a melhor amiga, onde toda a sala tomou lado da amiga, segundo Adelina, porque o posicionamento enquanto mulher branca a favoreceu, sentia-se isolada. Os sentimentos de isolamento permanecem, favorecendo amizades online. Sentimentos de tristeza e angústia permanecem. Após o ensino médio começa a trabalhar como caixa de supermercado, sofrendo assédio moral e sexual por parte de clientes. Crises de ansiedade são mencionadas. -18a: seu avô faleceu de forma inesperada, evento que a abalou profundamente. -18a: primeira tentativa de suicídio, com ingesta medicamentosa, não chegou a ser hospitalizada. -19a: é inserida no CAPS a pedido de uma representante do bairro. Os conflitos familiares permanecem.
----------------	-----------------	--	--------------	--	--------------	---	---------------	---	---	---------------	---

Aurora	Cris e pós-natal	Nasce e vive em cidade do interior do Paraná. Condição de vida simples, mora com pais e irmãs/irmãos.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, auxilia no cuidado de casa e dos irmãos, tem uma boa relação com o pai, mais afastada da mãe. Menciona uma infância feliz.	Crise 7 anos	-10a: estuda até a quarta série, mesmo com o incentivo do pai, que conseguiu bolsas de estudo, abandonou a escola. Auxilia nos cuidados da casa e da renda familiar.	Crise 13 anos	-14a: descobre por intermédio da tia que seu pai não é seu genitor biológico, falando que sua cor era diferente das irmãs. -15a: conhece o pai dos seus filhos, em um açoague que frequentava. Mesmo com os avisos contrários do pai, começa a namorar.	-16a: Tem as primeiras relações sexuais, mesmo sem ter educação sexual/reprodutiva. Seu namorado a deixa tempo depois, namorando outra garota. Resigna-se com esse ocorrido. Passado um ano, tornam a se falar, reatando o namoro, ele a então pede em noivado - mas quando foram até Curitiba oficializar, ele a enganou, dizendo que não havia levado os documentos. A desilusão é um evento marcante. -17a: sua mãe faleceu devido a um câncer.	Crise 17 anos	-18a: engravida de seu primeiro filho. O pai a ajuda financeiramente, o pai da criança muda-se, não participando emocionalmente e financeiramente da criação do filho. -18-19a: busca trabalho como camareira no hotel da cidade. O pai do filho a encontra, reatando o romance, mas a deixando logo em seguida. -20a: dá a luz ao seu segundo filho. -21a: após a separação definitiva do pai de seus filhos, busca trabalho como profissional do sexo, junto com as irmãs, em uma boate, impulsionada pela responsabilidade financeira solo com os filhos. Deixa os filhos com uma comadre em uma cidade próxima, enviando dinheiro e visitando quando possível.	-19-29a: fazia uso de substâncias, como álcool, para suportar o cotidiano no trabalho como profissional do sexo. -29a: faz um aborto , devido à prática profissional, tem complicações e é internada. -32a: retoma guarda dos filhos, busca emprego como garçonete. -33a: conhece o atual esposo, com quem muda-se em seguida, junto aos filhos. -34a: episódios mais evidentes depressivos e ansiosos, vinculados à distância dos filhos na infância, do aborto e antigo trabalho. -35a: começa acompanhamento no antigo centro de saúde mental, posteriormente no CAPS. -50a: tem brigas familiares com o marido, as noras e filhos. Relação conflituosa com o marido marca experiências de violência psicológica e sexual.
---------------	------------------	---	--------------	---	--------------	---	---------------	--	---	---------------	--	--

Maria	Crise pós-natal	Nasce e vive em área rural de cidade no interior do Paraná. Condição de vida simples, mora com pais e irmãs/irmãs.	Crise 3 anos	Frequenta a escola, auxilia no cuidado de casa e dos irmãos. Menciona essa parte da infância como feliz, brincava com irmãos e irmãs. -8a: pai faleceu devido problema cardíaco.	Crise 7 anos	Estudou até a quinta série, participava das tarefas de plantio e manejo de animais em casa. -10-17a: o padrasto abusa sexualmente dela e da irmã mais velha cotidianamente, até os 17 anos. Sentimentos de tristeza, angústia e raiva são relatados desde o começo dos abusos.	Crise 13 anos	Crise - Começa as primeiras relações afetivas, conhece seu atual marido por amigos em comum, morando próximo a ela.	-16a: Começa a namorar com seu marido, com permissão da mãe. -17a: pedida em casamento, o padrasto a persegue, mencionando que agora poderia se entregar a ele, pois casaria em breve, ela o enfrenta.	Crise 17 anos	-17 a: muda-se com o esposo, permanecendo na área rural, começa a trabalhar como feirante ao seu lado. -19a: dá à luz ao seu primeiro filho. -20a: consegue contar ao marido sobre os episódios de abuso sexual do padrasto, ele a acolhe e acompanha em todas as visitas à mãe e padrasto. -22a: dá à luz a sua filha, enfrentam algumas dificuldades financeiras. -25a: tem complicações no parto do terceiro filho, sendo internada de pronto. Contraindo uma infecção cerebral que a levou a ficar internada por três anos. Menciona esse período como começo dos sintomas depressivos, não podia ver ninguém, em isolamento, sentia-se angustiada em sua condição enferma, não pode cuidar de seu filho recém-nascido e dos demais.	-28a: aposenta-se por invalidez, devido às sequelas da infecção, como as crises convulsivas. Mantém os cuidados da casa e dos filhos. Menciona uma recuperação difícil do período internada, agora mais debilitada pelo processo depressivo que a acompanhou. -38a: começa acompanhamento no serviço de saúde mental, posteriormente CAPS. Participa com mais frequência das atividades junto ao grupo religioso católico. -47a: cuida do padrasto enfermo “como um favor a Deus e à mãe (sic)” recebendo-o em sua casa. Ele pede perdão a ela, ela não o perdoad. -50a: acompanha as perdas gestacionais da nora, por quem tem grande apreço, sofrendo muito com o filho e a nora.
--------------	-----------------	--	--------------	--	--------------	---	---------------	---	---	---------------	---	--

6.4 Matriz de processos críticos

Os processos críticos que incidem universal e particularmente sobre as entrevistadas, configurando-se como determinações estruturais dos quadros depressivos e ansiosos em mulheres, serão descritos e aprofundados no próximo capítulo. No quadro 6, a seguir, são categorizadas as facetas destrutivas dos processos críticos no nível singular, inscritas em eventos e circunstâncias da vida das participantes. Os principais eventos destacados na análise estão organizados em categorias, identificadas por cores. A cor **amarela** abrange eventos relacionados ao nó classe-raça-gênero que se expressam como desdobramentos do patriarcado, machismo, racismo, desigualdades de gênero e violações da dignidade e integridade das mulheres (violências). A cor **vermelha** corresponde a situações de vulnerabilidade socioeconômicas e violação de direitos sociais (à assistência em saúde, educação, seguridade social, inclusão, etc.) e que remetem à subordinação da vida aos interesses do capital nas economias e governos neoliberais periféricos. A cor **azul** refere-se a fatos traumáticos na história de vida singular, marcados pela ausência de suporte social suficiente para a recuperação favorável à saúde mental. Por fim, a cor **verde** representa episódios de riscos à saúde e adoecimentos, sobretudo relacionados à saúde mental, sexual e reprodutiva. Ressalta-se que os agrupamentos por cores se justificam para fins didáticos de fazer uma síntese conclusiva de um modo visual mais acessível, lembrando que os processos que engendram tanto as origens quanto os desdobramentos dos fatos e circunstâncias emergentes das histórias singulares, se articulam na totalidade histórico-social e se dinamizam na dialeticidade singular-particular-universal que enseja a produção e a reprodução da vida, em suas diferentes dimensões: vida produtiva e trabalho, vida de consumo e da cotidianidade, vida política, vida ideológica, vida de relação com as condições naturais (Breilh, 2006).

QUADRO 6. FACETAS DESTRUTIVAS, A NÍVEL SINGULAR, DOS PROCESSOS CRÍTICOS QUE CARACTERIZAM OS PROCESSOS DEPRESSIVOS E ANSIOSOS

* Fatos e circunstâncias de vida marcantes - manifestações de processos críticos a nível singular - facetas destrutivas - potencialmente desagregadoras do psiquismo e/ou que aprofundaram abandono, isolamento, falta de apoio emocional, social e material-financeiro		E1 A.	E2 N.	E3 L.	E4 C.	E5 M ^a Au	E6 Au	E7 M.
Período do Desenvolvimento	Eventos e Circunstâncias							
Infância 0 a 12 anos	Evasão escolar impedimento dos estudos					X	X	X
	Ser vítima de trabalho infantil			X				X
	Espaços públicos e privados sem acessibilidade para necessidades				X			
	Vivenciar relacionamento familiar conflituoso com adultos que exerciam função de cuidado/criação	X		X	X	X		X
	Sofrer maus tratos e violências física e psicológica	X		X	X	X		X
	Sofrer abuso sexual por familiares/pessoas próximas/estranhos				X	X		X
	Sofrer bullying/capacitismo/racismo na escola	X	X	X	X			X
	Sofrer abandono paterno ser rejeitada por ter deficiência				X			
	Obrigatoriedade/sobrecarga de tarefas domésticas/de cuidado			X	X	X		X
	Vivenciar morte do pai sem apoio no luto			X		X		
	Tratamentos longos devido condições de saúde			X		X		
	Não ter mediações sobre saúde reprodutiva/sexual			X		X	X	X
	Ter experiências de ansiedade social	X	X		X			X
	Sofrer isolamento perda de vínculos com o mundo	X	X		X	X	X	X
	Ter crises/episódios de ansiedade	X	X		X	X		X
Ter crises/episódios depressivos		X		X	X		X	
Ter as primeiras ideias suicidas							X	
Adolescência 13 a 17 anos	Sofrer bullying/capacitismo/racismo na escola e espaços públicos	X	X		X			
	Sofrer abuso sexual tentativa de abuso		X	X		X	X	X

7 POR UMA OUTRA PROPOSTA EPIDEMIOLÓGICA NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES E DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

Identificar o movimento complexo da realidade que permeia o processo saúde-doença não é uma tarefa simples, especialmente considerando as múltiplas facetas que dão forma aos processos críticos entrelaçados no “nó”. Após apresentar a periodização do desenvolvimento das entrevistadas, destacando suas crises específicas, fatos e circunstâncias marcantes por períodos, e as formas de resposta geradas pelo meio social, buscou-se chegar à identificação dos principais processos críticos que atuam como determinantes das expressões ansiosas e depressivas. Esta seção busca, por fim, sintetizar os pontos levantados. Tal análise objetiva refinar os achados a partir dos acúmulos construídos com os instrumentos utilizados, oferecendo uma visão integradora dos elementos que moldam o sofrimento psíquico e suas possibilidades de enfrentamento.

7.1 Articular o fazer saúde: entre o universal e singular, passando pelo particular

Partindo da esfera universal para o singular, destacam-se os principais processos críticos que moldam as dinâmicas de vida das mulheres nos níveis universal e particular, com ênfase nas discrepâncias que emergem no nível singular, compreendido aqui como o “nó”.

Conforme aponta Viapiana (2017), em seu estudo sobre a matriz de processos críticos da depressão, as reações emocionais são influenciadas por tudo aquilo que, direta ou indiretamente, satisfaz as necessidades dos indivíduos e se relaciona com as exigências sociais. Dessa forma, a satisfação dessas necessidades - que vão além das demandas meramente biológicas - e a correspondência às exigências societárias geram vivências emocionais positivas. Por outro lado, a não satisfação dessas necessidades, sua alienação ou incongruência com as normas e expectativas sociais

resultam em vivências emocionais negativas. Nesse sentido, Martins (2005, p. 134 *apud* Almeida, 2018, p.336) corrobora que as necessidades não objetivadas, frustradas estruturalmente no capitalismo, são “potencialmente geradoras de sofrimento psíquico, consequência direta da alienação entre a dimensão objetiva e subjetiva da existência individual”.

Em sua análise, a autora explora os processos críticos relacionados às dimensões da matriz como a vida produtiva, o consumo, a cotidianidade, a vida política, a vida ideológica e as relações com o ambiente. Observamos que muitos dos processos críticos envolvidos na determinação da ansiedade compartilham raízes comuns com os processos depressivos, embora apresentem distinções em suas expressões, como será detalhado a seguir, com base também nos estudos de Andrade (2022).

São descritos a seguir os processos críticos, em níveis universal e particular, que atuam como determinações para a depressão (seguindo-se apontamentos sobre as determinações da ansiedade). Esses processos foram categorizados de acordo com as dimensões da vida, com alusões para suas expressões nas histórias singulares das entrevistadas. Tais expressões singulares são analisadas como facetas desses processos críticos, que podem assumir características mais protetoras e/ou destrutivas à vida das mulheres, variando em qualidade e intensidade conforme o "nó". Todos os processos críticos descritos por Viapiana (2017) estão presentes, em maior ou menor intensidade, nas narrativas das mulheres entrevistadas. Contudo, destacam-se aqueles que se mostram mais predominantes nas histórias de vida a que tivemos acesso, contribuindo para o estudo do perfil de saúde-doença identificado entre as participantes, que podem dar base a novos estudos, inclusive epidemiológicos, conforme detalhado a seguir.

Dimensão produtiva:

Na esfera produtiva, em que o trabalho é entendido como princípio fundamental da vida social e do modo de produção, evidenciam-se nas histórias das participantes os impactos de processos críticos relacionados ao **aumento da jornada de trabalho externa**. Esse aumento resulta em maior desgaste físico e psicológico,

além de reduzir o tempo disponível para a reprodução da força de trabalho. Soma-se a isso a **intensificação do trabalho**, marcada pela polivalência exigida da classe trabalhadora em geral, mas que recai com mais peso sobre as mulheres, devido às demandas associadas ao papel social do "ser mulher". Esse fenômeno é refletido também nos processos ansiosos das participantes, como descrito à frente. Entre as **condições de precarização do trabalho**, destacam-se o pagamento de salários abaixo do valor necessário, um elemento recorrente nas narrativas das mulheres, agravado por dificuldades de profissionalização e pela disparidade salarial de gênero (IBGE, 2022). A **formação da superpopulação relativa** também surge como uma consequência, vinculada a condições precárias de trabalho e à limitação de acesso à educação e qualificação. Para as mulheres, esses fatores são intensificados pela sobrecarga associada ao trabalho doméstico e ao cuidado familiar. Por fim, destaca-se a **alienação**, compreendida aqui no sentido econômico original de Marx, que se refere à desconexão entre o sentido do trabalho e a vivência da trabalhadora. Essa alienação reflete-se na perda de identificação com o trabalho e no distanciamento em relação aos seus significados mais amplos. O processo crítico relacionado à **mudança na composição orgânica do capital**, caracterizado pela automação dos processos produtivos com o uso da microeletrônica e da informática, ainda que tenha impactos perceptíveis na contemporaneidade, não se manifesta de maneira contundente nas histórias de vida das participantes. Suas possíveis implicações, como as discrepâncias entre os trabalhos anteriormente exercidos, como costureira ou operadora de caixa em supermercados, podem ser percebidas, mas não aparecem de forma destacada nos relatos analisados.

Dimensão de consumo e da cotidianidade:

Na dimensão da vida de consumo e da cotidianidade, destacam-se dois processos críticos principais para a depressão. O primeiro refere-se à **subsunção de todas as dimensões da sociedade ao metabolismo do capital**, que reduz a vida social à lógica capitalista, empobrecendo vínculos com o mundo, práticas culturais e atividades de lazer. Em todas as histórias analisadas, é possível identificar facetas destrutivas desse processo, seja pela estrutura que impõe jornadas extenuantes de trabalho, inclusive aos pais durante a infância das participantes, perpetuando-se nos

filhos e filhas, ou pela limitação de acesso a espaços culturais conquistados pela sociedade. O segundo processo crítico é a **alienação**, compreendida, conforme utilizada nessa análise para compreender em nível singular/pessoal, de acordo com Martins (2007), como sentimentos de falta de poder, absurdo, isolamento, auto estranhamento e ausência de normas (Almeida, 2018; Viapiana, 2017). Neste sentido, as diferentes formas de alienação são descritas pelas mulheres entrevistadas, em diversas fases da vida, sendo compreendidas como momentos chave para compreensão da determinação dos processos depressivos e ansiosos.

Dimensão da vida política:

Já na dimensão da vida política, Viapiana (2017) destaca os processos críticos relacionados à **correlação de forças na luta de classes**, enfatizando a atual ofensiva do capital e o enfraquecimento de projetos emancipatórios anticapitalistas. Esse contexto é acompanhado pela fragilização dos trabalhadores e de seus instrumentos de resistência, como sindicatos e movimentos sociais. A participação política emerge como um ponto de interesse específico nesta pesquisa, pois, além das experiências relatadas nas histórias das participantes - como o chimarrão com bolachas para Maura, as conversas com as vizinhas de Maria ou as palestras sobre racismo na escola de Adelina -, foram em momentos coletivos, como na oficina de economia solidária, nos cafés da tarde e no grupo de mulheres, que se observaram diálogos profundamente emancipatórios sobre a realidade das participantes. Essas interações revelaram mediações valiosas para o enfrentamento das violências sofridas, especialmente por serem estabelecidas relações de horizontalidade, identificação solidária e des-individualização dos problemas e das emoções. Não se trata apenas de um diálogo conduzido por profissionais da saúde, assistentes sociais ou figuras designadas para o cuidado, mas sim de trocas entre pares, promovendo interações e atividades humanizadoras. Esses espaços demonstram sua potência como redes empáticas de cuidado, nas quais outra proposta protetora se destaca: a promoção de um letramento de gênero, racial e sobre sexualidade/reprodução, tema que será explorado mais detalhadamente em seguida.

A alienação, também presente como processo crítico nessa dimensão, surge como uma consequência relevante nessa análise, dada sua influência no enfraquecimento de processos emancipatórios. Essa alienação contribui para a naturalização de construções sociais opressivas relacionadas ao ser mulher, perpetuando violências de gênero, racismo, capacitismo, LGBTfobia, entre outras. Tal obstrução mina a capacidade das mulheres de enxergar o potencial transformador da organização política e de atuar na mudança de suas realidades.

Dimensão ideológica:

Na dimensão ideológica, destaca-se o **fetichismo da mercadoria** como um processo crítico, marcado pela coisificação das relações humanas. Esse processo, segundo as histórias das participantes, manifesta-se predominantemente como um efeito sobre elas: as mulheres, na sociedade brasileira, são frequentemente “coisificadas”. Essa coisificação também se revela nas exigências estéticas, que demandam delas estarem constantemente bonitas, dentro de um padrão heteronormativo, branco e conservador. Esse padrão frequentemente colide com as experiências de mulheres negras, como Adelina, que relatou o *bullying* sofrido por parte de uma ex-amiga branca. Além disso, é evidente nos episódios de assédio enfrentados, como os de Nise, frequentemente tocada de forma inadequada pelo chefe. Esse processo crítico se desdobra em múltiplas facetas destrutivas no nível singular, evidenciando os impactos concretos da coisificação na vida dessas mulheres.

O aumento da competitividade e a diminuição da solidariedade, expressos pelo individualismo e pela responsabilização individual pelas condições de vida e saúde, emergem como processos críticos nas histórias analisadas. Esse processo se manifesta na singularidade como no caso de Maura, uma mulher mais velha e divorciada, que enfrentou o isolamento familiar durante a pandemia de Covid-19, chegando a uma condição crítica de saúde, quase fatal pela doença. Por outro lado, também são observados processos críticos que se contrapõem a essa lógica, especialmente entre mulheres, com a formação de redes de solidariedade. Essas redes, constituídas por amigas, vizinhas, mães, tias, avós e outras figuras femininas,

atuam como importantes mecanismos protetores na vida das mulheres, promovendo suporte emocional, prático e comunitário em momentos de necessidade.

O processo crítico de **medicalização social** também merece destaque, pois funciona como uma forma de naturalizar o sofrimento, atribuindo-lhe causalidades biológicas e individuais, enquanto oculta suas raízes sociais e mascara suas determinações (Viapiana, 2017; Almeida, 2018). Esse fenômeno é ilustrado no relato de Nise, que menciona como, durante sua infância, ao buscar ajuda para expressões de ansiedade relacionadas ao *bullying* que vivenciava, não encontrou mediações adequadas para compreender suas necessidades. Situação semelhante ocorreu quando, após uma tentativa de suicídio, iniciou acompanhamento médico. Nise relata que o médico apenas receitou medicamentos, sem explicar a ela sobre o diagnóstico ou o prognóstico, levando-a a refletir que, com melhores orientações, mais precocemente poderia, talvez, não necessitar de tantas medicações, como atualmente. Nas histórias das participantes, é comum que muitas não compreendam os efeitos ou a funcionalidade dos medicamentos prescritos. Essa realidade se torna ainda mais evidente entre mulheres em acompanhamento de longo prazo nos serviços especializados, como CAPS. Maria e Aurora, que estão em acompanhamento há quase 20 anos, relatam frequentemente os efeitos deletérios das medicações, como a apatia, ou a hipermedicalização, dentre outros efeitos colaterais e/ou adversos relacionados ao uso prolongado, como dores de cabeça, perda da libido etc.

Cabe destacar que a medicalização social transcende a simples apropriação do processo saúde-doença pela medicina. Esse fenômeno encontra terreno fértil nas condições sociais e econômicas moldadas pelo capitalismo contemporâneo, que incentiva a gestão individualizada de riscos e fragilidades. Nesse contexto, o uso de substâncias, sejam elas lícitas ou ilícitas, é frequentemente interpretado como uma solução aceitável e naturalizada para aliviar o sofrimento psíquico (Almeida; Gomes, 2014; Moraes, 2018). O uso de medicamentos psicotrópicos, em particular, é reforçado como não apenas uma alternativa, mas muitas vezes como a única via socialmente ofertada ou validada para lidar com adversidades emocionais. Moraes (2018, p. 265) ressalta que “as drogas se constituíram como mercadorias potentes ao longo da história e desenvolvimento capitalista, pois correspondem amplamente a

necessidades criadas em nossa sociedade de acumulação flexível.” Essa dinâmica conecta-se às demandas da lógica produtivista, aliada a sistemas estruturais de opressão como racismo, exploração de classe e patriarcalismo, que sobrecarregam grupos sociais específicos, especialmente as mulheres.

Nas condições desiguais impostas pelo sistema capitalista, o consumo de substâncias se apresenta como uma tentativa de mitigar o sofrimento imposto pela desigualdade. Moraes (2018, p. 265) reforça que mulheres enfrentam a “necessidade de ‘aplar’ o sofrimento [por meio de drogas], sejam elas lícitas ou ilícitas, compradas no bar, na biqueira ou na farmácia.” Nas histórias de Maura, Aurora, Carla e Leonora, emergem facetas destrutivas relacionadas ao consumo de substâncias como álcool e outras drogas, evidenciando os impactos dessa dinâmica no contexto singular de suas vidas.

A **alienação**, nesta dimensão ideológica, é caracterizada pela ausência de relação consciente com a existência socialmente imposta e a naturalização de condições historicamente objetivadas em sociedade, levando à submissão dos indivíduos a estas (Viapiana, 2017). Portanto, neste campo entricheiraram-se as opressões pautadas no “nó”, requalificadas pelos preconceitos e discriminações como a LGBTfobia e o capacitismo, implicadas nas histórias singulares. Embora as expressões dessas opressões variem qualitativamente entre gerações, há uma percepção uníssona de que a “ordem das bicadas” imposta às mulheres ressoa como uma realidade incontestável. Essa ordem inclui expectativas sobre a maternidade e o casamento, que, apesar de serem questionadas em períodos mais recentes, assumem novos contornos no capitalismo contemporâneo. Esse sistema se sustenta e perpetua desigualdades raciais, de gênero, entre etnias e orientações afetivo-sexuais, reafirmando as hierarquias sociais que condicionam a vivência das mulheres.

Dimensão das relações com o ambiente natural e social:

Por fim, na dimensão das relações com o ambiente natural e social, destaca-se o processo crítico de **subsunção às dinâmicas de exploração e acumulação**. Esse fenômeno manifesta-se, nas histórias de vida, pela compressão do tempo-espaço, marcada pela volatilidade, instantaneidade e descartabilidade implícitas nas

dinâmicas impostas pelo capital. Tais características contribuem para facetas destrutivas indicadas, como a “coisificação” das relações sociais, obstruídas pelas exigências dos papéis sociais atribuídos às mulheres. Outro processo crítico refere-se à **urbanização contemporânea (e abranger aqui as políticas relativas à vida nas cidades)**, organizada prioritariamente para atender à lógica mercantil, em detrimento do bem-estar da maioria da população. Isso impõe severas restrições ao usufruto das conquistas humanas, como a mobilidade urbana, evidenciada nos desafios de acessibilidade enfrentados por Carla - chegando ao absurdo de não poder ser atendida em condições satisfatórias na Delegacia da Mulher, sendo seu relato colhido na rua. Além disso, a falta de espaços públicos de atividade física, lazer, cultura e convivência limita o surgimento de laços emancipatórios em atividades vitais para a saúde integral e o bem-estar, sobretudo considerando as demandas específicas de diferentes faixas etárias, dinâmicas de trabalho, o trabalho de cuidado com crianças, entre outros. Os espaços públicos, majoritariamente, não atendem às necessidades das mulheres, impondo claras limitações à liberdade de circulação e ao exercício de certas atividades que homens, em geral, desfrutam, como as práticas esportivas, mesmo que com restrições gerais à classe trabalhadora como um todo. Assim, as mulheres permanecem privadas do pleno uso e gozo não apenas das ruas e parques, mas até de suas próprias casas, que se tornam lugares de mais desgaste biopsíquico além de associados a experiências de assédio e abuso, como relatado por Leonora, Nise, Maura e todas as outras entrevistadas.

Sinalizados os processos críticos universais e particulares da depressão, que incidem mais sobre as mulheres, alguns apontamentos se seguem sobre os processos que determinam mais especificamente por sua vez os quadros de ansiedade. É tido nesta análise que muitos dos processos críticos que atuam sobre a determinação da depressão atuam como gênese também da ansiedade, diferindo em sua expressão - entre um sofrimento de perda volitiva, de alteração de motivos e de um sofrimento de medo/preocupação excessiva/polivalência imposta, imbricadas no nó. No estudo sobre a determinação da ansiedade, Andrade (2022) enfatiza que as condições estruturais de opressão e subordinação, presentes nos níveis universais e particulares da vida das mulheres, não podem ser negligenciadas nas análises sobre a maior incidência de transtornos ansiosos em mulheres. O autor destaca que:

As mulheres não adoecem mais que os homens, mas sim, são submetidas a mais sofisticados mecanismos de exploração. Sua função social de 'reprodutora', 'cuidadora', 'mantenedora' é imposta de maneira a se naturalizar. Se alongarmos nossa análise, podemos dizer o mesmo sobre pessoas pretas, indígenas e homossexuais. Historicamente, indivíduos pertencentes a esses estratos da classe trabalhadora foram subjugados e forçados a internalizar ideologias que os pregavam como seres inferiores. (Andrade, 2022, p. 120).

De acordo com Viapiana (2017), a polivalência é exigida de toda a classe trabalhadora, levando as dinâmicas de estudo e trabalho a níveis extenuantes. Para as mulheres, essa polivalência assume especificidades, uma vez que elas estão imersas em expectativas de papéis sociais. A constituição do psiquismo de mulheres é sustentada pelas condições sociais desiguais relacionadas a gênero, raça/etnicidade e classe, o que impacta no desenvolvimento de suas funções psicológicas superiores. Esse processo é reforçado por experiências recorrentes de medo, preocupação excessiva, cobrança de desempenho, culpa por fracassos, estado de alerta, além da necessidade de atender a múltiplas demandas, como o trabalho doméstico, o cuidado familiar, o sucesso profissional e as pressões estéticas (Andrade, 2022; Viapiana, 2017). Nesse contexto, Andrade (2022) aponta que:

Assim, algumas funções psicológicas – que poderiam se constituir por mediações mais apropriadas para lidar com as exigências e as pressões sociais incitadoras dos estados ansiosos –, devido à ausência ou mesmo às inadequações das mediações, podem culminar na continuidade e/ou intensificação dos estados de medo e ansiedade, por períodos excessivamente longos e para além do que a pessoa/personalidade pode 'dar conta', sem grandes prejuízos ao sistema personalidade-atividade. As ameaças reais, sempre sentidas e significadas, suscitam emoções e pensamentos, dentre os quais se destacam medo, preocupação e alerta, os quais podem desorganizar as atividades e as relações. (Andrade, 2022, p. 124).

Portanto, além dos processos críticos já identificados como determinações para a depressão, agora destacamos aqueles referentes à ansiedade. Na dimensão produtiva, é essencial abordar a categoria do **trabalho reprodutivo/doméstico**, que implica dinâmicas que, ao longo da vida das mulheres, adquiriram facetas destrutivas. Essas dinâmicas envolvem sobrecarga nos cuidados, falta de reconhecimento e a naturalização desse trabalho como uma função "de amor". Essas questões geram implicações nos processos ansiosos, pois, mesmo diante das exigências do trabalho externo extenuante, espera-se que as mulheres "deem conta" do trabalho reprodutivo, como uma função natural. A quantidade de horas gastas nos processos de polivalência entre o trabalho externo e o trabalho reprodutivo, já mencionada neste

trabalho, revela um padrão de desgaste acumulado ao longo do tempo, o que pode resultar em ansiedade, manifestada como “sobrecarga mental” que perpetuada ao longo de muito tempo, converge com o surgimento de sentimentos de desamparo, tristeza e perda de sentido da vida (sinais dos quadros depressivos). No mesmo campo, é possível hipotetizar que o processo crítico das condições precárias de trabalho também incide na hiperestimulação social, em que as mulheres são pressionadas a responder a múltiplos estímulos. Nas histórias de Nise e Adelina, por exemplo, essa sobrecarga se manifesta como grandes obstruções no campo do trabalho. A limitação no acesso à educação e à profissionalização também aparece como uma determinação para a ansiedade, como é o caso de Maura, que sofria de grande ansiedade em situações sociais devido à obstrução em seus estudos, ou de Aurora, que relata períodos de ansiedade após o abandono do pai de seus filhos que lhe impõem a condição de única responsável pela manutenção da vida dos mesmos, com todas as preocupações e tarefas que isso implica.

Na dimensão de consumo e cotidianidade, hipotetizamos que o processo de subsunção à lógica do capital se manifesta em facetas que impactam diretamente a ansiedade das mulheres. Exemplos disso podem ser observados nas histórias de Aurora, que se viu obrigada a trabalhar como profissional do sexo para sustentar seus filhos, e de Maura, que precisou da ajuda de suas vizinhas para alimentar suas filhas. Ambas relatam crises de ansiedade associadas às dinâmicas de consumo (serem as únicas responsáveis por atender as necessidades materiais) e à falta de acesso a condições básicas de existência. Quando as mulheres não conseguem acessar dinâmicas de consumo e cotidianidade saudáveis, episódios de ansiedade se tornam recorrentes, conforme relatado em suas histórias. **A falta de renda própria**, presente nas narrativas de Maura, Aurora e, até recentemente, Leonora, perpetuou situações de violência por parceiro íntimo, configurando-se como uma categoria crucial de análise dentro do estudo, tanto como determinante para a depressão quanto ansiedade.

Por sua vez, na dimensão da vida política, indicamos que os processos ansiosos encontram determinações, assim como para a depressão, na impossibilidade de atribuir sentidos às violências que estão submetidas. A naturalização de opressões, sua alienação resultante da falta de mediações

coletivizadas de forma a emancipar as mulheres, atribuem qualidades aos processos ansiosos e depressivos.

Na esfera ideológica, o processo crítico de fetichização da mercadoria, expresso pela “coisificação das mulheres”, impõe condições ansiosas, uma vez que é esperado que a mulher atenda a padrões inumanos relacionados aos papéis sociais de mulher, mãe, esposa e trabalhadora. O *bullying*, muitas vezes com foco na estética/aparência das meninas e mulheres, assume facetas especialmente destrutivas, ligadas à ansiedade. Nise, por exemplo, sofreu *bullying* devido às suas “orelhas de abano”, o que marcou sua autoconsciência e contribuiu para episódios de ansiedade sempre que ia ao colégio, sendo que ela só estabeleceu vínculos de amizade após passar por uma cirurgia. A ansiedade em relação à limpeza, presente nas histórias de Maura e Leonora, também pode ser associada a esse contexto, evidenciando como a pressão social sobre as mulheres como atributo de identidade do “feminino” (cuidar bem do lar) pode gerar distúrbios emocionais, como a ansiedade.

Com relação à medicalização social, ainda cabe notar **uso de substâncias** como forma de aplacar sentimentos de solidão que antecederiam momentos de ansiedade, como na história de Maura, assim como forma de autorregulação dada a vivência de ansiedade e a angústia de trabalhar repetidamente na boate, como para Aurora. Para Leonora, o processo de uso de substâncias também com o intuito de enfrentamento das violências e opressões aparece na adolescência, assim como Carla. O uso de substâncias, lícitas ou ilícitas para “aplacar” ou “controlar” a ansiedade, é frequente nas histórias.

O percurso até aqui buscou desvelar os processos críticos em níveis universal e particular, com referência às facetas protetoras e/ou destrutivas em nível singular (presentes no Quadro 6), que determinam as expressões de ansiedade e depressão em mulheres nas diferentes dimensões da vida. Com o objetivo específico de aprofundar a investigação sobre o perfil epidemiológico de mulheres com depressão, ansiedade ou TMC, destacamos que os processos críticos que determinam seu curso implicam necessidades não objetivadas, alienações e relações sociais de exploração-opressão que incidem sobre os processos biopsíquicos que configuram a saúde-doença. Em síntese, os processos críticos destrutivos vivenciados na infância e

adolescência deixam marcas profundas no desenvolvimento das mulheres, ressoando na vida adulta como feridas revividas, além do fato de que se perpetuam e se complexificam as necessidades violadas e frustradas. Esses traumas estão presentes em histórias de relacionamentos violentos permeados por diversas formas de violência - física, psicológica e sexual - como nas trajetórias de Nise, Carla, Leonora, Adelina, Aurora e Maura. Exemplos como a tentativa de abuso pelo irmão na história de Carla ou o abuso no parque vivenciado por Nise, por um cliente do mesmo local onde sofria assédio do chefe, ilustram a continuidade dessas violências. O mundo do trabalho também reforça dinâmicas opressivas, reproduzindo violências já enfrentadas anteriormente. A violência obstétrica, como nos casos de Maura e Carla, e a negligência médica que culminou na perda da filha de Carla são exemplos dessa perpetuação. A sobrecarga doméstica, agravada pela responsabilização única na parentalidade, é outra dimensão evidente, especialmente nas histórias de mulheres como Maura, Aurora e Maria, que enfrentam as exigências acumuladas entre o cuidado familiar e as responsabilidades cotidianas, que se iniciaram com trabalhos de cuidado desde a infância (exploração do trabalho infantil).

As trajetórias de vida revelam uma série de obstáculos à profissionalização, refletindo a ausência de incentivos essenciais ao desenvolvimento das mulheres. A inserção e/ou reinserção no mercado de trabalho é frequentemente atravessada por desafios como a sobrecarga parental, as responsabilidades com os cuidados e a carência de suportes familiares e institucionais, como creches e outros serviços que poderiam oferecer contribuições significativas. Assim, observa-se que a impossibilidade de conquistar autonomia financeira atua como determinante na perpetuação da violência por parceiro íntimo, evidenciada nas histórias de Leonora, Maura e Aurora. É possível destacar a pertinência do conceito de “nó” para compreender tais processos, não como uma mera soma de opressões, mas como manifestações qualitativamente distintas e articuladas. No caso de Carla, por exemplo, a violência e perseguição sofridas pelo ex-companheiro, aliadas à impossibilidade de atendimento adequado na Delegacia da Mulher devido à falta de acessibilidade, evidenciam não apenas a opressão de gênero, mas também o entrelaçamento com as categorias de raça, classe e da opressão por capacitismo, enquanto mulher negra, de classe trabalhadora, e com deficiência. Essas qualidades específicas adicionam camadas fundamentais para a análise, conforme sugerido por

Saffioti (2015), que reforça a importância de abordar tais intersecções de maneira integrada e crítica.

Dessarte, o tratamento dado à “causalidade” na epidemiologia convencional, que falha repetidamente em compreender tanto os níveis universais e particulares que sustentam os eixos de opressão e dominação, quanto às especificidades que se manifestam de maneira singular, ao homogeneizar estratos sociais e perder de vista a dialética inscrita na realidade.

Podemos observar que os processos críticos adquirem facetas protetoras e/ou destrutivas, dependendo não apenas das qualidades inscritas no “nó”, mas também das diferenças próprias às pessoas, como de idade entre as entrevistadas, das políticas públicas disponíveis e de demais respostas encontradas no meio social. Essa questão é fundamental para abordar uma importante lacuna que a epidemiologia clássica não consegue responder: por que há mulheres que, mesmo expostas aos “fatores de risco” para depressão e/ou ansiedade, não desenvolvem necessariamente as condições psíquicas patológicas?

Sobre esta, podemos teorizar que não bastam as experiências objetivadas para compreender seu impacto no psiquismo, e sim como estas foram sendo interiorizadas, revestidas de sentidos; é preciso observar quais foram as mediações dadas pelo meio para as violências, interdições e opressões com potencial de produzir uma alteração significativa na dinâmica da atividade-consciência-personalidade das mulheres. Compreender a dialética desses processos permite que possamos conceber como, na nossa sociedade, podemos criar mecanismos menos individualizantes/individualizados para enfrentamentos possíveis do sofrimento psíquico. Por exemplo, a vivência de racismo para Adelina na infância poderia, como em outras histórias, corroborar para um complexo de inferiorização da pessoa negra (Costa; Queiroz; Muniz, 2024), prejudicando sua autoconsciência, atuando como determinante na depressão e/ou ansiedade - porém, a mediação de sua mãe para que compreendesse que não havia nada de errado com sua cor, “que isso se chama racismo”, atuou de forma a não consolidar esse sentido na construção de sua personalidade, promovendo inclusive movimentos da personalidade mais capazes de resistir e lidar também com as formas de *bullying* que sofreu.

De forma semelhante, buscamos compreender como, dialeticamente, são proporcionadas mediações às mulheres para enfrentar/melhorar/sair de um episódio depressivo e/ou ansioso. Para destrinchar essa questão, primeiro sinalizamos os processos críticos protetores que são vivenciados pelas entrevistadas, para então demonstrar aqueles que imprimem função significativamente protetora na vida das mulheres. A qualidade dos vínculos com o mundo constitui processo protetor quando se tornam relacionamentos afetivos autênticos e respeitosos, como os de Carla e Maria, que fortalecem formas humanizadas de se relacionar afetivamente. Também se destacam os familiares que atuam como suporte em diferentes momentos: a mãe de Carla e Adelina, o pai de Leonora e Aurora, o neto de Maura, os pais de Nise e o esposo de Maria. As amigas são frequentemente mencionadas pelas entrevistadas, desempenhando papéis essenciais: ajudando Leonora a obter acesso médico, apoiando Nise a romper com um relacionamento abusivo ou auxiliando Maura a alimentar suas filhas. Há histórias de amigas que incentivaram momentos de pausa, como na vida de Maura, convidando-a para tomar chimarrão na calçada enquanto as crianças brincavam. Na maioria dos relatos, outras mulheres emergem como principais promotoras de redes de apoio e proteção. O mesmo se aplica aos ambientes de trabalho, onde vínculos significativos com colegas e chefes compreensivos às necessidades relacionadas à maternidade, saúde e bem-estar emocional são destacados como processos de suporte e cuidado ao longo do tempo.

Outros processos protetores são evidenciados nas políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, ainda que apresentem limitações, bem como nas oportunidades de profissionalização. O fortalecimento de redes de educação, o aumento de financiamento e a promoção de atividades humanizadoras, como o incentivo à cultura, são elementos fundamentais. Ter uma renda própria constitui-se como um processo crítico protetor essencial. A rede de apoio, mencionada anteriormente nos vínculos com o mundo, desempenha um papel crucial na proteção da saúde mental das mulheres. Nesse contexto, as relações construídas em ambientes religiosos e a própria prática da religião destacam-se como processos protetores importantes, embora também possam apresentar facetas destrutivas, como a reprodução de estereótipos e opressões de gênero.

Esses processos, que promovem o enfrentamento e a melhora do sofrimento psíquico, bem como a qualidade de vida das mulheres, evidenciam a necessidade tanto da pesquisa como das políticas (não só de saúde) de irem além das análises fragmentadas típicas da epidemiologia clássica e por conseguinte de práticas também muito seletivas, pouco abrangentes e unidimensionais. As análises e ações reducionistas frequentemente reduzem realidades complexas a “fatores de risco” isolados, como o “consumo diário de bebida de cola” e sua suposta relação causal com a depressão (Bones; Bellenzani, 2024).

É fundamental reconhecer que mudanças estruturais na sociedade, e também, em políticas públicas compensatórias altamente transversais, são indispensáveis, ainda mais dentro da sociabilidade, da economia e do Estado subordinados ao capital. Apenas a partir dessas transformações, como parte das vitórias parciais da classe trabalhadora na luta de classe, ainda que constrangidas pela sobredeterminação capitalista, será possível avançar a favor da vida das mulheres trabalhadoras, com intervenções mais eficazes em promover, de forma mais ampla e sustentável, a saúde mental das mulheres, neste tempo histórico e neste país. E, frisa-se, tais políticas extrapolam o escopo tradicional das políticas de saúde mental no SUS.

A nível psicológico, por sua vez, as formas de alienação presentes se manifestam de diversas maneiras ao longo da trajetória das entrevistadas, entrelaçadas com necessidades humanas não atendidas. Nos momentos mais depressivos de Maura, a solidão, conforme ela relata, representa uma alienação por isolamento, relacionada ao sentimento de rejeição que experimenta desde a infância. Para Maura, as alienações em sua vida perpetuaram uma “dupla” identidade, mantendo, até nos momentos de agudização do sofrimento, os papéis de “mulher perfeita”. O sentimento de “falta de poder” parece estar atrelado ao papel social da mulher, permeando todas as histórias de vida. O processo de alteração da estrutura de motivos, que aqui entendemos como a perda da volição no contexto da depressão, está presente nas histórias de todas as entrevistadas, sendo uma consequência das barreiras objetivas impostas ao bem-estar das mulheres. Esse sentimento de falta de poder se manifesta, principalmente, nas dificuldades em enfrentar as violências, seja pela descrença na efetividade das políticas públicas de segurança ou pelas experiências de divórcio seguidas de violência patrimonial.

No trabalho precarizado, perpetua-se a alienação sob a forma de “auto-estranhamento”, onde a dependência entre as atividades e as recompensas que se localizam fora delas não se estabelece - apenas Nise aponta satisfação com sua situação profissional atual, após ser chamada para um concurso público. Nos relacionamentos afetivo-sexuais, predominantemente com homens, muitas entrevistadas mencionam o “sentimento de absurdo”, que reflete a baixa expectativa de que os comportamentos deles possam corresponder a resultados aceitáveis. Após o divórcio e algumas relações breves, Maura relata ter desistido de se envolver afetivamente. Essa forma de alienação, o “isolamento”, ligada à desesperança e à desvalorização de objetos e valores sociais, que distanciam a sociedade do indivíduo, aparece em todas as histórias, em diferentes momentos, como o *bullying* e seu efeito de perda de vínculos nas histórias de Nise, Adelina e Maura, ou a falta de apoio familiar, no caso de Maura, Leonora e Aurora, entre outros rompimentos. Nesta fase do desenvolvimento, perdas significativas e os lutos decorrentes complexificam-se: a perda dos pais é tida por Maura, Aurora, Leonora e Maria como um evento traumatizante - ou também em perdas não esperadas, como na história de Carla, com a filha. O choque com a perda abrupta sinaliza uma qualidade distinta aos outros lutos evidenciados.

A polivalência exigida das mulheres, aliada aos processos ansiosos, manifesta-se como efeito direto da sobrecarga. Essas respostas também surgem em situações traumáticas e angustiantes, como a perseguição sofrida por Carla, promovida por seu ex-companheiro, ou o tratamento de silêncio imposto pelo ex-parceiro de Nise. Outras formas de ansiedade também são evidentes nessa fase para as entrevistadas. Maura, por exemplo, relata episódios de comer compulsivo, os quais associa a momentos de solidão:

Quando dá a solidão, você já, você está só. Aí você não consegue mais ficar sentada. A solidão leva você a andar. Daí você começa a andar pra lá e pra cá. Daí você começa a sentir que nem um leão preso na jaula. Daí você começa a querer dar um... Você começa a reagir, coisa que no teu normal, você não faz. Então, a ansiedade pra mim foi assim, eu comecei a comer demais [...] E nem era fome. Era porque era uma ansiedade, que fazia você comer assim”. (Maura, 65 anos).

Leonora e Maura relatam manifestações de ansiedade que se expressam em comportamentos obsessivos relacionados à limpeza. Nise, por sua vez, menciona episódios de automutilação, que ocorreram durante crises de ansiedade mais intensas. Maria, aos 58 anos, ainda enfrenta crises de ansiedade, especialmente

quando visita a casa da mãe, onde reside com o padrasto que a abusou na infância e adolescência. As crises de ansiedade relacionadas ao trabalho manifestam-se de diversas formas. Para Nise, a simples ideia de ir ao ambiente de trabalho já era suficiente para desencadear episódios de ansiedade, intensificados por vivências de assédio. Em outros casos, como os de Adelina e Nise, os sentimentos de hiperestimulação associavam-se ao contexto laboral, como o ambiente movimentado de um supermercado e as demandas emocionais no serviço de assistência social em que trabalhavam, respectivamente.

A autoconsciência das mulheres parece ser profundamente impactada pelas estruturas patriarcais, machistas e racistas, manifestando-se especialmente nos relacionamentos, com destaque para os afetivo-sexuais violentos na vida adulta. A autoestima, analisada neste contexto de forma interligada ao amadurecimento da autoconsciência, mostra-se fragilizada em situações de término de relacionamento, como observado nas histórias de Aurora, Maura, Nise e Leonora. Maura, por exemplo, relata sentir vergonha de se expressar devido às humilhações frequentes sofridas na vida adulta por parte de seu ex-marido. Ela menciona um sentimento de inferioridade por não ter concluído os estudos, perpetuado no antigo casamento. Esse aspecto da formação social da autoconsciência de mulheres nos dá pistas importantes sobre o trabalho a ser feito de conscientização e empoderamento (novas mediações coletivas) - não esse, esvaziado de sentido e mercantilizado, mas o coletivizado em associações, espaços públicos, movimentos sociais, na educação e na saúde, para que possam potencializar os processos volitivos, de enfrentamento das circunstâncias cerceadoras e violentas às quais as mulheres são submetidas.

Para uma síntese provisória, destacamos em eixos:

- 1) Os transtornos depressivos e ansiosos em mulheres são compreendidos como expressão das crescentes exigências psíquicas e resistência às constrições pelo capital que se alimentam de outras formas de opressão**
 - As práticas impostas pelo capitalismo atualmente imprimem determinações ao sofrimento psíquico. São violadas as necessidades biológicas, psicológicas e sociais, em alienações que marcam a construção da personalidade.
 - O capital ainda incide sobre o sofrimento de mulheres, distanciando-as do significado social do seu trabalho reprodutivo, negando seu valor e imprimindo

condições específicas para seu adoecimento. Os graus exigidos para atender a essas normas do capital, tanto em trabalho externo como o de reprodução/doméstico são cada vez mais altos, aproveitando do desvalor para manutenção das bases capitalistas.

- São frequentemente invisibilizados os efeitos dos processos críticos estruturais que incidem em níveis universais e particulares nas análises sobre os sofrimentos de mulheres, impedindo seu reconhecimento na determinação (e no fortalecimento de ações no cuidado) do sofrimento.
- Desde a inserção de mulheres no mercado de trabalho externo, não são oferecidas condições para reconhecimento de suas jornadas duplas e triplas, valendo-se do seu trabalho reprodutivo, negando seus efeitos de desgaste no padrão epidemiológico que atinge a saúde mental. Tão como são esperadas, frente ao envelhecimento da população e a diversificação das práticas de cuidado (Hirata, 2022), que tais trabalhos de cuidado permaneçam invisibilizados, subvalorizados e/ou não pagos.
- Ao longo do desenvolvimento de mulheres, são inscritas necessidades específicas, organizadas pelo “nó”. Necessidades essas comumente desconsideradas ou subaproveitadas em políticas públicas, incluindo as de saúde e saúde mental.

2) As alienações como centrais nas alterações de personalidade que podem ocorrer nos transtornos depressivos e ansiosos

- As necessidades não satisfeitas em saúde caracterizam-se como alienações que inscrevem o curso do sofrimento psíquico, aqui principalmente os depressivos e ansiosos.
- As atividades alienadas podem levar a um sentimento de sofrimento que se repete permanentemente, adquirindo qualidades e expressões distintas ao longo da vida de mulheres.
- Os diversos efeitos da alienação entrincheiram-se nas opressões-subordinações de gênero-raça/etnia-classe, assim como na LGBTfobia e no capacitismo.

3) As alterações da personalidade na depressão e na ansiedade em mulheres

- Os processos críticos nesta análise descritos, incidem de forma universal e particular na realidade de mulheres, configurando o cenário em que se inscrevem as diferenças singulares. Os processos críticos organizam o cenário epidemiológico geral das mulheres, com respeito à sua diversidade.
- A nível singular, são descritas as facetas protetoras e destrutivas que destes processos derivam. As alienações/necessidades em saúde não satisfeitas são compreendidas nesta categoria, análogas à determinação dos processos depressivos e ansiosos.
- Nos processos depressivos, as alienações manifestam-se em diferentes expressões como o sentimento de absurdo, falta de poder, ausência de normas, isolamento e auto estranhamento. Há, neste sentido, uma alteração na estrutura de motivos na atividade, onde se perde a função estimuladora (Almeida, 2018).
- Nos processos ansiosos, compartilham-se das bases da alienação, sustentadas pela revogação de valor do trabalho reprodutivo/doméstico de mulheres e a polivalência exigida nos papéis sociais do ser mulher.
- As possibilidades de cuidado às mulheres e mais amplamente as políticas de bem-estar social precisam, portanto, atuar sobre os processos críticos que caracterizam as formas de adoecer contemporaneamente, promovendo de forma emancipatória e autônoma o desenvolvimento humano rumo à emancipação.

Dessarte, essa análise almejou demonstrar o maior alcance explicativo, pautado na epidemiologia crítica, na psicologia histórico-cultural e no marxismo feminista, sobre como acontecem os movimentos na totalidade que não podem ser reduzidos a “fatores de risco”. E como podemos, frente às pressões hegemônicas da individualização do sofrimento, do diagnóstico e prognóstico biologicistas, da medicalização social (que assumem tons de crueldade somadas as opressões de gênero, raça/etnia e classe), firmar a luta por projetos societários conscientes das necessidades específicas de estratos sociais historicamente oprimidos. Que promovam enfrentamentos coletivos para sua emancipação, atuando assim, concretamente, na melhora de quadros de sofrimento psíquico.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um esforço central nesta pesquisa foi evidenciar como, ao se distanciar das ciências sociais e humanas, uma área científica tão potente quanto a epidemiologia frequentemente negligência e omite a determinação social do sofrimento psíquico. Mesmo em abordagens mais moderadas, como a teorização dos "determinantes sociais", suas compreensões e formulações permanecem limitadas frente aos avanços teóricos aqui adotados, que inserem a dialética entre os contextos universais e particulares como chave explicativa.

Assim, em termos conclusivos, os achados e análises apresentadas permitem afirmarmos o seguinte, na contramão das perspectivas reducionistas. As alterações patológicas da personalidade de mulheres com depressão e ansiedade devem ser compreendidas a partir do movimento dialético dos processos críticos que se abatem sobre sua vida, em geral desde os tenros períodos do desenvolvimento. De forma resumida, os processos críticos (em suas diversas dimensões), que atuam pela dialética singular-particular-universal, se enraízam nas estruturas de opressão e dominação capitalista-racista-machista. Esses processos assumem especificidades – facetas – que podem ser protetoras e/ou destrutivas, mas tendem mais fortemente às segundas, e se apresentam qualitativamente em "nó". A forma como são revestidos de sentidos pessoais, os fatos e as circunstâncias vivenciadas - subsumidas a esses processos críticos -, ao longo do tempo, depende das possibilidades de alienação ou humanização do momento histórico e dos contextos particulares (incluídas as políticas públicas), em que cada vida singular transcorre. De acordo com as qualidades negativas das mediações encontradas no meio social, podem ser observadas a ocorrência gradual de alterações na estrutura de motivações da personalidade-atividade, e na capacidade da autorregulação das emoções-pensamentos de cunho depressivo e ansioso pelo sistema da consciência (considerando a interfuncionalidade das funções psicológicas superiores). O "saldo" será uma tendência a sucumbir ou a resistir pelas mulheres frente aos fatos e circunstâncias objetivas e aos

estados psicofisiológicos correspondentes, característicos da depressão e/ou da ansiedade, no caso.

O esforço aqui, é sobretudo, infiltrar-se no campo das ciências não críticas pautando uma orientação política na *práxis* em torno dos chamados "transtornos mentais" na contemporaneidade. Evidencia-se, assim, os efeitos deletérios de uma perspectiva que responsabiliza indivíduos e promove a autogestão da saúde mental como solução para a sociedade como um todo - com destaque, nesta análise, para as mulheres. Tal abordagem individualizante e descontextualizada não apenas invisibiliza as condições estruturais de opressão, mas também reforça dinâmicas de medicalização e alienação que perpetuam desigualdades sociais (Breilh, 2010). Neste sentido, Andrade (2022) complementa:

Como aceitar que as mulheres são mais suscetíveis à ansiedade caracterizada como patológica devido, estritamente, a fatores genéticos e hormonais? Como desconsiderar a totalidade social, que naturaliza a exploração do trabalho feminino, apontando estressores/determinantes sociais isolados como causas dos transtornos de ansiedade? Mais uma vez, toma-se a aparência como sendo a essência do problema, velando a determinação social mais profunda da ansiedade em pessoas do sexo feminino (Andrade, 2022, p. 120).

É pertinente destacar a discrepância significativa nos apoios e financiamentos destinados a estudos centrados em abordagens biológicas e individuais, muitas vezes atrelados aos interesses das indústrias farmacêuticas, em comparação com os incentivos oferecidos a pesquisas críticas de caráter qualitativo, vinculadas às ciências sociais. Essa disparidade reflete não apenas a hegemonia das abordagens biomédicas na produção de conhecimento científico, mas também os interesses econômicos que perpetuam uma lógica de medicalização e descontextualização das questões de saúde mental (Breilh, 2010; Donnangelo; Pereira, 1979).

Ao priorizar estudos que reforçam diagnósticos e tratamentos farmacológicos, há uma marginalização sistemática das investigações que buscam compreender os determinantes sociais do sofrimento psíquico e suas relações com contextos estruturais de exploração-opressão. Essa configuração dificulta avanços na construção de abordagens que promovam transformações sociais e emancipação coletiva, fundamentais para a superação de desigualdades que afetam, de modo desproporcional, mulheres e outros estratos historicamente marginalizados.

Os resultados deste estudo reforçam a premissa de que, frente à individualização e à culpabilização das mulheres em relação ao seu estado de saúde mental, efeitos gerados por interpretações biologicistas ou pela superficialidade na abordagem dos determinantes sociais da saúde, torna-se urgente a construção de fundamentações teórico-práticas materializadas em tecnologias e políticas sociais que possam atuar como processos críticos protetores no perfil epidemiológico das diversas mulheres que compõem o cenário brasileiro. Enfatizamos, portanto, que estratégias menos espontaneístas e mais planejadas com bases em necessidades coletivas devem ser priorizadas, deslocando o foco da responsabilidade individual da mulher para ações comunitárias, estruturais e políticas. Neste campo historicamente produzido por homens e para homens, é imperativa a incorporação de uma perspectiva feminista na saúde coletiva como um todo e na saúde mental em particular, capaz de integrar as especificidades de gênero, raça, classe e outros marcadores sociais, promovendo um enfrentamento efetivo das condições que perpetuam as desigualdades e o sofrimento psíquico.

São gritantes as negligências de políticas públicas já existentes que não conseguem abranger a totalidade diversa de mulheres tão como as que são inexistentes, cujos indicadores para sua promoção são sensíveis e não contemplados para construção de forma organizada a sustentar as mudanças estruturais necessárias ao pleno desenvolvimento da sociedade. No campo da saúde, essa precariedade é refletida na falta de capacitação profissional. A experiência de negligência médica na trajetória de Carla exemplifica como profissionais da área, muitas vezes, não estão preparados para atender às demandas específicas de todas as pessoas, especialmente aquelas relacionadas a deficiências. Neste sentido, Nicolau, Schraiber e Ayres (2013, p. 870) complementam:

A identificação das diferentes dimensões da vulnerabilidade na experiência cotidiana dessas mulheres permite uma ampliação do nosso olhar para além de demandas relativas a alterações morfofuncionais de seus corpos, assim como para as distinções, que constituem efetivamente desigualdades, ou discriminações médico-sanitárias, inscritas em suas condições de usuárias de serviços públicos de atenção primária à saúde.

A limitação nas políticas públicas também é evidente no impacto dos tetos de financiamento, que não apenas comprometem a saúde, mas também enfraquecem a educação pública - frequentada pela maioria das entrevistadas. Há ainda uma multiplicidade de outras políticas, transversalmente relacionadas, que poderiam

contribuir para processos críticos protetores significativos na trajetória das mulheres, mas que permanecem subdesenvolvidas ou inexistentes.

Outro efeito deletério do campo biomédico são as políticas que se mantêm com foco no nível reprodutivo, convencionalmente inferindo o sofrimento psíquico ao corpo de mulheres (Santos, 2009). Com vistas a esse bloqueio, sinalizamos ainda a parca visibilidade possível a outras experiências do ser mulher, vivências queer, em diferentes expressões de gênero, com orientações afetivas-sexuais diversas, assim como nas vivências de mulheres trans e travestis. Consta como limitação deste estudo não ter participantes que as representassem, com suas particularidades no que tange sobretudo às violências a que estão mais expostas.

Indicações para o cuidado: são indispensáveis políticas públicas altamente transversais, cobrindo as diferentes fases do desenvolvimento humano. É indiscutível a politização do cuidado às mulheres, com foco desenvolvimental emancipatório. Espaços coletivos que promovem protagonismo atuam como importante forma de prevenção das violências a que as mulheres estão subordinadas. Neste sentido, políticas de letramento de gênero e sexualidade, raça e etnicidade, tão como de classe, têm sido apontadas como indispensáveis para mudanças significativas no panorama epidemiológico da saúde mental de mulheres (Zanello, 2023).

Isto indica possibilidades de cuidado não somente nos serviços de saúde mental, como os grupos de mulheres, oficinas de geração de renda e outros espaços coletivos - até o cafezinho compartilhado na copa - que ocupam lugar de destaque nas entrevistadas. Mas também em outros espaços, em associações de moradores nos diversos territórios municipais, nas unidades de saúde, em movimentos sociais, sindicatos, entre outros.

Em estudo sobre os sintomas depressivos em pessoas sem-teto em ocupações de São Paulo, Boulos (2016) observa um dado que corrobora a esta preposição. A participação em atividades coletivas promove um efeito protetor sobre as pessoas, principalmente em isolamento social, promovendo a remissão de sintomas depressivos. É possível hipotetizar, portanto, que somadas as políticas públicas nos diversos setores, espaços coletivos onde imperam as relações horizontalizadas, de trocas humanizadoras, promovem efeito significativo tanto na politização da autoconsciência e autoestima de mulheres, como na promoção de estratégias coletivas de enfrentamento, que atuam a nível psicológico na prevenção/remissão de processos depressivos/ansiosos.

O grupo de mulheres frequentado por Maria compartilha das mesmas características, destacando-se como um local importante para trocas significativas e para lidar com as diversas contradições da experiência feminina. O trabalho com grupos de mulheres tem sido apontado em estudos científicos como uma ferramenta relevante para promover a autonomia (Costa; Gomes; Passos, 2017; Santos; Romanini, 2018; Bones, 2021). É evidente que esses grupos atuam como instrumentos de enfrentamento coletivo, conforme destacam Prado e Queiroz (2012, p. 311), sendo uma “prática com foco privilegiado nas narrativas das mulheres sobre si mesmas, num processo de produção de sentidos de caráter coletivo e interativo”.

Foi possível perceber a reciprocidade entre as integrantes do grupo feminino, a partir das histórias compartilhadas e dos aconselhamentos realizados entre elas durante a dinâmica grupal. Diante dos relatos de tristezas e sentimento de culpa atribuídos aos conflitos existentes, as mulheres conseguiam expressar suas considerações sobre o sofrimento narrado naquele espaço. Estas acolhiam as angústias umas das outras, assim como exerciam um cuidado compartilhado. O estresse e sintomas psíquicos foram questões sinalizadas pelas mulheres, a partir dos cuidados realizados no meio familiar e dos valores culturais atribuídos a elas. (Santos; Romanini, 2018, p. 15).

Espaços como esse poderiam ser mais investigados em pesquisas avaliativas em saúde, visando o desenvolvimento dessas práticas em outros serviços, bem como a criação de novos aparatos sociais que poderiam contribuir para aliviar o gargalo dos serviços de saúde mental atualmente, facilitando o processo de alta. Além disso, a abordagem coletiva desses espaços também reflete a importância de um modelo de cuidado que, longe de ser isolado ou individualista, reconhece as dimensões sociais e culturais dos processos de sofrimento psíquico, enfatizando o valor da solidariedade e das trocas na construção de autonomia e resistência.

Os depoimentos das entrevistadas sobre as formas de apoio no CAPS, descritos como um espaço de vínculos humanizadores e livre de julgamentos, apontam direções para investimentos em saúde e outras políticas sociais que possam replicar esse cenário humanizador. As mulheres, particularmente, enfrentam condições impostas pela exploração do trabalho não remunerado, frequentemente não socializado por políticas públicas de bem-estar, especialmente sob o neoliberalismo. Além disso, as ideologias associadas à família, amor romântico e maternidade são destacadas como instrumentos que servem para docilizar e gerar senso de utilidade nas mulheres, perpetuando desigualdades. Dentro dessas famílias, a violência surge como mecanismo de controle para garantir ordem e

obediência. Problematizar a relação entre produção e reprodução social no contexto das mulheres é essencial para fomentar formas mais autônomas de organização e resistência.

Dos esforços mais universais, que representam desde a superação do atual modo de produção, até as políticas públicas em níveis estruturais dentro da estrutura social vigente, até os mais capilarizados, nas miudezas das práticas de cuidado, nos esforços para atingir a raiz do sofrimento psíquico de mulheres, é preciso uma prática que revogue suas distinções não como forma de perpetuar violências, mas sim garantir o cuidado multifacetado necessário para promover saúde mental.

9 REFERÊNCIAS

AGUIAR, Renata Aguilhera et al. Tentativa de suicídio: prevalência e fatores associados entre usuários da Atenção Primária à Saúde. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 71, p. 133-140, 2022.

ALBERT, Silmara Bruna Zambom et al. Mortalidade de mulheres em idade fértil no Brasil de 2006 a 2019: causas e tendências. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 40, p. e0233, 2023.

ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti de; SILVA, Marcelo José de Souza. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 953-965, 2014.

ALFING, C. E. S. et al. Análise das atividades desenvolvidas por mulheres depressivas assistidas em um serviço de saúde mental. **Rev Port Enferm Saúde Ment**, v. 10, p. 29-36, 2013.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de. **A formação social dos transtornos do humor**. Botucatu, Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UNESP, 2018.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de; GOMES, Rogério Miranda. Medicalização social e educação: contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 155-175, 2014.

ALMEIDA, Melissa Rodrigues de; BELLENZANI, Renata; SCHÜHLI, Victor Marcel. A dialética singular-particular-universal do sofrimento psíquico: articulações entre a psicologia histórico-cultural e a teoria da determinação social do processo saúde-doença. Paranavaí: **EduFatecie**, 2020.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. SciELO-Editora FIOCRUZ, 2007.

AMARANTE, Paulo. “Amarante: ‘É a cultura que faz pessoas demandarem manicômio, exclusão, limitação’” [Entrevista cedida a Revista Radis] Bruno Dominguez. Revista Radis, Rio de Janeiro, n.146, nov 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/amarante-e-cultura-que-faz-pessoas-demandaremmanicomio-exclusao-limitacao> > Acesso em: 30 out 2020.

AMARANTE, Paulo; FREITAS, Fernando. Medicalização em psiquiatria. **Rio de janeiro: Fiocruz**, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Porto Alegre: ARTMED, 2014.

Anestesiista preso por estupro de paciente durante parto tem registro cassado pelo Cremerj. **GLOBO e g1 Rio**. Rio de Janeiro, 28 de jun de 2023. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2023/03/28/anestesiista-presos-por-estupro-de-paciente-durante-parto-tem-registro-cassado-pelo-cremerj.ghtml>>

ANDRADE, A.P.M.; MALUF, S.W. Experiências de desinstitucionalização na reforma psiquiátrica brasileira: uma abordagem de gênero. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, 2017.

ANDRADE FILHO, José Alberto Lechuga de. A produção social dos transtornos de ansiedade: reflexões a partir da Psicologia Histórico-Cultural. 2022. 161 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufms.br/handle/123456789/4663>. Acesso em: 25 mar. 2024.

ANIS – **Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero**. *Debora Diniz entra no Programa de Proteção aos Defensores de Direitos Humanos*. Brasília: Anis, 2020. Disponível em: <https://anis.org.br/debora-diniz-protecao/>. Acesso em: 08 out. 2024.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. 1 ed. São Paulo: Geração Editorial, 2013.

ARRUDA, Jalusa de. Medicalização e controle dos corpos femininos na execução da medida socioeducativa de internação. In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M. DE O. (ORGANIZADORAS). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

ARRUZZA, Cinzia; BHATTACHARYA, Tithi; FRASER, Nancy. **Feminismo para os 99%: um manifesto**. Boitempo Editorial, 2019.

ARRUZZA, Cinzia. Funcionalista, determinista e reducionista: o feminismo da reprodução social e seus críticos. **Cadernos Cemarx**, n. 10, p. 39-60, 2017.

ASSIS, Simone G. et al. A representação social do ser adolescente: um passo decisivo na promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, p. 669-679, 2003.

BACCARIM, Roberta Cristina Gobbi; TAGLIAMENTO, Grazielle. Acesso de Pessoas Trans à Saúde: uma Análise das Práticas de Profissionais. *Psicologia Argumento*, v. 38, n. 102, p. 604-625, 2020.

BALBINOT, A.D.; HORTA, R.L.; COSTA, J.S.D.; ARAÚJO, R.B.; POLETTO, S.; TEIXEIRA, M.B. Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, p. 26, 2016.

BARAGATTI, D.Y.; CARLOS, D.M.; LEITÃO, M.N.C.; FERRIANI, M.G.C.; SILVA, E.M. Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018.

BARBOSA, L.B.; DIMENSTEIN, M.; LEITE, J.F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 32, n. 2, p. 309-320, 2014.

BARBOSA, J.A.G.; SOUZA, M.C.M.R.; FREITAS, M.I.F. A abordagem da sexualidade como aspecto essencial da atenção integral de pessoas com transtornos mentais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 2165-2172, 2015.

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo et al. Associação entre comportamentos de saúde e depressão: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 24, 2021.

BARROSO, Hayeska Costa; GAMA, Mariah Sá Barreto. A crise tem rosto de mulher: como as desigualdades de gênero particularizam os efeitos da pandemia do COVID-19 para as mulheres no Brasil. 2020.

BASAGLIA, F. BASAGLIA, Franco. **Escritos Selecionados em Saúde Mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BELLENZANI, Renata; CARVALHO, Bruno Peixoto. Psicologia Histórico-Cultural na Universidade (volume II): saúde mental, sofrimento psíquico e psicopatologia. **Psicologia Histórico-Cultural na Universidade (volume II): saúde mental, sofrimento psíquico e psicopatologia**, 2023.

BELLENZANI, Renata; SOUZA, Larissa. S. (2020). A hegemonia do modelo biomédico na psicopatologia e sua funcionalidade no capitalismo. In R. Bellenzani, C. O. Fernandes, & N. B. Netto (Orgs.), **Psicologia histórico-cultural na universidade: pesquisas implicadas** (pp. 253-274). Editora UFMS.

BENEVIDES, Bruna G. Dossiê: Assassinatos e Violências contra Travestis e Transexuais Brasileiras em 2022. **ANTRA** (Associação Nacional de Travestis e Transexuais) – Brasília, DF: Distrito Drag; ANTRA, 2023. Disponível em: <<https://antrabrasil.files.wordpress.com/2023/01/dossieantra2023.pdf>> Acesso em 20 nov 2023.

BORGES, T.L.; HEGADOREN, K.M.; MIASSO, A.I. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde em um centro urbano brasileiro. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 38, p. 195-201, 2015.

BONES, Bruna. **Avanços e limites nas práticas de cuidado às mulheres em sofrimento psíquico na Rede de Atenção Psicossocial**. Projeto de monografia. UFPR, 2021.

BONES, Bruna; BELLENZANI, Renata. O problema no enfoque do sofrimento feminino na pesquisa epidemiológica: por que determinantes sociais e não determinação social?. **Germinal: marxismo e educação em debate**, v. 16, n. 1, p. 1003-1029, 2024.

BORGHI, Carolina Michelin Sanches de Oliveira; OLIVEIRA, Rosely Magalhães de; SEVALHO, Gil. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 869-897, 2018.

BOULOS, Guilherme Castro. Estudo sobre a variação de sintomas depressivos relacionada à participação coletiva em ocupações de sem-teto em São Paulo. 2017. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-06062017-084608/publico/GuilhermeCastroBoulos.pdf>. Acesso em: 21 nov 2025.

BRASIL, Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 06 abr. 2001. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/norma/552092>>. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL, Lei n.10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 novembro de 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL, Portaria n. 3.088, de 23 de dezembro de 2011(*). Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 dez. 2011. (*) Republicada com incorreções no original. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011.html> Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL, Lei n. 14.737, de 27 de novembro de 2023. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para ampliar o direito da mulher de ter acompanhante nos atendimentos realizados em serviços de saúde públicos e privados. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 27 nov 2023. Disponível em: <<https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2023/lei-14737-27-novembro-2023-794991-norma-pl.html>>

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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ed. – BRASÍLIA: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE. Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. **Bol Epidemiol**, v. 52, n. 29, p. 1-12, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos nas áreas das ciências humanas e sociais. *Diário Oficial da União: seção 1*, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 30 out. 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 49.

BREILH, Jaime et al. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: UNESP, 1991.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 317p.

BREILH, Jaime et al. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. *In: Determinação social da saúde e reforma sanitária*. Rio de Janeiro: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, CEBES, 2010.

BREILH, Jamie. La categoría determinación social como herramienta emancipadora: los pecados de la "experticia", a propósito del sesgo epistemológico de Minayo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00237621, 2021.

BRITTO, Lidiane Barbosa et al. A humanização do parto como ferramenta no combate à violência obstétrica: Um estudo teórico reflexivo. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e31510918092-e31510918092, 2021.

BRUNEET, Alice Einloft et al. Práticas sociais e significados do envelhecimento para mulheres idosas. **Pensando famílias**, 2013.

BUENO, Amora Julia Cunha. Aurora, uma representação artística por entre muros e elementos (auto) biográficos. Monografia apresentada na Escola de Comunicação e Artes da Universidade de São Paulo (2022). 36 p.

- CANÇADO, Maura Lopes. **Hospício é deus: Diário I**. Companhia das Letras, 2024.
- CARDOSO, B.P. et al. Aborto no Brasil: o que dizem os dados oficiais?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. suppl 1, p. e00188718, 2020.
- CARVALHO, Bruno P.; PIZA, Helen Da CT. A história da loucura numa perspectiva Marxista. **Dialektiké**, v. 1, n. 3, p. 18-35, 2016.
- CAVALCANTE, A.C.; SILVA, R.M. Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 4, p. 2211-2220, 2011.
- CELESTE, Heloísa Castelli. Mulher, loucura e gênero: aspectos da trajetória de Adelina Gomes (1916-1984). In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M. DE O. (ORGANIZADORAS). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Inquietações e Resistências**. 1. ed Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2019.
- CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. O debate e a ação sobre os determinantes sociais da saúde: posição dos movimentos sociais. 2011. Disponível em:
<<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1619&idSubCategoria=29>>. Acesso em 07 ago 2023.
- CONRADO, Zeonir. O sujeito político LGBTQIA na teoria marxista: Conexões entre classe, gênero e sexualidade. **Teoria & Pesquisa: Revista de Ciência Política**, v. 31, n. 2, p. 106-124, 2022.
- COSTA, Eduardo Moura; TULESKI, Silvana Calvo. Psicologia histórico-cultural e a relação entre instrumento e signo no desenvolvimento infantil: uma discussão metodológica. **Interfaces da Educação**, v. 6, n. 18, p. 101-123, 2015.
- COSTA, J.A.; PASSOS, R.G.; GOMES, T.M.S. Além do aparente: problematizações sobre a generificação das relações a partir de um grupo de mulheres. In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M.O. (Orgs.). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.
- COSTA, Maria; DIMENSTEIN, Magda; LEITE, Jáder. Estratégias de cuidado e suporte em saúde mental entre mulheres assentadas. **Revista Colombiana de Psicologia**, v. 24, n. 1, p. 13-28, 2015.
- COSTA, Thalita Terto; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; MUNIZ, Emanuel Avelar. Racismo e formação da subjetividade da pessoa negra: Antecedentes históricos e perspectivas da educação escolar. **DOXA: Revista Brasileira de Psicologia e Educação**, p. e024004-e024004, 2024.
- DANTAS, Maressa Fauzia Pessoa; CISNE, Mirla. “Trabalhadora não é o feminino de trabalhador” 1: superexploração sobre o trabalho das mulheres. **Argumentum**, v. 9, n. 1, p. 75-88, 2017.

DATASENADO. *Pesquisa Nacional de Violência contra a Mulher – Comparativo por UF*. Brasília, 2024. Disponível em: https://www.senado.leg.br/institucional/DataSenado/relatorio_online/pesquisa_violencia_domestica/2024/assets/PDF/Relatorio_Comparativo.pdf. Acesso em: 30 out. 2024.

DINIZ, Simone Grilo et al. Violência obstétrica como questão para a saúde pública no Brasil: origens, definições, tipologia, impactos sobre a saúde materna, e propostas para sua prevenção. **J Hum Growth Dev**, v. 25, n. 3, p. 377-376, 2015.

DOMINGOS, Basílio; MALUF, Maria Regina. Experiências de perda e de luto em escolares de 13 a 18 anos. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 16, p. 577-589, 2003.

DONNANGELO, Maria Cecília F.; PEREIRA, Luiz. Saúde e sociedade. In: **Saúde e sociedade**. 1979. p. 124-124.

ELKONIN, David B. **Psicologia do jogo**. Tradução de Sylvia Nunes. 2. ed. São Paulo: Editora Vozes, 1987.

ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidades. In: DEL PRIORE, M. (Org.); BASSANEZI, C. (coord. de textos). **História das Mulheres no Brasil**. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 270-303.

ENGELS, Friedrich. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo, Lafonte, 2017.

FACCI, Lucia. **A criança e o conhecimento: aspectos da psicologia social e da psicologia histórica**. 2004. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Editora Elefante, 2017.

FEITOSA, Carla Danielle Araújo; FERNANDES, Márcia Astrês. Afastamentos laborais por depressão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, 2020.

FERLAY, Jacques et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. **International journal of cancer**, v. 136, n. 5, p. E359-E386, 2015.

FERNANDES, Sabrina. Sobre feminismos e vertentes | 042. Intérprete: Gravação de Canal Tese Onze. [S. l.]: YouTube, 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=08A7PD-frxo> . Acesso em: 25 mar 2021.

FERRAZ, Maria Heloisa Corrêa de Toledo. Arte e loucura: limites do imprevisível. In: **Arte e loucura: limites do imprevisível**. 1987.

FERREIRA, G.S.; FAJARDO, A.P.; MELLO, E.D. Possibilidades de abordagem do tema do suicídio na Estratégia Saúde da Família. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, p. e290413, 2019.

FIALLA, Melissa dos Reis Pinto Mafra et al. Matriz de processos críticos das violências contra e entre jovens universitários: a experiência da enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, 2021.

FIGUEIREDO, C. LOPES, L. OSORIO, P. Justiça de SC investiga juíza que impediu aborto de criança vítima de estupro. **CNN Brasil**. São Paulo, 21 de jun de 2022. Disponível em: <<https://www.cnnbrasil.com.br/nacional/justica-de-sc-investiga-juiza-que-impediu-aborto-de-crianca-vitima-de-estupro/>>

FIOCRUZ, Fundação Oswaldo Cruz. (2020). Cartilha Saúde Mental e Atenção Psicossocial - Violência Doméstica e Familiar na COVID-19. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/saude-mental-e-atencao-psicossocial-na-pandemia-covid-19-violencia-domestica-e-familiar-na-covid-19.pdf>. Acesso em 3 mar 2023.

FLEURY-TEIXEIRA, Paulo. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em debate**, v. 33, n. 83, p. 380-389, 2009.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo, Editora Perspectiva, 1972.

FREITAS-SILVA, Luna Rodrigues; ORTEGA, Francisco. A determinação biológica dos transtornos mentais: uma discussão a partir de teses neurocientíficas recentes. **Cadernos de saúde pública**, v. 32, p. e00168115, 2016.

GARCIA, J. C. História das idéias em saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). Juan César García: pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989

GOMES, R. M. Trabalho médico e alienação: as transformações das práticas médicas e suas implicações para os processos de humanização/ desumanização do trabalho em saúde. 2010. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva. Universidade de São Paulo. São Paulo. 2010.

GONÇALES, C.A.V. MACHADO, A.L. Vivendo com a depressão: histórias de vida de mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 461-466, 2008.

GRAPIGLIA, Cássio Zottis et al. Fatores associados aos transtornos mentais comuns: estudo baseado em clusters de mulheres. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, 2021.

GUERRA, V. N de A. Violência de Pais contra Filhos: a tragédia revisitada. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 1998.

HANADA, H.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Revista Estudos Feministas**, v. 18, n. 1, p. 33, 2010.

HIRATA, Helena. **O cuidado: Teorias e práticas**. Boitempo Editorial, 2022.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, p. 595-609, 2007.

HUMAN RIGHTS WATCH. *Brasil: Feminista em risco de morte por defender o direito ao aborto*. Human Rights Watch, 2018. Disponível em: <https://www.hrw.org/pt/news/2018/07/06/brasil-feminista-em-risco-de-morte-por-defender-o-direito-ao-aborto>. Acesso em: 08 out. 2024.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Desigualdades sociais por cor ou raça no Brasil. 2019. Consulta: Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/bibliotecacatalogo?view=detalhes&id=2101681>> Acesso 28 out 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatística de gênero: indicadores sociais das mulheres no Brasil. 2 ed. Informativo Estudos e Pesquisas: informação demográfica e socioeconômica, Rio de Janeiro, n.38, 2021. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101784_informativo.pdf. Acesso em: 03 out 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Araucária. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/araucaria>. Acesso em: 6 out 2024.

LAGARDE, Marcela et al. **Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas**. Siglo XXI Editores México, 2005.

LAURELL, Asa Cristina. **A saúde-doença como processo social**. Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc, v. 84, p. 131-157, 1976.

LAURELL, A. C. Primeira parte. In: _____. LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989. p. 20-144.

LEAL, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, 2017.

LEITE, F. M. C. et al. Análise da tendência da mortalidade feminina por agressão no Brasil, estados e regiões. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 22, n. 9, p. 2971-2978, set. 2017.

LEONTIEV, Alexei N. Atividade, consciência e personalidade. **Buenos Aires: Ciencias del Hombre**, 1978.

LESSA, Sérgio. **Abaixo a família monogâmica!**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 399-407, 2007.

LUKÁCS, G. Introdução a uma estética marxista: sobre a categoria da particularidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1978.

MAGALHÃES, Giselle Modé. **Atividade-guia e neoformações psíquicas: contribuições da Psicologia Histórico-Cultural para o ensino desenvolvnte na Educação Infantil**. 2018. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/335780872_Atividade-guia_e_neoformacoes_psiquicas_contribuicoes_da_Psicologia_Historico-Cultural_para_o_ensino_developnte_na_Educacao_Infantil. Acesso em: 21 fev. 2024.

MAGNO; P.C. Mulheres, medida de segurança e a cegueira do sistema de justiça: o papel das defensorias públicas. In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M.O. (Orgs.). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

MAGNO; P.C. “Sujeitas-haldol”: um estudo sobre o uso da camisa de força química como docilização de corpos no cárcere. In: PASSOS, R.G.; PEREIRA, M.O. (Orgs.). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Inquietações e Resistências**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2019.

MANN, C.G.; MONTEIRO, S. Sexualidade e prevenção das IST/aids no cuidado em saúde mental: o olhar e a prática de profissionais no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00081217, 2018.

MARTIN, D.; CACOZZI, A.; MACEDO, T.; ANDREOLI, S.B. Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 16, p. 885-899, 2012.

MARTINS, Lígia Márcia. **A formação social da personalidade do professor: um enfoque vigotskiano**. Autores Associados, 2007.

MARTINS, Luana Arruda. **A loucura como forma de pensar a realidade feminina: a obra de Maura Lopes Cançado**. 2021.

MARX, Karl. **O 18 de Brumário de Luís Bonaparte**. E-book. 2002. Disponível em: <<https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/4/o/brumario.pdf>>. Acesso em 05 fev 2023.

MEDEIROS, Fernanda Pereira; SOUZA, Vera Lúcia Trevisan. Psicologia Histórico-Cultural e orientação profissional: vivências de jovens mobilizadas pela arte. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, v. 18, n. 2, p. 155-165, 2017.

MELLO, Luiz et al. Políticas de saúde para lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais no Brasil: em busca de universalidade, integralidade e equidade. **Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)**, p. 7-28, 2011.

MELONI, Maurizio. How biology became social, and what it means for social theory. **The Sociological Review**, v. 62, n. 3, p. 593-614, 2014.

MENA, Igor Marçal; BELLENZANI, Renata. Vivência das pessoas LGBTI+ na atenção em saúde. In: **CORPOS EM DIÁLOGO: Vivências LGBTQIA+ e os desafios da interseccionalidade**. [S.l.]: Fiocruz, 2023. Cap. 5. Disponível em: <https://doi.org/10.23899/9786589284475.5>. Acesso em: 23 mar 2023.

MENDONÇA, M.F.S.; LUDERMIR, A.B. Violência por parceiro íntimo e incidência de transtorno mental comum. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 32, 2017.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em Saúde Mental**. SOUZA, Marta Elizabeth de. Belo Horizonte, 2006. 238p.

MINISTÉRIO DE MINAS E ENERGIA (Brasil). Boletim Anual de Produção de Petróleo e Gás Natural 2021. Brasília: MME, 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/mme/pt-br/assuntos/energia/petroleo-e-gas-natural/publicacoes/boletins-de-producao-de-petroleo-e-gas-natural/boletim-anual-de-producao-de-petroleo-e-gas-natural-2021>. Acesso em: 30 out. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Construção de indicadores qualitativos para avaliação de mudanças. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 33, p. 83-91, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de S.; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

MINAYO, M.C. de S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 2007-2016, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Determinação social, não! Por quê?. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, p. e00010721, 2021.

MONCRIEFF, Joanna et al. The serotonin theory of depression: a systematic umbrella review of the evidence. **Molecular psychiatry**, p. 1-14, 2022.

MORAES, L. C. G.; RONCATO, M. S.; ESQUENAZI, A. B. A Revolução será Feminista: aportes para lutas estratégicas da classe trabalhadora contra o capital. **Marília: Lutas Anticapital**, 2023.

MORAES, Renata Jacintho Siqueira. Determinação social do consumo de drogas: estudo de histórias de vida em uma perspectiva marxista. 2018.

MORAIS, Lorena Ribeiro de. A legislação sobre o aborto e seu impacto na saúde da mulher. 2008.

MORENO, Claudia Roberta de Castro et al. Problemas de sono em idosos estão associados a sexo feminino, dor e incontinência urinária. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. e180018, 2019.

MORI, M.E.; COELHO, V.L.D.; ESTRELLA, R.C.N. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1825-1833, 2006.

MOURA, E.R.F.; GUEDES, T.G.; FREIRE, S.A.; BESSA, A.T.; BRAGA, V.A.; SILVA, R.M. Planejamento familiar de mulheres com transtorno mental: o que profissionais do CAPS têm a dizer. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 935-943, 2012.

NASCIMENTO, Y.C.M.L; BRÊDA, M.Z.; ALBUQUERQUE, M.C.S. O adoecimento mental: percepções sobre a identidade da pessoa que sofre. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, p. 479-490, 2015.

NETO, Irineu Ferreira da Silva et al. Saúde um direito de tod(e)s? Impasses encontrados pela população LGBTQIA+ no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 9, p. e52711932142-e52711932142, 2022.

NETTO, Nilson Berenchtein; SOUZA, Terezinha Martins dos Santos. **Adolescência, educação e suicídio: uma análise a partir da Psicologia Histórico-Cultural**. 1. ed. São Paulo: Editora Psicológica, 2015.

NICOLAU, Stella Maris; SCHRAIBER, Lília Blima; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 863-872, 2013.

NUNES, E. D. A doença como processo social. In: CANESQUI, A. A. (org.) **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. Saúde em debate. São Paulo: Hucitec: Fapesp, 2000. p. 217- 229.

NUNES, Sílvia Alexim. A medicina social e a questão feminina. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, p. 49-76, 1991. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/physis/1991.v1n1/49-76> Acesso em: 20 jun 2020.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila LM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um

olhar numa perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 473-481, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - FIOCRUZ. Redução das desigualdades no período de uma geração. Igualdade na saúde através da acção sobre os seus determinantes sociais. **Relatório Final da Comissão para os Determinantes Sociais da Saúde**. Portugal, Organização Mundial da Saúde (OMS), FIOCRUZ, 2010. Disponível em: https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/9789248563706_por.pdf. Acesso em: 10 ago 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - WORLD HEALTH ORGANIZATION et al. World mental health report: transforming mental health for all. 2022. Disponível em: <<https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>> . Acesso em 20 jun 2023.

PASQUALINI, J. C.; MARTINS, L. M. Dialética singular-particular-universal: implicações do método materialista dialético para a psicologia. *Psicologia & Sociedade*, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 362-371, 2015.

PASQUALINI, Juliana Campregher. Dialética singular-particular-universal e sua expressão na pedagogia histórico-crítica: primeiras aproximações. **Revista Simbiologias**, v. 12, n. 17, p. 1-16, 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia. Racismo, violência e o sofrimento das mulheres negras: diálogos a partir de Heleieth Saffioti. **Lutas Sociais**, v. 23, n. 43, p. 286-295, 2019.

PASSOS, Rachel Gouveia. De escravas a cuidadoras: invisibilidade e subalternidade das mulheres negras na política de saúde mental brasileira. **O Social em Questão**, v. 20, n. 38, p. 77-94, 2017. Disponível em: http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_38_art_4_Passos.pdf Acesso em: 20 jun 2020.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. (ORGANIZADORAS). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Discussões de Gênero, Raça e Classe**. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2017.

PASSOS, Rachel Gouveia; PEREIRA, Melissa de Oliveira. (ORGANIZADORAS). **Luta Antimanicomial e Feminismos: Inquietações e Resistências**. 1. ed Rio de Janeiro: Editora Autografia, 2019.

PEDROSA, Mariana; ZANELLO, Valeska. A (in)visibilidade da violência contra as mulheres na saúde mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. SPE, 2016.

PEREIRA, Milena Klix de Abreu; SOMAVILLA, Vera Da Costa. Female Mortality–Profile of deaths in reproductive age not related to maternity. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 10, n. 3, p. 276-281, 2020.

PERES, Ana Cláudia. Elas resistem: como a pandemia impacta a vida das mulheres brasileiras e de onde vêm as múltiplas formas de resiliência. **RADIS: Comunicação e Saúde**, n.213, p.21-27, 2020.

PERON, Paula Regina. A trágica história do Hospital Psiquiátrico Colônia. **Psicologia Revista**, v. 22, n. 2, p. 261-267, 2013.

PIES, W. DAWSON, G. The Serotonin Fixation: Much Ado About Nothing New. *Psychiatric Times*, 03 de ago 2022. Disponível em: <https://www.psychiatrictimes.com/view/the-serotonin-fixation-much-ado-about-nothing-new>.

PINTO, Isabella Vitral et al. Fatores associados ao óbito de mulheres com notificação de violência por parceiro íntimo no Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 26, p. 975-985, 2021.

PITTA, Ana Maria Fernandes. Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 4579-4589, 2011.

PRADO, Marco Aurélio Máximo; QUEIROZ, Isabela Saraiva de. A emergência da politização da intimidade na experiência de mulheres usuárias de drogas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 17, n. 2, p. 305-312, 2012.

QUADROS, Lenice de Castro Muniz de et al. Transtornos mentais comuns e fatores contemporâneos: coorte de nascimentos de 1982. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

RAGO, Margareth. Trabalho feminino e Sexualidade. In: DEL PRIORE (org), Mary; BASSANEZI, Carla (coord. de textos), C. História das Mulheres no Brasil. 7 ed. São Paulo: Contexto, 2004. p. 484-507.

RASCH, Scheila Silva et al. Projeto Terapêutico Singular no atendimento de mulheres em um CAPS AD III. **Revista Psicologia em Pesquisa**, v. 9, n. 2, 2015.

REBUCINI, Giafranco. Marxismo queer: abordagens materialistas das identidades sexuais. **Crítica Marxista**, n. 48, p. 109-125, 2019.

RIBEIRO, Leticia de Souza. Diálogos entre Heleieth IB Saffioti e Daniil B. Elkonin: uma contribuição à análise histórico-cultural da idade pré-escolar. 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/handle/11449/192604>. Acesso em: 29 out 2023.

RIOS, Camila Fernanda Moro. *O trabalho como atividade principal na vida adulta: contribuições ao estudo da periodização do desenvolvimento psíquico humano sob o enfoque da Psicologia Histórico-Cultural*. 2015. [Dissertação de Mestrado] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/xmlui/bitstream/handle/1884/41850/R%20-%20D%20-%20CAMILA%20FERNANDA%20MORO%20RIOS.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

ROHDEN, Fabíola. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Editora Fiocruz, 2001.

ROMANINI, Moises; ROSO, Adriane. Mídiaização do crack e estigmatização: corpos habitados por histórias e cicatrizes. **Interface-Comunicação**, Saúde, Educação, v. 18, p. 363-376, 2014.

SAFFIOTI, H.I.B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. Vozes, 1976.

SAFFIOTI, H. **O poder do macho**. Ministério Público do Estado da Bahia, 1987.

SAFFIOTI, H. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SANTOS, Anna Maria Corbi Caldas dos. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1177-1182, 2009.

SANTOS, Carina Ferreira dos; ROMANINI, Moisés. A (In) Visibilidade de Mulheres Usuárias de Álcool e Outras Drogas em um CAPS AD III. **PSI UNISC**, v. 3, n. 2, p.84-100, 2014.

SANTOS, Gustavo de Brito Venâncio dos, et al. Prevalência de transtornos mentais comuns e fatores associados em moradores da área urbana de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, p. e00236318, 2019.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. **Reabilitação psicossocial no Brasil**, v. 2, p. 13-18, 1996.

SCHMIDT, Karine et al. Um olhar sobre o stress nas mulheres com infarto agudo do miocárdio. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 115, p. 649-657, 2020.

SILVA, Flávia Gonçalves da; ALMEIDA, Sandro Henrique Vieira de. Da fragmentação à unidade psicofísica na prática pedagógica. **Germinal: marxismo e educação em debate**, v. 15, n. 1, p. 140-158, 2023.

SILVA, Aline Natália; AZEREDO, Catarina Machado. Associação entre vitimização por violência entre parceiros íntimos e depressão em adultos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2691-2700, 2019.

SILVA, Bruno Pereira da et al. Transtorno mental comum e sintoma depressivo perinatal: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

SILVA, Érika Barbosa de Oliveira; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; PENNA, Lúcia Helena Garcia. Estereótipos de gênero no cuidado psicossocial das usuárias de cocaína e crack. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, p. e00110317, 2018.

SILVA, Flávia Gonçalves da; ALMEIDA, Sandro Henrique Vieira de. Da fragmentação à unidade psicofísica na prática pedagógica. **Germinal: marxismo e educação em debate**, v. 15, n. 1, p. 140-158, 2023.

SILVA, Patricia Lins da. **Mulheres usuárias de substâncias psicoativas: barreiras de acessibilidade em um CAPS AD**. UFBA, 2011.

SILVA, Ranielle de Paula; LEITE, Franciéle Marabotti Costa. Violências por parceiro íntimo na gestação: prevalências e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, v. 54, p. 97, 2020.

SIQUEIRA, Lucciano Franco de Lira; CAMPOS, Paulo Fernando de Souza. Afecções de mulher: a construção do feminino no Compêndio Psiquiatria Clínica e Forense de Antonio Carlos Pacheco e Silva (São Paulo, 1930-1940). **VEREDAS-Revista Interdisciplinar de Humanidades**, v. 5, n. 10, p. 260-262, 2022.

SOARES, Pedro San Martin; MEUCCI, Rodrigo Dalke. Epidemiologia dos transtornos mentais comuns entre mulheres na zona rural de Rio Grande, RS, Brasil. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, n. 8, p. 3087-3095, 2020.

SOBRINHO, W. P. Algemada no hospital: médicos ignoram a lei e denunciam mulheres que abortam. **UOL Saúde**. São Paulo, 7 de julho de 2023. Disponível em: <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2023/07/07/aborto-mulher-algemada-medicos-quebram-sigilo-medico.htm>>

SOUSA, Sarah Queiroga de et al. Associação entre risco de transtornos mentais comuns e insegurança alimentar entre mães com filhos menores de um ano de idade. **Ciência & saúde coletiva**, v. 24, p. 1925-1934, 2019.

SOUZA, Candida de; SILVA, Daniele Nunes Henrique. Adolescência em debate: contribuições teóricas à luz da perspectiva histórico-cultural. **Psicologia em Estudo**, v. 23, p. e2303, 2019.

TAGLIAMENTO, G. Direitos humanos e a saúde: a efetivação de políticas públicas voltadas à saúde integral da população trans. IN: Transexualidade e Travestilidade na Saúde. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade travestilidade saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/transexualidade%20travestilidade%20saude.pdf)>. Acesso em 04 nov 2023.

TONET, Ivo. Método científico: uma abordagem ontológica. **São Paulo: Instituto Lukács**, p. 172-192, 2013.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. Três enfoques na pesquisa em ciências sociais: o positivismo, a fenomenologia e o marxismo. 1987.

TWENGE, J. Mental Health Issues Increased Significantly in Young Adults Over Last Decade. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Disponível em: <<https://www.apa.org/news/press/releases/2019/03/mental-health-adults.html>> Acesso em: 04 nov 2023.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. In: Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. 2000.

VASCONCELOS, Michele de Freitas Faria de. Cuidado com corpos: um olhar (de gênero) para políticas de saúde. **Revista Estudos Feministas**, v. 23, n. 2, p. 371-388, 2015.

VIAPIANA, Vitória Nassar. A depressão na sociedade contemporânea: Contribuições da teoria da determinação social do processo saúde-doença. 2017.

VIEIRA, Amanda Almeida. O município de Araucária e a memória coletiva: a consolidação e o esquecimento. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em História) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2020. Disponível em: <https://www.humanas.ufpr.br/portal/historia/files/2021/12/amanda-tcc.pdf>. Acesso em: 15 set. 2024.

VIGOTSKI, L. S. A psique, a consciência e o inconsciente. [1930] In: Teoria e método em psicologia. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999a. p. 137-159.

VIGOTSKI, L. S. **O essencial de Vigotski**; orgs. Robert W. Rieber, David K. Robinson; tradução de Priscila Nascimento Marques e Caesar Souza. Petrópolis, RJ: Vozes, 2024.

ZANELLO, V. Deutsche Welle. **CARTACAPITAL**. 'Letramento de gênero protege saúde mental das mulheres'. *CartaCapital*, 2024. Disponível em: <https://www.cartacapital.com.br/sociedade/letramento-de-genero-protege-saude-mental-das-mulheres/>. Acesso em: 21 nov 2024.

APÊNDICE 1. Roteiro de entrevista semi-estruturado com mulheres em sofrimento psíquico

<p>1) INFORMAÇÕES PESSOAIS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a sua idade? 2. Você se identifica com qual raça/cor/etnia? 3. Qual a sua orientação afetiva-sexual? 4. E qual o seu estado civil? 5. Você tem filhos/as? 6. Quem mora com você atualmente? 7. Qual a sua nacionalidade? 8. Você segue alguma religião? 9. Possui alguma deficiência?
<p>2) TRABALHO</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Qual a sua principal atividade no momento? Você trabalha? 11. Como é sua rotina nesse momento? 12. Como é seu tempo de lazer?
<p>3) FAMÍLIA</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Como é sua família? Quem são as pessoas mais importantes da sua vida? 14. [Se entrevistada for mãe] Como você descreve ser mãe? Como é a maternidade para você?
<p>4) SEXUALIDADE, RELAÇÕES AFETIVAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Como foram seus relacionamentos? 16. Quais foram as vivências mais importantes nesses relacionamentos?
<p>5) HISTÓRIA DE VIDA/DESENVOLVIMENTO</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Sobre a sua história de vida, como foi sua infância, adolescência e vida adulta? 18. Como eram seus vínculos afetivos nessas fases da vida? 19. Como foi sua escolaridade? 20. Quais eventos na sua vida você considera importantes? Podem ser as delícias e dores da sua vida
<p>6) SOFRIMENTO PSÍQUICO</p> <ol style="list-style-type: none"> 21. Me conte do seu processo de sofrimento, há quanto tempo você se sente assim? 22. Alguma situação ou sintoma chamou atenção para o seu processo de sofrimento atual? 23. Você acha que você tem uma doença? Se sim, para você, tem cura?
<p>7) SERVIÇOS/PRÁTICAS DE CUIDADO</p> <ol style="list-style-type: none"> 24. Como você começou o atendimento aqui no serviço? 25. Você acha que algo tem auxiliado nesse período de maior sofrimento?

26. Quais são os profissionais que você tem maior vínculo aqui no serviço?

APÊNDICE 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Saúde mental e sofrimento psíquico: estudo de sua determinação social a partir de trajetórias singulares

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:

O motivo que nos leva a estudar é a escassez, e portanto, a necessidade de produção e pesquisa em temas que articulem saúde mental e saúde coletiva a partir da Teoria da determinação social do processo saúde-doença.

A pesquisa se justifica em vista da necessidade de compreender melhor a origem dos estados depressivos e ansiosos para a elaboração de estratégias terapêuticas e de cuidado no sistema de saúde.

O objetivo desse projeto é investigar os processos que constituem as determinações sociais da saúde mental de indivíduos em (xxxx NOME DO MUNICÍPIO), atendidos pelo SUS e identificar quais os principais processos críticos ocorridos em seu cotidiano atual e pregresso, que condicionam a expressão de determinadas formas de sofrimento psíquico.

O(os) procedimento(s) de coleta de dados será (serão) da seguinte forma: entrevistas, com algumas perguntas sobre sua história de vida e desenvolvimento do seu quadro de sofrimento psíquico; observações das rotinas de atendimento

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:

A participação nesta pesquisa poderá trazer desconforto ao responder algumas das questões propostas, assim como as reflexões sobre a história de vida e narrativas pessoais podem evocar memórias desagradáveis ou mesmo produzir algum sofrimento psíquico; sendo eles: evocar memórias que podem desencadear reações emocionais ou sofrimento psíquico, desconforto e constrangimento. Para minimizar os riscos e/ou seus efeitos serão adotados como procedimentos: acolhimento e interrompimento da pesquisa em casos de desconforto, em caso de agudização da sintomatologia psiquiátrica (ou crises) os participantes serão encaminhados à Unidade de Pronto Atendimento (UPA) mais próxima.

Os benefícios da pesquisa são: contribuir para o desenvolvimento e a construção de estratégias de cuidados comunitários e tratamentos coletivos voltados à saúde mental, e diretos ao pensar a sua relação com o sofrimento psíquico por um viés diferente, possibilitando formulações a partir de sua história de vida.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Nós, pesquisadores, asseguramos a você assistência durante toda a pesquisa, caso sinta a necessidade

de suporte emocional, contará com o auxílio das pesquisadoras, imediatamente após a entrevista ou se necessário com agendamento de acolhimento adicional em horário conveniente a você. Qualquer necessidade de cuidado em saúde identificada durante a entrevista será comunicada à equipe de saúde para que possam ser acionadas ações.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou perda de benefícios.

As pesquisadoras irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de garantia de sigilo e anonimato. Todos os materiais coletados que contenham seus dados, opiniões, informações, etc., assim como os resultados da entrevista para fins da pesquisa, permanecerão confidenciais. Seu nome ou qualquer material que indique a sua participação será utilizado apenas para elucidar os objetivos descritos na pesquisa e não serão liberados em nenhuma circunstância sem a sua permissão. Todos os dados desta pesquisa são confidenciais e sigilosos. Os dados da pesquisa serão mantidos em arquivo físico ou digital, sob responsabilidade e guarda do(s) pesquisador(es), por um período de 5 anos após o término da pesquisa, conforme preconizado pela Resolução da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa no 466/2012. Você também não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Uma via deste consentimento informado será arquivada com a Coordenação do Curso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Paraná e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:

A sua participação no estudo não acarretará custos para você e você também não terá nenhuma compensação financeira adicional. Eventuais custos adicionais serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. No caso de você sofrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, você terá direito a requerer como indenização.

CAMPO DE PREENCHIMENTO DO(A) PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO(A) PARTICIPANTE:

Os pesquisadores envolvidos neste projeto de pesquisa são: Rogério Miranda Gomes, Victória de Biassio Klepa e Bruna Bones, telefone (41) 985410572 e (41) 999276534; a professora orientadora é Renata Bellenzani, e a professora co

orientadora é Melissa Rodrigues de Almeida, da instituição Universidade Federal do Paraná. Você poderá entrar em contato com eles pelos telefones (41) 985410572 e (41) 999276534.

O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde). Se o Sr/Sra tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, o Sr/Sra pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo e-mail cometica.saude@ufpr.br e/ou telefone (41) 3360-7259, das 08h30 às 11h00 e das 14h00 às 16h00.

Eu, _____
 _____ fui informado(a) dos objetivos da pesquisa de maneira clara e detalhada e tive a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas. A explicação que recebi mencionou os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi também que sou livre para interromper a investigação e para encerrar a minha própria participação no estudo a qualquer momento, sem precisar justificar minha decisão. Receberei uma via assinada e datada deste documento e outra via assinada e datada será arquivada pelo(a) pesquisador(a) responsável pelo estudo.

 Nome do Participante

 Assinatura

 Data

 Nome do Pesquisador

 Assinatura

 Data