

Psiquiatria do corpo da mulher: resistência antimanicomial e feminista na atualidade brasileira

Ferrazza, Daniele¹

Marata Gesualdi, Desirée²

Resumen

Os processos de psiquiatria da mulher denunciam a persistente normatização do corpo feminino na atualidade. A presente pesquisa tem o objetivo de compreender o processo de psiquiatria do corpo feminino, com especial atenção às vivências de mulheres que são atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial do Paraná-Brasil. Para tanto, a pesquisa foi dividida em três momentos: observações participantes em oficinas terapêuticas direcionadas às mulheres-usuárias; entrevistas com duas usuárias do serviço de saúde; entrevista com três profissionais da equipe interdisciplinar. Para análise, foram desenvolvidas narrativas, as quais expuseram as vivências das mulheres e, por meio de categorias temáticas, abarcaram-se os relatos dos profissionais. As análises mostraram situações de violências estruturais e sexismo, além de retrocessos e avanços antimanicomiais no cotidiano do dispositivo de saúde mental. Concluiu-se que a psiquiatria do feminino pode ser superada através do rompimento com o paradigma manicomial e da substituição de uma atuação fragmentada e patriarcal por um cuidado psicossocial e feminista.

Palavras-chave: Feminismo; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; loucura.

Psychiatrization of the woman's body: anti-asylum and feminist resistance nowadays in brazil

Abstract

The women's psychiatrization processes denounced the persistent normatization of the female body nowadays. The present research aimed to understand the women's psychiatrization process, with special attention to the experiences of women who are assisted in a Psychosocial Care Center in Paraná-Brazil. Therefore, the research was divided into three moments: participant observations in therapeutic workshops aimed at female-users; interview with two health service's users; interview with three professionals from the interdisciplinary teamwork. For analysis, were developed narratives which exposed the experiences of women, and, through thematic categories, the professionals' reports were encompassed. The analysis showed structural violence and sexism, besides setbacks and anti-asylum's advances in the daily of the mental health device. It was concluded that female's psychiatrization can be overcome by breaking with the asylum paradigm and the replacement of a fragmented and patriarchal performance with psychosocial and feminist care.

Keywords: Feminism; Psychiatric Reform; Mental Health; madness.

Psiquiatría del cuerpo de mujer: resistencia antimanicomial y feminista en brasil hoy

Resumen

Los procesos psiquiátricos de la mujer denuncian la persistente normatización del cuerpo femenino hoy. Esta investigación tiene como objetivo comprender el proceso psiquiátrico del cuerpo femenino, con especial atención a las experiencias de mujeres que son atendidas en un Centro de Atención Psicossocial en Paraná-Brasil. Para ello, la investigación se dividió en tres momentos: observaciones participando en talleres terapéuticos dirigidos a mujeres usuarias; entrevistas con dos usuarios de servicios de salud; entrevista con tres profesionales del equipo interdisciplinario. Para el análisis se desarrollaron narrativas que exponían las experiencias de las mujeres y, a través de categorías temáticas, se incluyeron los informes de los profesionales. Los análisis evidenciaron situaciones de violencia estructural y sexismo, además de retrocesos y avances anti-asilo en la vida diaria del dispositivo de salud mental. Se concluyó que la psiquiatría de la mujer se puede superar rompiendo con el paradigma del asilo y reemplazando una actuación fragmentada y patriarcal por una atención psicossocial y feminista.

Palabras clave: Feminismo; Reforma psiquiátrica; Salud mental; locura.

¹ Universidade Estadual de Maringá. E-mail: daferrazza@uem.br

² Universidade Estadual de Maringá. E-mail: desimaratage@gmail.com

Introdução

No final do século XVIII e início do século XIX, a loucura foi apropriada pela psiquiatria e transformada em objeto de estudo e domínio do saber-poder médico (Foucault, 1972). Aquela psiquiatria fazia com que o conhecer sobre a loucura só fosse possível por meio da classificação daqueles fenômenos existenciais que fugiam do padrão estabelecido como supostamente normal (Amarante, 2013). Ressalta-se que aquela psiquiatria, atravessada pelas interdições do patriarcado, promoveu o maior controle sobre o corpo feminino.

O corpo da mulher já sofria com os papéis castradores estabelecidos pela Igreja, desde a inquisição no período de caças às bruxas (Vilela, 1992). Contudo, os discursos médicos dos séculos XVIII e XIX intensificariam ainda mais argumentos e práticas disciplinares e patriarcais que normatizavam os papéis impostos ao corpo feminino e determinavam a naturalização da maternidade e a universalização da mulher submissa e obediente, concepções supostamente legitimadas cientificamente (Del Priori, 2019). Assim, a mulher seria classificada entre louca e normal a partir de seus comportamentos, nos quais qualquer atitude distante do esperado pela burguesia conservadora do século XIX determinaria à mulher a condição do 'estar louca' (Machado & Caleiro, 2008, p. 4).

A sexualidade também se tornou motivo para o encarceramento manicomial de mulheres naqueles séculos. Os alienistas, ao começaram a propagar associações entre a loucura e a anatomia feminina, apontavam que o mau funcionamento do útero, dos hormônios e das fases do corpo das mulheres, incluindo a menarca e a menopausa, também poderiam ser considerados como fonte de insanidade (Machado & Caleiro, 2008). Esta associação fora denominada de 'orgânico louco das mulheres' (Pereira & Passos, 2017, p. 35).

No Brasil, o processo de psiquiatrização do corpo feminino e o aprisionamento de mulheres, as quais se distanciavam dos ideais impostos pela sociedade patriarcal, não seriam diferentes daquele fenômeno de psicopatologização de mulheres europeias. Registros sobre as mortes que ocorriam em algumas instituições psiquiátricas brasileiras mostram que enquanto os homens morriam comumente por motivos biológicos e de negligência (tuberculose, desnutrição, etc.), as mulheres faleciam por serem submetidas à inúmeras cirurgias e longos períodos de internações (698 dias em média para 497 aos homens em média). Sobretudo, quando o asilamento daquelas mulheres tinham justificativas ligadas a sua sexualidade, seu tempo de internação aumentava drasticamente (779 dias, em média) (Facchinetti, Ribeiro & Munoz, 2008).

Aquelas condições degradantes, as quais os loucos eram mantidos nos manicômios brasileiros, foram expostas à sociedade na segunda metade do século XX, o que acarretou na constituição de movimentos antimanicomiais em diversos países. Dentre as diversas experiências de reformas psiquiátricas, é preciso destacar o Movimento da Psiquiatria Democrática italiana que fora liderado por Franco Basaglia e que tanto inspirou a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira (Amarante, 2013).

O movimento da RP brasileira se constituiu em meio a um processo de redemocratização política, na década de 70, e caracterizou-se por propostas amplas de mudanças diversificadas nos contextos jurídico-político, técnico-assistencial, teórico-conceitual e sociocultural (Yasui, 2010). A Lei nº 10.216, aprovada no ano de 2001 e conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica, proporcionou enormes conquistas para o Movimento da Luta Antimanicomial brasileiro, por dispor sobre a proteção e os direitos daquelas pessoas em intenso sofrimento psíquico e por prever o redirecionamento no financiamento de serviços substitutivos à internação manicomial (Brasil, 2011). Após a aprovação da Lei 10.216/2001, outras portarias foram aprovadas, o que ampliou as formas de atendimento e atenção em serviços terapêuticos e territoriais, os quais se organizaram através da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).

Embora tenham ocorrido avanços promovidos pelo Movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira, a saúde mental feminina é um tema recente (Kohen, 2001). Pesquisas apontam que são mais mulheres do que homens que tendem a vivenciar algum tipo de sofrimento psíquico, o que aponta a necessária ampliação de estudos para compreender o sofrimento psíquico feminino e promover a construção de estratégias psicossociais atentas à saúde mental feminina (Kohen, 2001; Pegoraro & Caldana, 2008).

Ademais, fora verificado que prontuários de pacientes internadas em um hospital psiquiátrico, nos anos 2000, ainda apresentam critérios de internação pautados em um ideal do gênero feminino (Zanello & Silva, 2012). Tal fato preocupante soma-se aos estudos recentemente publicados que apontam índices impactantes quanto à elevada porcentagem de medicamentos psicofarmacológicos que são prescritos às mulheres se comparado aos homens brasileiros (Rabelo, 2011; Mendonça, Carvalho, Vieira & Adorno, 2008).

Dessa forma, é preciso se estabelecer e fortalecer discussões sobre os estereótipos instituídos que definem o gênero feminino por meio da articulação de uma visão mais pluralista para se evitar a concepção de um modelo de 'mulher

universal'. Nessa concepção, a mulher seria observada não apenas pelo seu sexo biológico e diferença sexual, mas por suas características particulares, tais como sua raça/etnia, classe social, orientação sexual, performance corporal (Zanello, Fiuza & Costa, 2015; Pereira & Passos, 2017).

Ao articular os temas 'loucura' e 'mulher', o presente estudo visa desencadear novas compreensões sobre a Saúde Mental feminina, a qual é tão pouco discutida na sociedade atual, mas que é atravessada pelo controle proveniente de dois poderes: o poder patriarcal e o poder hegemônico do saber psiquiátrico (Pereira & Passos, 2017).

Assim, o presente estudo tem o objetivo de compreender o processo de psiquiatrização do corpo feminino, com especial atenção aos discursos e práticas de mulheres que são atendidas por profissionais de uma equipe de saúde de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS III) de uma cidade do norte do Paraná-Brasil. Mais especificamente, a pesquisa tem os objetivos de: (1) verificar as práticas discursivas que marcam a produção de subjetividades femininas de usuárias atendidas naquele serviço de saúde mental; (2) compreender o entendimento das mulheres-usuárias sobre seus diagnósticos, internações e terapêuticas determinados no dispositivo de saúde; e (3) analisar discursos e práticas sobre o tratamento destinado às mulheres e suas possíveis relações com o processo de psiquiatrização do feminino.

Método

A presente pesquisa exploratória qualitativa foi dividida em três momentos. No primeiro momento, semanalmente e por um período de quatro meses, foram realizadas observações participantes em grupos e oficinas terapêuticas destinadas a mulheres-usuárias do CAPS III, a fim de permitir a vinculação com as mulheres convidadas a participarem das entrevistas. As observações das vivências institucionais foram registradas em um diário de pesquisa, o que possibilitou uma melhor compreensão das histórias de vida das mulheres entrevistadas. No segundo momento da pesquisa, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duas mulheres-usuárias do serviço. E no terceiro momento, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três profissionais da equipe de saúde do CAPS III (um médico psiquiatra, uma psicóloga e uma enfermeira).

As informações coletadas por meio das entrevistas semiestruturadas foram delineadas por um roteiro temático, que pode ser complementado por outras indagações articuladas momentaneamente. As entrevistas com os profissionais da saúde e com as mulheres foram realizadas no próprio serviço de saúde em local e data combinada com o/a entrevistado/a.

Ressalta-se que o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa, (CAAE número 13128619.6.0000.0104), e seguiu as Diretrizes e Normas que regem as pesquisas envolvendo seres humanos, conforme determinação da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde. Desta forma, para garantir a confidencialidade e sigilo das informações obtidas, os nomes de cada entrevistada(o) foi substituído por fictícios.

Após a transcrição integral das entrevistas realizadas com as mulheres e com os profissionais da equipe de saúde do CAPS III, foram selecionados diferentes procedimentos de análise: 1) narrativas para relatar a história de vida das mulheres entrevistadas; e 2) categorias temáticas para abarcar a análise das entrevistas realizadas com os profissionais da equipe interdisciplinar. Dessa forma, a composição de narrativas das vivências daquelas mulheres é um método que proporcionou uma forma de abordagem metodológica marcada por uma visão crítica, plural e singular do sujeito envolto em suas dimensões sócio-político-econômicas (Campos & Furtado, 2008). As narrativas nos permitiu a expressão adequada das experiências daquelas mulheres, devido à possibilidade de representar suas singulares e complexas realidades sociais (Onocko-Campos et al., 2013). Para analisar as entrevistas com os profissionais da equipe de saúde do CAPS III, foi utilizado o método analítico de categorização temática, o qual possibilita ultrapassar a mera descrição e buscar acrescentar pontos existentes ao discutir o objeto e a temática da categoria, por meio do estabelecimento de conexões e relações com a literatura especializada e que proporcionam novas explicações e interpretações (Lündke & André, 1986). Nesta perspectiva, criaram-se as seguintes categorias temáticas: 1) Produção de subjetividade das mulheres e o sofrimento psíquico feminino; e 2) Apontamentos sobre o fenômeno de medicalização do corpo feminino.

Resultados e discussões

Por trás da loucura, uma voz e várias vivências: a história de Rosa

Naquele dia que conversávamos e ela pintava uma caixa grande de madeira, Rosa, mulher negra de mais ou menos 55 anos, relatou que não tinha mais vontade de relacionar-se com nenhum homem, porque como relata: *“já sofri muito com homem”* (Rosa). Relata que *“sua história de vida é bem triste”* (Rosa) e relembra a cerimônia de seu primeiro casamento, no qual teve três filhos, duas meninas e um menino. Emocionada, expôs que sofreu violência doméstica ao longo deste relacionamento, a qual era marcada pela violência sexual e psicológica. Além dela, sua filha mais

Psiquiatrização do corpo da mulher: resistência antimanicomial e feminista na atualidade brasileira

velha também sofreu abusos sexuais realizados pelo ex-marido.

Rosa também contou que sofria ameaças que a impediam de denunciá-lo: *“mataria meus filhos na minha frente, depois iria me matar e dizia que, pra (sic) não ser preso, iria se matar”* (Rosa). Outra forma de violência psicológica, que dificultava o processo de denunciá-lo, era a tentativa de seu ex-marido confundí-la, afirmando e reafirmando que ela não o viu abusando sexualmente de sua filha e que a menina inventava provas quando mostrava indicativos físicos característicos de violência sexual. Depois de alguns anos, mesmo com medo, Rosa conseguiu denunciá-lo.

Segundo Rosa, o dia do julgamento de seu ex-marido foi o marco do agravamento de seu sofrimento psíquico. Enquanto ocorria o julgamento, Rosa relatou que a psicóloga do fórum a aconselhou que seria melhor que ela e sua filha não vissem o agressor sendo julgado e preso. Contudo, Rosa insistiu, pois considerava que: *“era melhor ver com os meus próprios olhos que ele estava sendo preso. Eu precisava daquela confirmação, daquela justiça”* (Rosa). Dias após este episódio em sua vida, Rosa afirma que o sofrimento começou a exteriorizar-se, agravando-se com alucinações e sentimentos persecutórios, marcados pelo medo e sensação de que o ex-marido, mesmo preso, estava a perseguindo nas ruas: *“eu comecei a achar que ele ‘tava’ (sic) sempre me perseguindo, eu começava a escutar ele falando, me chamando, eu ficava com medo de sair de casa”* (Rosa). Esses intensos sofrimentos a levaram a ideias suicidas e tentativas de suicídio, o que fez Rosa passar por atendimentos na Emergência Psiquiátrica (EP) de um Hospital Municipal e na Unidade Básica de Saúde (UBS). Contudo, a partir de sua conversa e várias ligações para sua advogada, a quem ela recorria para confirmar que seu agressor estava realmente preso, a juíza, que também foi responsável pelo caso, a encaminhou para tratamento no CAPS III.

Atualmente, Rosa já recebeu alta do CAPS III, que frequentou por três anos, a entrevista realizada coincidiu com o último dia de Rosa no serviço. Rosa enfaticamente relatou que o CAPS III foi o espaço no qual: *“eu encontrei uma família”* (Rosa). No decurso da entrevista, relatou toda esta situação de sofrimentos e afirmou que, a partir dos atendimentos psicológicos e psiquiátricos, pode compreender que seu desejo de morte não era *“real”* (Rosa) e de que toda a culpa que sentiu também não era para ser sentida: *“O que eu mais senti foi culpa. [...] Eu pensava: ‘nossa, eu casei com a pessoa errada, eu fiz as coisas erradas’. [...] Por meio do tratamento, me senti aliviada, percebi*

que a gente não é culpada, a gente é vítima” (Rosa).

Sobre o início do tratamento, Rosa relembra que utilizava *“sete tipos de medicação por dia, só que hoje ‘tô’ (sic) tomando só um para ansiedade”* (Rosa). Para ela tais medicamentos ajudaram em seu tratamento, entretanto, relatou que eles impossibilitavam o alívio de sua angústia através do choro: *“Antes eu chorava muito, [...] agora eu começo a falar [ao invés de chorar]”* (Rosa).

Dentre outras reflexões apresentadas pela usuária, foi possível reconhecer a compreensão de Rosa sobre a condição de ser mulher com intenso sofrimento psíquico na sociedade: *“parece que ‘a gente’ (sic) não vai dar conta de conseguir superar tudo. Mas pedindo ajuda [e] apoio, ‘a gente’ (sic) consegue superar”* (Rosa). Além disso, Rosa também acrescenta que percebe *“[...] que a depressão é algo que afeta mais a gente mulher. Não sei se é por conta de uma responsabilidade maior, não sei explicar, mas parece que afeta mais as mulheres”* (Rosa).

É importante destacar que a usuária escolheu o nome Rosa para representá-la, porque gosta do perfume das rosas. Ademais, é interessante apontar que as conversas realizadas com ela, ao longo das oficinas terapêuticas, desencadearam um importante movimento de identificação demonstrado por algumas mulheres, o qual fora expresso pelos diálogos marcados por relatos de vivências, que apresentavam a situação de violência doméstica como marco de sua loucura. Dentre estas mulheres participantes da oficina terapêutica, uma delas destacou-se por estar sempre resistente em fazer as atividades propostas. A esta mulher eram apresentados vários atravessamentos que vinham desde o olhar dos profissionais até suas falas que denunciavam a complexidade de seu caso, o qual é marcado por diversas instituições disciplinares e vivências singulares. Esta mulher escolheu ser chamada de Pudim, em razão de ser sua sobremesa favorita.

Vivências institucionais em relatos de Pudim

Como em todos os dias que nos encontrávamos, Pudim, mulher negra de 27 anos, relatava sobre sua história e sobre o que estava passando em sua vida. Pudim tem duas filhas e um filho que, segundo ela, *“perdeu para a justiça”* (sic) e que tentava reconquistar a guarda. Quando fala sobre seus filhos, Pudim relembra que viveu grande parte de sua infância e adolescência em várias instituições de abrigos, por conta de sua genitora perder sua guarda e de seus irmãos pela circunstância do uso abusivo de álcool e situação de rua, o que fora judicialmente definido como negligência.

No primeiro abrigo, Pudim morou junto com suas outras irmãs, contudo, por conta de uma briga entre elas, trocaram-na de instituição e levaram-na para a cidade que localiza o CAPS III. Naquele segundo abrigo, Pudim relatou que ficava maior parte do tempo dormindo e triste. Ademais, foi naquela instituição que ela teria crises, as quais eram reconhecidas como “*rebeldias*” (Pudim) pelas funcionárias do local. A partir daquelas crises, Pudim começou a ser escutada pelas Psicólogas do abrigo e, quando o sofrimento se intensificava, ela era encaminhada para a Emergência Psiquiátrica (EP) do Hospital Municipal para ser internada. “[...] *Eu era na maioria das vezes internada, porque eu não conseguia ficar bem em ambiente nenhum*” (Pudim).

Tais internações ficaram marcadas em sua memória como o período de sua adolescência no qual ela era amarrada e levada pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU): “[...] *eu era amarrada [...] na maca mesmo, os pés e as mãos*” (Pudim). Como consequência desta situação, ela afirmou que permaneceu por muito tempo com “*medo*” do barulho da sirene que a ambulância do SAMU faz. Pudim também relatou que quando chegava à EP ficava por muito tempo ainda amarrada, chorava muito, era medicada e não permitiam que ela fosse desamarrada nem para ir ao banheiro e, dessa forma, acabava fazendo suas necessidades fisiológicas nas roupas. Essa situação se mantinha até que as enfermeiras daquele serviço decidissem que ela estava melhor. “*Eu chorava. Eles não me soltavam. Eu ficava com raiva [e] gritava: ‘me solta!’ (sic). ‘Me colocava’ (sic) remédio, daí eu capotava. [Eu ficava amarrada] até as enfermeiras me elogiarem, falarem que eu ‘tava’ (sic) bem agora que eu ia voltar ‘pro’ (sic) abrigo*” (Pudim).

Segundo a usuária, as internações eram importantes formas de tratamento das crises, “[...] *porque [...] não tinha como ficar em crise no abrigo, sem ficar internada*” (Pudim). Além disso, Pudim relata sobre as oficinas terapêuticas existentes na instituição hospitalar, que favoreciam o contato com atividades que proporcionavam a expressão da angústia daquela adolescente abrigada e institucionalizada. A partir das oficinas terapêuticas, Pudim começou a preferir ficar internada a voltar ao abrigo: “[...] *depois que eu percebi que tinha as oficinas eu começava a aceitar mais, falava que lá era melhor que no abrigo. Lá, eu fazia o que eu gostava*” (Pudim).

A usuária relata que foi encaminhada ao CAPS III muito tempo depois, após receber um diagnóstico psiquiátrico e iniciar um tratamento medicamentoso. Contudo, enfrentou a discriminação e o preconceito de suas irmãs que problematizavam o diagnóstico e o tratamento, o

que complicou o processo de cuidado de sua saúde mental: “*Eu falava ‘pra’ (sic) minhas irmãs, que eu achava que sou normal. Mas minhas próprias ‘parente’ (sic) chegava a debochar da situação, [...] ‘chamavam eu’ (sic) de doida, falavam que eu tomava remédio*” (Pudim).

No terceiro abrigo que Pudim viveu, encontrou seu ex-marido e por conta de ambos terem se tornado um casal tiveram de sair deste local. A primeira gravidez, decorrente deste relacionamento, foi um momento marcado em sua memória por várias crises e internações, porém foi também o momento que ela seria internada pela última vez.

Pudim sofreu violência doméstica provocada pelo marido, que se tornou genitor dos seus três filhos. Violência marcada por agressões psicológicas, morais e físicas, as quais perduraram por oito anos. Nesta situação de violência, Pudim relata que sofreu com a culpa de ter demorado a efetivar a denúncia. Após ter denunciado seu ex-companheiro, Pudim foi encaminhada para o último abrigo de sua vida, uma instituição voltada a mulheres que sofriam violência doméstica, devido ao fato de estar grávida e da sua situação socioeconômica. O período que ficou naquela instituição também foi marcado pelo início de tratamento no CAPS III, com a finalidade de atender suas questões psíquicas.

Após sair da instituição de acolhimento de mulheres vítimas de violência, Pudim retomou a guarda das filhas que estavam sob cuidados de um familiar, mas o feminicídio de sua mãe acarretou uma “*tristeza grande*” (sic), marcada por ideias suicidas e desejo de tirar a vida de seu filho que tinha dois anos na época. Pudim relatou seus pensamentos à assistente social que a assistia, o que culminou no acionamento do Conselho Tutelar e, desta forma, a guarda de seu filho foi retirada de sua tutela, condição relatada frequentemente por Pudim em nossas conversas: “*A coisa mais difícil foi quando eles tiraram ele ‘dos meus braços’ (sic)*” (Pudim). Além disso, o serviço de saúde mental tornou-se um lugar a ser frequentado obrigatoriamente por meio de uma ação judicial, assim, ela enfatizou em seus relatos que vai “*arrastada (sic), mesmo gostando das oficinas, não quero vir pra cá, porque sou obrigada*” (Pudim).

Ao longo da entrevista, outras reflexões puderam ser realizadas, dentre elas, Pudim apontou que o ser mulher “*normal*” (Pudim) na sociedade atual é “*ser uma mulher sem medicação*” (Pudim). Enquanto, ser uma mulher com sofrimento psíquico é “[...] *ser vista sem amor, sem amigos, ignorada, [que] sofre preconceito.*” (Pudim).

Uma equipe e vários olhares sobre o sofrimento psíquico

1.1 Produção de subjetividade de mulheres e o sofrimento psíquico feminino

A história da constituição de um diferencial sexual substantivo e binário-oposto (homem/mulher) escancara como os contextos históricos e culturais moldam a produção da subjetividade feminina. A necessidade de encontrar diferenças anatômicas e fisiológicas concretas entre homem e mulher ocorreu quando tal processo se tornou político e economicamente importante no contexto histórico da consolidação do capitalismo (Zanello, 2018). A partir daquela transformação social, a mulher foi reconhecida através de seu útero e seu corpo transformou-se em sinônimo da capacidade de procriar, o que legitimou e conferiu às mulheres o espaço privado (lar e família), enquanto aos homens, o espaço público tornou-se de total direito (Del Priori, 2019).

Aquela divisão entre público e privado contribui para a naturalização de um padrão de feminilidade, o qual ainda modela a subjetividade feminina e as compreensões de mulheres em nossa sociedade (Zanello, 2018). Padrão que está relacionado a um projeto de vida que prioriza o matrimônio e a maternidade na vida das mulheres e é reafirmado socialmente através dos dispositivos materno e amoroso, os quais podem ser compreendidos como um conjunto de discursos, instituições, leis, enunciados científicos, dentre outros processos cotidianos, que visam orientar, determinar e controlar os gestos, as condutas, as opiniões e os discursos de indivíduos (Foucault, 1996; Agamben, 2009) para coagir às mulheres a casar, a gerar filhos e a desempenhar uma maternagem espontânea e piamente amorosa.

A partir do conjunto de *'scripts culturais'* (Butler, 1990) e de pedagogias afetivas que reafirmam como atingir o sucesso em *'ser mulher'*, ocorre a renúncia e a mortificação da pluralidade das mulheres, o que pode desencadear sofrimentos psicossociais àquelas que apresentam qualquer comportamento ou emoção distintos daqueles reiterados como normais (Zanello, 2018). Tais sofrimentos são submetidos às tentativas de silenciamento cotidiano. A psicóloga entrevistada apresenta a culpa como um dos sofrimentos apresentados pelas mulheres-usuárias do serviço:

"[Ao] não se sentir apta a conseguir fazer ou ter uma posição que a sociedade de alguma forma, impõem para este feminino, ela se sente sem recurso ou sem validade para ocupar esta posição idealizada da mulher, da boa mulher, da boa esposa. Eu acho que isto é uma coisa que gera uma culpa" (Psicóloga).

No processo da produção de subjetividade feminina, o dispositivo amoroso desencadeia a naturalização da mulher como dependente psicológica do amor do homem e que coloca sua identidade atrelada ao matrimônio e à dedicação exclusiva sobre o sucesso desta união (Del Priori, 2019). Dessa forma, normaliza-se que a sanidade psíquica e autoestima das mulheres estão dependentes de estar em um relacionamento afetivo (Zanello, 2018). Nesse contexto, durante as entrevistas, a culpa pelo insucesso nas relações amorosas tornou-se notória como sofrimento psíquico frequente das mulheres-usuárias: *"[No CAPS-III, há] muitos casos de decepção amorosa, por exemplo, ela ter se sentido culpada pelo relacionamento não ter dado certo"* (Psicóloga).

Em relação ao dispositivo materno, a concepção de uma boa mulher fomentou-se através da naturalização do sentimento da maternidade como essencial para a vida feminina, que seria caracterizada pela capacidade de cuidar do outro e de procriar, além de tornar a maternagem sinônimo de *'fonte da felicidade'* (Bandinter, 1985, p. 147). A partir deste ideal de maternagem vocacional, a mulher-mãe-esposa torna-se interpelada a exercer o papel de *'dona de casa'*, o qual consiste em manter o bom funcionamento do lar e da família (Del Priori, 2019). O processo de naturalização de uma excelente maternagem, na qual o errar não seria socialmente aceito, fora apontado pela psicóloga do CAPS III como um dos processos de sofrimento psíquico feminino: *"[...] a mulher vem sofrendo muito desde que ela vem tendo que ocupar um espaço da boa mãe, boa dona de casa"* (Psicóloga).

A exaustão proveniente do dispositivo materno correlaciona-se com o cansaço do labor nos espaços públicos da sociedade, uma vez que, embora profissionalizada e trabalhando fora do âmbito doméstico, o dispositivo materno continua presente e interpela um segundo *round*, marcado pelo trabalho doméstico e cuidados voltados à família e ao lar (Zanello, 2018). Tal sobrecarga psicossocial fora lembrada pela enfermeira como fator de mal-estares psíquico de mulheres:

"Na verdade, eu acho que ser mulher hoje em dia é muito difícil. [...] Mulher muitas vezes trabalha fora, trabalha em casa, e em casa é dupla jornada: cuidado com a família, cuidado com o marido. Às vezes acontece o sofrimento psíquico, porque é muita cobrança, muita coisa para a mulher resolver" (Enfermeira).

A enfermeira também destacou como o desemprego é outro fator que desencadeia sofrimento às mulheres: *"[...] veio muita mulher aqui já em sofrimento, porque foi demitida do trabalho"* (Enfermeira). Ao considerar a questão da

Psiquiatrização do corpo da mulher: resistência antimanicomial e feminista na atualidade brasileira

vulnerabilidade social produzida pela ausência de emprego e seguridade social, deve-se ressaltar os marcadores sociais em suas interseccionalidades de gênero, raça e classe social. O racismo estrutural conjugado ao sexismo são aspectos que ainda levam mulheres negras e pobres no país a trabalharem em cargos com péssimas remunerações ou sofrerem com a situação do desemprego estrutural (Akotirene, 2018).

Outra questão observada, a qual se vincula à prioridade da mulher voltada ao outro, é a dificuldade em autopriorizar-se em seu projeto de vida (Zanello, 2018). A dificuldade em observar a si própria como prioridade, expressa-se como fenômeno psicossocial do desempoderamento feminino, no qual a mulher torna-se incapaz de exercer a liberdade de poder fazer aquilo que deseja, de participar democrática, autônoma e ativamente na tomada de decisões que lhe dizem respeito (Berth, 2018). Isto é expresso quando a Psicóloga relata sobre como aquelas mulheres que conseguem dedicar um tempo aos atendimentos (individuais ou grupais) também apresentam dificuldades em serem ativas e autônomas em seu próprio tratamento se comparado aos homens:

“As mulheres tem mais dificuldade de ter lugar para pensar. Eu tenho trabalhado muito com elas esta questão. [...] Não tinha uma ação delas, ativa na construção de sua saúde, ou na participação delas dentro da família. [...] Elas preferem grupos voltados às atividades manuais e não as de reflexão, posto que o pensar sobre si mesma é difícil para elas. Elas evitam ao máximo” (Psicóloga).

A comparação entre homens e mulheres também pode ser analisada através de lentes interseccionais, as quais propiciam uma perspectiva sobre o desempoderamento atravessado pelo lugar de fala (lugar social) das mulheres (Ribeiro, 2017). Ao longo dos séculos, as mulheres tornaram-se desautorizadas a expressarem-se sobre o que pensam, desejam e lhe dizem respeito, questão que se agrava através das combinações de opressões sexistas, racistas e classicistas, as quais tornam as mulheres negras e pobres invisíveis na sociedade. Dessa forma, o agir empoderadamente é um campo desconhecido às mulheres quando comparado com os homens, cujo lugar de fala é mais reconhecido, valorizado, ampliado e estimulado em nossa sociedade (Berth, 2018; Ribeiro, 2017).

Uma das tecnologias de gênero, que possibilitam a cristalização da subjetividade feminina incapaz de agir empoderadamente, são os julgamentos, isto é, as punições presentes nos diálogos cotidianos. Os julgamentos fomentam a culpabilização ou autoculpar-se direcionado àquelas

mulheres que não seguem as normas sexistas (Zanello, 2018). Ao longo da entrevista com a Psicóloga, ocorreu uma fala-denúncia da presença de julgamentos culpabilizantes contra qualquer mulher que demande uma atenção intensiva em saúde mental do CAPS III:

“[...] tem esta coisa do julgamento: você deixou seus filhos em casa, quem que está cuidando deles enquanto você está aqui? Parece que [há] um ‘você não deveria estar aqui. Você deveria estar cumprindo seus deveres de supridora da casa’” (Psicóloga).

Outra fala-denúncia também fora relatada pela Enfermeira, que apontou que o diagnóstico da ‘histeria’ já fora utilizado por alguns profissionais daquele serviço para julgar e deslegitimar o sofrimento de algumas usuárias como facilmente curado se a mesma realizasse atividades domésticas:

“Às vezes o jeito que elas ficam, [...] de ficar mais emotiva, ‘a gente’ (sic) até comenta: ‘nossa, que mulher histérica’ (sic). Até a própria equipe fala: ‘se ela fosse para a casa dela e arrumasse um tanque de roupa para lavar ou uma coisa para fazer ela ia melhorar’ (sic)” (Enfermeira).

A histeria é um diagnóstico constituído no século XIX como marco da história da dominação médica e psiquiátrica sob as mulheres. A histerização do corpo feminino ajudou a impulsionar a naturalização, o reconhecimento e a valorização do ideal materno (Foucault, 1988). Nesse processo, ocorreu um controle médico higienista dos corpos e da sexualidade feminina, o qual se articulou como estratégia governamental para que o corpo feminino se constituísse como regulamentador da taxa de natalidade do país (Foucault, 1988), educadora dos futuros cidadãos (seus filhos) e cuidadora da família que estava inserida na nação (Del Priori, 2019).

Ademais, na análise do relato da enfermeira entrevistada, pode-se inferir também que as atividades domésticas não solucionariam o intenso sofrimento psíquico em razão delas serem “invisíveis, repetitivas, exaustivas, improdutivas e nada criativas” (Davis, 2016, p. 236) que possuem raízes fincadas sobre um plano psicológico do sexismo para manter as mulheres dentro de suas casas e evitar a conquista do direito ao público. Estudos comprovam que a maioria das donas de casas expressam insatisfações por dedicarem-se integralmente ao lar, algumas comparam o lar a uma prisão e outras apresentam sentir-se loucas por estarem isoladas e cercadas por atividades domésticas (Davis, 2016). Dessa forma, as

atividades domésticas não podem ser impostas como alternativas de tratamento para as mulheres em intenso sofrimento psíquico, o lugar e a vivência doméstica também podem trazer consequências psicossociais que transformam a subjetividade feminina e produzem sofrimento.

Dentre os aspectos relacionados à produção de sofrimento psíquico, destaca-se as violências de gênero vivenciadas pelas mulheres atendidas no serviço de saúde mental que engendram mal-estares significativos e que, eventualmente, são transformados e reduzidos a diagnósticos psiquiátricos. Nesse contexto, durante as entrevistas, os profissionais da equipe ao abordarem o tema da violência de gênero relatam ora o desenvolvimento de ações atentas ao acolhimento daquelas mulheres, ora o desconhecimento sobre Políticas Públicas voltadas às mulheres vítimas de violência no plano da Saúde Mental e Assistência Social. O Psiquiatra entrevistado afirma ter: “[...] pouco conhecimento, [sobre as políticas] voltadas à condição feminina, eu não conheço nada!” (Psiquiatra). Já a Psicóloga do serviço afirmou saber sobre aquelas ações voltadas ao combate da violência doméstica: “as Políticas Públicas voltadas à queixa de violência doméstica, quando há uma queixa, a gente tem que fazer uma notificação de agravo à violência” (Psicóloga).

O CAPS III se localiza como um serviço intersetorial que funciona como porta de entrada para mulheres que estão em situação de violência e que podem ser encaminhadas à rede de enfrentamento da violência contra a mulher no município. Segundo a Enfermeira, ocorreram casos que os profissionais tiveram que realizar denúncias e pedidos de medida protetiva para algumas mulheres que relataram vivências de violência doméstica enquanto estavam acolhidas no serviço: “[Teve um caso que uma] mulher chegou aqui e [sofria] violência, tanto física quanto emocional. A gente teve que chamar a guarda e fazer um boletim [de ocorrência policial], porque teve que determinar uma medida protetiva” (Enfermeira).

A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres tem como finalidade articular estratégias de prevenção a violência, garantir o empoderamento e a construção de autonomia das mulheres, além de garantir direitos e responsabilizar agressores e atores de violência doméstica. Nesse contexto, a rede de enfrentamento engloba os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, e é composta pelos dispositivos que funcionam como porta-aberta para atender à violência contra mulher, com atenção especial ao CAPS III, os quais são denominados serviços não-especializados e dialogam com àqueles que são especializados no âmbito da violência de gênero (Brasil, 2011). Ademais, durante as entrevistas, a

necessidade de um cuidado comunitário e territorial também fora apresentada como ponto importante para fomentar estratégias que fortaleçam uma rede de apoio às mulheres e garantam todos os aspectos de empoderamento, reabilitação psicossocial e direitos das mulheres:

“Eu acho que teria que ter uma rede maior de atendimento, não somente dentro de centros especializados, mas que existisse uma rede de atendimento para estas mulheres, na comunidade. [...] Atividades que elas possam estar interagindo, que elas possam estar se vendo valorizadas. [...] Que elas possam encontrar outras mulheres [...] para ter esta parceria entre elas” (Psicóloga).

1.2 Apontamentos sobre o fenômeno de psiquiatrização do corpo feminino

Durante o século XX, os discursos e práticas médicas se cristalizaram em torno de tecnologias do biopoder, que homogeneizaram e reduziram todos os fenômenos psíquicos à monoidentidade de doença mental, em um movimento que pode ser denominado de medicalização (Foucault, 1996). O processo de medicalização fomentou a tomada do corpo feminino como “objeto de saber médico” (Vieira, 2002, p. 22). A princípio, aquele corpo fora apoderado pelo projeto médico eugenista e higienista através de estudos voltados à sexualidade e reprodução feminina com a justificativa de controle sanitário para o crescimento populacional e combate à mortalidade neonatal. Com o avanço dos estudos sobre a fisiologia ovariana, a psiquiatria positivista apresentou a existência de uma essência feminina marcada pela relação entre sentimentos, comportamentos e útero, o que contribuiu para a naturalização das normas sociais sexistas e propiciou ao saber médico traçar categorizações psiquiátricas àquelas mulheres que desviassem daquelas normas (Vieira, 2002). Nesse contexto, o processo da psiquiatrização da vida se constituiu através de um conjunto de técnicas e estratégias, cujos principais pilares estruturaram-se a partir das classificações de diagnósticos psiquiátricos e da prescrição de psicofármacos (Freitas & Amarante, 2017).

Ao longo dos relatos dos profissionais entrevistados, observou-se como os desvios do padrão de subjetividade feminina ainda são traduzidos em nomenclaturas diagnósticas e silenciados pelos psicofármacos.

“Sabe isso que a gente denomina de surto [ou] de transtorno? As próprias mulheres dão estes termos, e nós também, mas na realidade isto ocorre, quando elas não aceitam mais os padrões, desviam

deles, quando realizam críticas [ou] quando se rebelam” (Psicóloga).

Estudos epidemiológicos apresentam uma prevalência de diagnósticos psiquiátricos determinados às mulheres se comparado aos homens (Andrade, Viana, & Silveira, 2006). Durante as entrevistas, os profissionais do CAPS III reafirmaram tal fato, cientificamente divulgado, através da repetição de um perfil diagnóstico calcado na dicotomia masculinidade e feminilidade, o qual compreendia as mulheres como mais expressivas de sintomas: *“acho que tem um conceito, pré-concebido que a doença mental [...] é, em maior prevalência, em mulheres” (Psicóloga).*

Como tentativa de explicar estes dados epidemiológicos, a enfermeira entrevistada afirmou: *“[...] as mulheres exteriorizam mais o que sentem. Homem não! Homem é mais retraído, não assume que não está bem” (Enfermeira).* Este esboço explicativo realizado pela enfermeira sutilmente resgata a questão da colonização e pedagogia dos afetos, a qual complementa a constituição da subjetividade feminina ao apresentar os *scripts* sobre como cada mulher deve sentir e expressar seus sentimentos, emoções e afetos. Dessa forma, as colonizações afetivas, ao mesmo tempo em que incentivam às mulheres a expressarem mais seus sentimentos, podem contaminar as formas de diagnosticar as aflições, as quais são comumente compreendidas como sintomas, considerados predominantemente femininos, e que são traduzidos em diagnósticos psiquiátricos (Zanello, Fiuza, & Costa, 2015; Zanello, 2018).

A apropriação do corpo feminino pela medicina teve como marco histórico e científico as técnicas cirúrgico-obstétricas, as quais propiciaram a desenvoltura das disciplinas médicas ginecologia-obstetrícia (GO), cujos ideais eugenistas e higienistas de controle da natalidade foram socialmente legitimados a assistencializar à gravidez e ao parto (Vieira, 2002). Desta forma, aquele corpo fora submetido e coisificado como mero objeto de estudo do saber psiquiátrico, com a finalidade de transformá-lo em material de testagem que corroboraria para o avanço das técnicas e conceitos psiquiátricos medicalizantes (Vieira, 2002).

Durante os depoimentos do Psiquiatra, observa-se que a chegada de algumas usuárias ao CAPS III segue o mesmo caminhar departamental que tanto moldou os pilares da medicina, devido a algumas mulheres começarem o uso de psicofármacos pela prescrição de um ginecologista, o qual encaminha aquelas mulheres para um serviço de saúde mental apenas quando tal auxílio médico não demonstra melhora:

“Acho que a grande maioria dos encaminhamentos, é assim: [a mulher] vai no GO, o GO passa uma Fluoxetina [ou] Sertralina. Quando não melhora, ou quando o profissional entende que não tem conhecimento suficiente, ou ele não quer [...] saber muito, ele encaminha. Eventualmente, para um paciente que já está usando um tipo de medicação e não apresenta melhora, o [GO] acaba encaminhando para Psiquiatra. [Então] vai para o CAPS” (Psiquiatra).

A ginecologia e obstetrícia ainda realiza prescrição de psicofármacos através do preceito organicista que aponta um reflexo entre função ovariana e os funcionamentos neurológicos, psicológicos e psiquiátricos (Vieira, 2002). Especialistas desta área apontam a gravidez, o puerpério e as fases do ciclo menstrual como períodos de aumento da vulnerabilidade a intensos sofrimentos psíquicos, os quais são comumente diagnosticados como depressão ou transtorno de humor (Souza & Cechinel, 2013). A partir do diagnóstico, o especialista em GO acaba por prescrever os psicofármacos, mesmo em períodos de intensa mudança orgânica, como a gravidez e a amamentação, nos quais os efeitos colaterais destes medicamentos preocupam estudiosos (Souza & Cechinel, 2013).

Sobre alguns pré-diagnósticos realizados por estes especialistas da saúde da mulher, aponta-se que, ao se observar atentamente os sentimentos que são categorizados nos famosos diagnósticos de ‘depressão pós-parto’ e ‘síndrome pré-menstrual’, muitas vezes biologicamente explicados, podem-se encontrar situações cotidianas, que possibilitam explicações que denunciam a desigualdade de gênero, a injustiça patriarcal e o desempoderamento feminino (Smith & Morrow, 2012; Zanello, 2018).

O atual consumo excessivo de psicofármacos é compreendido pela tentativa de solucionar tanto os intensos sofrimentos psíquicos devidamente diagnosticados, quanto para amenizar sentimentos decorrentes de vivências momentâneas estressantes e difíceis, a fim de possibilitar uma boa noite de sono ou bom rendimento em determinadas atividades. É importante ressaltar que os psicofármacos se fazem necessários e eficazes em alguns casos, todavia, a prescrição banalizada e o uso abusivo destes medicamentos geram preocupações entre os profissionais da saúde, principalmente, por conta da possibilidade de efeitos colaterais e dificuldades quanto a finalização de tratamentos medicamentosos prolongados (Nasario & Silva, 2016). Os depoimentos da Psicóloga pontuaram que as usuárias do CAPS III realizam enfáticas demandas à prescrição

medicamentosa, as quais expressam como o medicamento é reconhecido como recurso exclusivo ao enfrentamento de seus sofrimentos: “[o discurso das] mulheres é um pouco mais enfático, de que: ‘eu quero o alívio desta dor’ (sic). O alívio da dor é medicando” (Psicóloga).

A espera pelo alívio da dor psíquica por meio dos medicamentos escancara como os psicofármacos são socialmente reconhecidos como a ‘pílula da felicidade’ que promoveria a suposta cura do sofrimento psíquico. A ciência medicalizante desencadeou esta crença a partir de explicações que apresentavam a existência de um desequilíbrio químico do cérebro que resulta em sofrimentos psíquicos, aspectos que culminam na simplificação dos diagnósticos psiquiátricos e da noção de sua cura pelo reajuste químico do cérebro (Freitas & Amarante, 2007). Desta forma, para um melhor entendimento sobre o sofrimento é necessário compreender o sentido desta dor a ser aliviada, a partir do resgate do contexto psicossocial e da não redução biológica, a fim de superar a farmacologização e medicalização, que silencia as vivências dos sujeitos (Nasario & Silva, 2016). O Psiquiatra resgata o âmbito psicossocial ao relacionar a demanda feminina pelos psicofármacos e a sobrecarga do cotidiano da mulher: “Em geral, quem procura mais este tipo de [tratamento] são as moças [...] Porque veja a vida da mulher: tem que trabalhar fora; o filho precisa de atenção; o marido não sabe fazer nada direito. Ela fica mais angustiada” (Psiquiatra).

Considerações finais

As observações participantes em grupos e oficinas terapêuticas destinadas às mulheres daquele CAPS III viabilizou o vínculo com as(os) entrevistadas(os), o que garantiu reflexões e permitiu a construção de narrativas femininas de mulheres usuárias que vivenciaram violências estruturais e de gênero e que foram submetidas aos

processos de medicalização do corpo feminino. Por meio destas narrativas, também fora possível observar tanto a história de vida que representa aquelas mulheres que reconhecem a importância de seu tratamento para sua saúde mental, quanto aquela que representa os casos de mulheres que ainda não vêm sentido em seu tratamento, o qual é apresentado como algo que ainda precisa melhorar em alguns aspectos para propiciar o alívio ao seu sofrimento psicossocial.

A partir dos relatos dos profissionais, também fora possível compreender como ainda é necessário que a equipe capacite-se para atuar no atendimento de mulheres-usuárias que apresentam sofrimentos psíquicos relacionados a violências de gênero, de forma que os mesmos considerem o contexto histórico e psicossocial de um sistema patriarcal que se ainda reverbera em nossa sociedade e que podem contaminar as próprias ações em saúde mental, o que corroboraria para a manutenção de desigualdade de gênero em diferentes intersecções no próprio serviço que deveria funcionar como rede de apoio para estas mulheres-usuárias.

Desta forma, o presente estudo considerou que mesmo diante dos avanços conquistados pela Reforma Psiquiátrica brasileira ainda é necessário desfragmentar as formas de atendimento em saúde mental a fim de ampliar o entendimento sobre o sofrimento psíquico feminino por meio da visibilidade dos atravessamentos dos diversos marcadores sociais, o que proporcionaria a atenção e cuidado à saúde mental e garantiria a constituição de mulheres-cidadãs protagonistas de suas próprias vidas. Ademais, no entrelaçamento de discussões sobre o tema ‘loucura’ e ‘mulheres’, o estudo viabiliza reflexões sobre a necessária superação da hegemonia do paradigma manicomial e das concepções patriarcais, a partir da elaboração de Políticas Públicas que relacionem os princípios antimanicomiais com os ideais feministas.

Referências

- Agamben, G. (2009). *O que é o contemporâneo?* e outros ensaios. Chapecó: Argos.
- Akotirene, C. (2018). *O que é interseccionalidade?* Belo Horizonte: Letramento, 2018.
- Amarante, P. (2013). *Saúde mental e atenção psicossocial* (4a ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Andrade, L. H. S. G. de, Viana, M. C. & Silveira, C. M. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev. psiquiatr. clín. (São Paulo)*, 33(2), 43-54. doi: 10.1590/S0101-60832006000200003
- Berth, J. (2018). *O que é empoderamento?* Belo Horizonte: Letramento.
- Butler, J. (1990). Actos performativos y constitución del género: un ensayo sobre fenomenología y teoría feminista. In: Case, S-H. (Orgs.). *Performing Feminisms: Feminist Critical Theory and Theater* (296-314). Baltimore: Johns Hopkins Press.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2011). Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Retrieved from http://bvsm.sau.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres. (2011). Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.

Psiquiatrização do corpo da mulher: resistência antimanicomial e feminista na atualidade brasileira

- Campos, R. T. O. & Furtado, J. P. (2008). Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42(6), 1090-1096. doi: 10.1590/S0034-89102008005000052
- Davis, A. (2016). *Mulheres, raça e classe*. São Paulo: Boitempo.
- Del Priori, M. (2019). *História do amor no Brasil*. São Paulo: Contexto.
- Facchinetti, C., Ribeiro, A., & Muñoz, P. F. de. (2008). As insanas do Hospício Nacional de Alienados (1900-1939). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 15(Suppl.), 231-242. doi: 10.1590/S0104-59702008000500012
- Foucault, M. (1972). *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris: Plon.
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (1996). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Freitas, F., & Amarante, P. (2017). *Medicalização em psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Kohen, D. (2001). Psychiatric services for women. *Advances in Psychiatric Treatment*, London, 7, 328-334. doi: 10.1192/apt.7.5.328
- Lüdke, M., & André, M. E. D. A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Machado, J. S. De A.; Caleiro, R. C. L. (2008). Loucura feminina: doença ou transgressão social? *Desenvolvimento social (Montes Claros)*, 1(1), 1-8.
- Mendonça, R. T., Carvalho, A. C. D. de, Vieira, E. M., & Adorno, R. de C. F. (2008). Medicalização de mulheres idosas e interação com consumo de calmantes. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 95-106. doi: 10.1590/S0104-12902008000200010
- Nasario, M.; & Silva, M. M. da. (2016). *O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade*. São Paulo. Retrieved from <http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcela-Nasario.pdf>
- Onocko-Campos, R. T., Palombini, A. de L., Leal, Erotildes, Serpa Junior, O. D. de, Baccari, I. O. P., Ferrer, A. L., Diaz, A. G., & Xavier, M. A. Z. (2013). Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2847-2857. doi: 10.1590/S1413-81232013001000009
- Pegoraro, R. F., & Caldana, R. H. L. (2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94. doi: 10.1590/S0104-12902008000200009
- Pereira, M. De O., & Passos, R. G. (org.). (2017). *Luta antimanicomial e feminismos: discussões de gênero, raça e classe para a reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Autografia.
- Rabelo, I. V. M. (2011). *Nunca pensei nisso como problema: estudo sobre gênero e uso de benzodiazepínicos na estratégia saúde da família*. São Paulo: UNESP-USP.
- Ribeiro, D. (2017). *O que é lugar de fala?* Belo Horizonte: Letramento.
- Smith, J.; Morrow, M. (2012). Mothers, madness and labour of feminist practice. Responding to women in the perinatal period. In Wong, G. (Org.). (2012). *Moms gone mad: motherhood and madness, oppression and resistance*. Ontário: Demeter Press. 21-34.
- Souza, C. A. C. De; Cechinel, K. C. (2013). *Antidepressivos na ginecologia e obstetrícia*. Retrieved from: <https://www.polbr.med.br/ano13/art0313a.php>
- Vieira, E. M. (2002). *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Vilela, W. V. (1992). *Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina*. Tese de doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Zanello, V. (2018). *Saúde mental, gênero e dispositivo: cultura e processos de subjetivação*. Curitiba: Appris.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal: Revista de Psicologia*, 27(3), 238-246. doi: 10.1590/1984-0292/1483
- Zanello, V. & Silva, R. M. (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, 20(2), 267-79.

Fecha Recepción: 31-10-2020

Fecha Aceptación: 28-06-2021