



**PBPC**  
ISSN 2674-9432



**Qualis A3**  
CAPES 2021-2024



DOI - Crossref

Latindex

Indexado no  
Google Acadêmico

# A PRODUÇÃO SOCIAL DO SOFRIMENTO PSÍQUICO FEMININO E SUA CAPTURA PELA MEDICALIZAÇÃO: UMA ANÁLISE CRÍTICA DE GÊNERO

*Maria Clara Nascimento Teixeira, Karen Kristine Rosário dos Santos Dias, Wedson Leal dos Santos, Anderson Pires Duarte, Antonia Maria de Brito Costa, Lucilene dos Santos Faria.*



<https://doi.org/10.36557/2674-9432.2026v5n2p852-866>

Artigo recebido em 15 de Fevereiro e publicado em 15 de Abril de 2026

## REVISÃO NARRATIVA

### RESUMO

O presente artigo examina como o sofrimento psíquico feminino é socialmente produzido e progressivamente capturado pelos dispositivos da medicalização contemporânea. A partir de uma revisão bibliográfica crítica fundamentada em referenciais teóricos da sociologia do gênero, da antropologia das emoções e da crítica ao modelo biomédico hegemônico, argumenta-se que o sofrimento das mulheres não constitui fenômeno de natureza estritamente individual ou biológica, mas expressão de relações sociais atravessadas por desigualdades estruturais de gênero, classe e raça. O percurso analítico articula contribuições de Beauvoir (1949), Butler (2003, 2019), Saffioti (1992, 2004), Illich (1975), Conrad (2007), Rose (2007), Zanello (2018), Le Breton (2009), entre outros, evidenciando como diagnósticos psiquiátricos operam como tecnologias normativas que individualizam condições coletivas de opressão. Conclui-se pela necessidade de abordagens interdisciplinares que articulem saúde mental, estudos de gênero e políticas públicas orientadas para a transformação das condições materiais e simbólicas que produzem o adoecimento feminino.

**Palavras-chave:** Sofrimento psíquico feminino; Medicalização; Gênero; Dispositivos de subjetivação; Saúde mental.



## **ABSTRACT**

This article examines how female psychic suffering is socially produced and progressively captured by the devices of contemporary medicalization. Drawing on a critical bibliographic review grounded in theoretical frameworks from the sociology of gender, anthropology of emotions, and critique of the hegemonic biomedical model, it is argued that women's suffering does not constitute a strictly individual or biological phenomenon, but rather an expression of social relations traversed by structural inequalities of gender, class, and race. The analytical trajectory articulates contributions from Beauvoir (1949), Butler (2003, 2019), Saffioti (1992, 2004), Illich (1975), Conrad (2007), Rose (2007), Zanello (2018), Le Breton (2009), among others, revealing how psychiatric diagnoses operate as normative technologies that individualize collective conditions of oppression. The article concludes by arguing for interdisciplinary approaches that articulate mental health, gender studies, and public policies oriented toward transforming the material and symbolic conditions that produce female illness.

**Keywords:** Female psychic suffering; Medicalization; Gender; Subjectivation devices; Mental health.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).





## **1 INTRODUÇÃO**

A saúde mental feminina não pode ser adequadamente compreendida sem que se considerem as dimensões históricas, culturais e estruturais que moldam as experiências concretas das mulheres. Sofrimentos vividos no cotidiano a sobrecarga doméstica, a violência de gênero, a maternidade compulsória, a precariedade econômica não são fenômenos acidentais ou individuais, constituem efeitos de relações sociais profundamente desiguais, inscritas em corpos, subjetividades e trajetórias de vida (BEAUVOIR, 1949; SAFFIOTI, 2004). Reconhecer essa dimensão social do sofrimento implica, necessariamente, questionar os esquemas interpretativos que historicamente transformaram condições coletivas em patologias individuais.

A literatura sobre saúde mental feminina tem avançado de forma significativa nas últimas décadas, mas subsistem lacunas importantes quanto à análise crítica dos processos pelos quais práticas médicas e psicológicas convertem vivências socialmente produzidas em diagnósticos clínicos, reforçando o que Conrad (2007) denomina medicalização da vida cotidiana. Essa captura biomédica do sofrimento não é neutra, ela opera segundo lógicas de gênero que historicamente patologizaram a experiência feminina, desde as categorias oitocentistas de histeria até os contemporâneos transtornos de ansiedade e depressão (ZANELLO, 2018; MALUF, 2009).

A questão que orienta este estudo pode ser formulada nos seguintes termos: de que modo os processos de medicalização e as construções sociais de gênero se articulam na produção e na interpretação do sofrimento psíquico feminino? Parte-se da hipótese de que tal sofrimento não pode ser adequadamente compreendido por categorias clínicas isoladas, devendo ser situado nos contextos sociais, culturais e históricos que engendram as condições de vida das mulheres. Em outras palavras, o problema não está apenas em como se trata o sofrimento, mas em como ele é produzido e significado.

O objetivo geral deste estudo é investigar o sofrimento psíquico feminino a partir das construções sociais de gênero e dos processos de medicalização que o capturam. Os objetivos específicos são, identificar os fatores socioculturais e estruturais que condicionam a interpretação e o manejo do sofrimento feminino, analisar como desigualdades de gênero, classe e raça contribuem para a medicalização de experiências coletivas e discutir a necessidade de abordagens interdisciplinares que articulem saúde



mental, teoria feminista e políticas públicas. Espera-se que os resultados subsidiem práticas de cuidado mais sensíveis às condições concretas de vida das mulheres e contribuam para políticas que reconheçam o caráter social e histórico do adoecimento psíquico feminino.

## **2 METODOLOGIA**

O presente estudo adota uma abordagem qualitativa e exploratória, fundamentada na revisão bibliográfica sistemática, com o propósito de analisar criticamente como os processos de medicalização e as construções sociais de gênero se articulam na produção do sofrimento psíquico feminino. A opção pela perspectiva qualitativa se justifica pela natureza do objeto investigado: as dimensões subjetivas, simbólicas e socioculturais do sofrimento não são passíveis de adequada apreensão por indicadores quantitativos exclusivos (MINAYO, 2013).

A revisão bibliográfica envolveu seleção criteriosa de obras clássicas e contemporâneas, priorizando aquelas que articulam diretamente os campos de gênero, saúde mental, medicalização e desigualdades estruturais. Entre os referenciais adotados, destacam-se Illich (1975), Conrad (2007), Rose (2007), Maluf (2009), Le Breton (2009), Zanello (2018) e Butler (2003, 2019), que fundamentam a análise sobre medicalização, dispositivos de gênero e a construção sociocultural das emoções. A produção bibliográfica nacional também recebe atenção privilegiada, considerando as especificidades do contexto brasileiro, particularmente no que diz respeito às intersecções entre gênero, classe, raça e saúde mental.

O levantamento foi realizado por meio de bases acadêmicas consolidadas SciELO, Portal de Periódicos CAPES, Google Acadêmico e Biblioteca Virtual em Saúde, incluindo publicações em português e inglês. Foram priorizados estudos com relevância direta para o tema, publicados entre 1949 e 2025, e obras seminais que oferecem suporte conceitual indispensável à análise. Foram excluídos materiais sem revisão por pares, publicações desatualizadas sem valor histórico-analítico comprovado, bem como trabalhos alheios aos aspectos sociais, históricos e psicológicos do sofrimento feminino.

A análise procedeu de forma crítica, articulando as contribuições teóricas sobre gênero, classe, raça e medicalização, com vistas a identificar os mecanismos pelos quais

desigualdades estruturais, expectativas sociais e práticas médicas condicionam a interpretação e o manejo do sofrimento psíquico feminino. Essa perspectiva reforça a necessidade de abordagens interdisciplinares que integrem saúde, ciências sociais e políticas públicas.

### **3 RESULTADOS e DISCUSSÃO**

#### **3.1 GÊNERO, SAÚDE MENTAL E A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

Discutir saúde mental feminina exige considerar as dinâmicas sociais, históricas e políticas que moldaram e continuam moldando os significados atribuídos ao feminino, bem como os papéis sociais destinados aos corpos das mulheres. Desde meados do século XX, Simone de Beauvoir (1949) formulou uma ruptura epistemológica ao afirmar que a feminilidade não decorre da biologia, mas é resultado de um processo histórico de fabricação social. Essa perspectiva inaugurou um campo de reflexão que permitiu às teorias feministas compreender o gênero como construção e como tecnologia social, abrindo caminho para análises subsequentes sobre os mecanismos de poder que atravessam a experiência das mulheres.

Nas décadas seguintes, autoras como Lauretis (1987), Flax (1987) e Scott (1988) ampliaram esse debate ao definir o gênero como sistema de significados que organiza identidades, regula práticas sociais e estrutura relações de poder. Com elas, o gênero passa a ser compreendido não apenas como diferença, mas como categoria analítica capaz de revelar hierarquias, normatividades e mecanismos de controle que atravessam a vida social em sua totalidade. Esse avanço teórico foi fundamental para a posterior compreensão crítica do adoecimento feminino.

No contexto brasileiro, Heleieth Saffioti (1992, 2004) aprofunda essa leitura ao demonstrar que a opressão das mulheres é simultaneamente material e simbólica, ancorada em estruturas econômicas, políticas e culturais que configuram a desigualdade como parte constitutiva da ordem social. Para Saffioti, o gênero não é um atributo individual, mas um eixo de poder que organiza a experiência coletiva, molda subjetividades e condiciona o modo como se interpreta o sofrimento psíquico. Essa



contribuição é especialmente relevante para a análise das condições que produzem o adoecimento de mulheres negras, trabalhadoras e das classes populares no Brasil.

Dialogando com esse percurso teórico, Judith Butler (2003, 2019) propõe que o gênero é performativo, produzido e reiterado pela repetição de normas culturais que regulam condutas, expressões emocionais e modos de apresentação no mundo. Nessa perspectiva, comportamentos considerados "femininos" como sensibilidade exacerbada, disposição para o cuidado ou emotividade não são expressões naturais, mas efeitos de pedagogias afetivas sedimentadas ao longo do tempo. Essa constatação tem implicações diretas para a compreensão do sofrimento psíquico feminino, comportamentos aprendidos e socialmente reforçados são frequentemente reificados como sintomas de transtornos mentais, naturalizando o que é produto de relações de poder.

A partir do final dos anos 1970, esse debate se articula a transformações profundas na psiquiatria ocidental. Maluf (2009) descreve que esse período marca o início de uma remedicarização da saúde mental, consolidada com a publicação do DSM-III (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos mentais), que redefine os transtornos mentais como entidades universais, mensuráveis e descontextualizadas. Essa mudança desloca a atenção da relação terapêutica e dos determinantes sociais do sofrimento para o controle farmacológico dos sintomas, processo que Aguiar (2004) associa à crescente farmacologização da vida psíquica. Paralelamente, no Brasil, a Reforma Psiquiátrica busca romper com o modelo manicomial, impulsionando a criação de serviços substitutivos orientados para a autonomia dos usuários.

As críticas a essa transformação foram formuladas com rigor por pensadores fundamentais. Illich (1975) argumenta que a medicina moderna expropria a saúde ao medicalizar experiências humanas de origem social, convertendo problemas coletivos em patologias individuais. Conrad (2007), por sua vez, demonstra como comportamentos cotidianos passaram a ser sistematicamente reinterpretados como problemas médicos ao longo do século XX, em um processo impulsionado pela indústria farmacêutica, pelas seguradoras e pelos próprios consumidores de cuidados. Nikolas Rose (2007) amplia essa crítica ao identificar um processo de psiquiatrização da vida, no qual a subjetividade é crescentemente governada por discursos biomédicos, dispositivos de monitoramento emocional e tecnologias de otimização do self.



A disseminação do uso de psicofármacos, especialmente antidepressivos, entre mulheres das classes populares, rurais e indígenas evidencia a expansão desse olhar biomédico às franjas da sociedade. Conforme Maluf (2009), a linguagem médico-psicológica passa a orientar o modo como mulheres expressam e interpretam seus sofrimentos, muitas vezes silenciando determinantes estruturais como a desigualdade de gênero, a violência doméstica e a sobrecarga de trabalho que se encontram na raiz do adoecimento. A medicação torna-se, assim, não apenas um recurso terapêutico, mas um mecanismo de administração do sofrimento que preserva intactas as condições que o produzem.

Essa discussão exige considerar ainda a dimensão sociocultural das emoções. Le Breton (2009) demonstra que as emoções não são instintos universais ou respostas biológicas automáticas, mas construções produzidas no interior de sistemas simbólicos historicamente situados. Zanello (2018) aprofunda essa perspectiva ao mostrar que normas de feminilidade regulam o modo como mulheres devem sentir e expressar suas emoções, produzindo disciplinamentos corporais e afetivos que têm efeitos diretos na clínica e na epidemiologia em saúde mental: o choro, culturalmente associado ao feminino, figura como critério diagnóstico para depressão, contribuindo para hiperdiagnósticos femininos e subdiagnósticos masculinos.

Historicamente, os manicômios também funcionaram como dispositivos de controle social e de gênero, internando mulheres por comportamentos considerados desviantes das normas de feminilidade vigentes. O Movimento de Luta Antimanicomial e a Reforma Psiquiátrica brasileira buscaram romper com essa dinâmica, resultando na criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que prioriza práticas territoriais, humanizadas e voltadas à autonomia das usuárias (RANGEL; CASTRO, 2023). Contudo, o desafio de despatologizar o sofrimento feminino permanece, na medida em que as estruturas que o produzem seguem operando.

Compreender o sofrimento psíquico feminino requer, portanto, situá-lo como produto de relações sociais, e não como expressão isolada de uma biologia defeituosa ou de uma psicologia individual. A categoria gênero, conforme Santos (2009), evidencia as assimetrias que atravessam a produção da subjetividade e, conseqüentemente, as interpretações do adoecimento. Sintomas, emoções e diagnósticos precisam ser compreendidos como construções atravessadas por cultura, história, desigualdades



estruturais e relações de poder o que implica a transformação não apenas dos modelos clínicos, mas das condições sociais que engendram o adoecimento.

### 3.2 DISPOSITIVOS DE GÊNERO, PAPÉIS SOCIAIS E ADOECIMENTO FEMININO

O adoecimento psíquico feminino apresenta padrões recorrentes que refletem, de modo sistemático, a construção social do gênero. Mulheres tendem a engajar-se mais frequentemente em narrativas afetivas, trazendo ao campo da saúde mental relatos sobre relações amorosas, familiares e sexuais que revelam o quanto suas experiências de sofrimento estão ancoradas em posições relacionais socialmente atribuídas ao feminino (SANTOS, 2009). Esse padrão não decorre de uma maior fragilidade intrínseca das mulheres, mas da posição estrutural que ocupam em sociedades marcadas pela divisão sexual do trabalho, pela violência de gênero e pela naturalização do cuidado como atribuição feminina.

Entre as mulheres jovens das camadas médias e escolarizadas, observa-se a coexistência ambivalente entre expectativas modernas de realização profissional e permanência das demandas domésticas e relacionais tradicionais. Essa dupla jornada produz formas específicas de sofrimento que a clínica frequentemente nomeia como ansiedade generalizada ou burnout, sem que os determinantes estruturais sejam problematizados. Em outros estratos sociais especialmente entre mulheres mais velhas, de baixa escolaridade e camadas populares, o casamento precoce e a maternidade compulsória antecedem o adoecimento, sendo a violência de gênero recorrente nas narrativas sobre o início do sofrimento. Mesmo imersas em sofrimento intenso, essas mulheres seguem desempenhando papéis de cuidado, mantendo o funcionamento doméstico e familiar (SANTOS, 2009).

Vieira (2008) analisa a mística maternal como construção ideológica que naturaliza o amor incondicional e transforma a maternidade no eixo identitário da mulher. Essa naturalização sustenta a divisão sexual do trabalho, alimentando a noção de que o cuidado seria um atributo intrínseco do feminino o que invisibiliza o trabalho doméstico não remunerado e desvaloriza o trabalho de cuidado no espaço público, mesmo quando exercido de forma profissional (MELO, 2023). A consequência prática dessa invisibilização é que o esgotamento associado à sobrecarga do cuidado raramente



é reconhecido como questão de saúde pública.

Zanello (2018) cunha o conceito de dispositivo materno para nomear a naturalização da capacidade de cuidar atribuída às mulheres, resultante da fusão ideológica entre procriação e maternagem. Esse dispositivo opera convertendo diferenças biológicas em desigualdades sociais, responsabilizando as mulheres pelo cuidado dos filhos, do lar e das pessoas em situação de vulnerabilidade. Complementarmente, Le Breton (2009) demonstra que as emoções são construções socioculturais, e não expressões naturais, o que reforça que as normas de feminilidade que determinam o "modo apropriado" de sentir e expressar são aprendizagens históricas com consequências clínicas concretas.

Zanello (2018) problematiza ainda a equivalência ideológica entre procriar e saber cuidar ou amar, lembrando que existem inúmeras formas de maternidade inclusive coletivas e compartilhadas que desafiam a idealização tradicional e que a culpabilização das mulheres que não se encaixam no modelo hegemônico é por si só, um fator de adoecimento. Reconhecer essa diversidade não é apenas um imperativo ético; é condição para práticas clínicas que não reproduzam os dispositivos que geram o sofrimento que pretendem tratar.

### 3.3 A medicalização de sintomas com raízes sociais

A relação entre medicina e corpo feminino é historicamente marcada pela apropriação tecnológica e institucional dos processos reprodutivos. O desenvolvimento da obstetrícia e a medicalização da gravidez e do parto estruturam um dispositivo social que articula políticas populacionais, controle dos corpos e produção de saberes científicos voltados à regulação da vida feminina (VIEIRA, 2008). Esse processo não é neutro: ele opera segundo lógicas de gênero que definem o corpo da mulher como objeto privilegiado da intervenção médica, reduzindo sua autonomia e reforçando a tutela institucional.

No Brasil, o debate sobre gênero e saúde mental emergiu com força nos anos 1980, mas perdeu visibilidade na década seguinte, possivelmente em razão do predomínio do discurso biomédico no contexto da Reforma Psiquiátrica (SANTOS, 2009). Contudo, pesquisas contemporâneas recolocam a centralidade desse tema. Zanello e



Silva (2012), ao analisarem prontuários de um hospital psiquiátrico do Distrito Federal, identificaram que 59,6% dos casos femininos apresentavam Transtornos Mentais Comuns (TMC), com predominância de sintomas como irritabilidade, choro, tristeza e ansiedade. A maioria dessas mulheres era dona de casa ou trabalhadora doméstica, revelando a profunda imbricação entre sofrimento psíquico e condições socioeconômicas precarizadas uma articulação que os diagnósticos clínicos tendem a obliterar.

Estudos recentes reforçam esse cenário de forma alarmante. Bezerra, Pereira e Amorim (2024), ao investigarem mulheres em território nordestino rural, identificaram o uso de psicofármacos como resposta a sofrimentos produzidos por machismo estrutural, pobreza, sobrecarga doméstica e maternidade não desejada com condições que o tratamento farmacológico não modifica, mas cujos efeitos apenas atenua temporariamente. Lima e Júnior (2025) demonstram que o adoecimento de trabalhadoras e trabalhadores negros é frequentemente reduzido a diagnósticos clínicos, apagando o papel do racismo estrutural como produtor de sofrimento. Em ambos os casos, a medicalização opera como dispositivo de silenciamento que individualiza problemas coletivos, liberando as estruturas sociais de qualquer responsabilização.

Assim, o controle e a medicalização do corpo feminino articulados às dimensões de classe, raça e gênero revelam que o sofrimento das mulheres é frequentemente produzido por estruturas desiguais que escapam ao alcance de qualquer intervenção clínica isolada. Práticas médicas e psicológicas, ao invés de apenas promoverem cuidado, muitas vezes reforçam mecanismos de silenciamento e normatização. Compreender tais relações é fundamental para repensar políticas públicas e discursos científicos, reconhecendo que o sofrimento das mulheres não se reduz a patologias individuais, mas expressa um adoecimento social e histórico profundamente enraizado em relações de poder que precisam ser transformadas.

#### **4 CONCLUSÃO**

Este estudo buscou examinar criticamente como os processos de medicalização



e as construções sociais de gênero se articulam na produção e na captura do sofrimento psíquico feminino. A análise desenvolvida ao longo do texto evidencia que experiências de sobrecarga doméstica, maternidade compulsória, violência de gênero e precariedade econômica constituem determinantes fundamentais do adoecimento psicológico das mulheres, frequentemente convertidos pelo sistema médico-psicológico em patologias individuais, descoladas dos contextos que as engendram.

A questão que orientou este estudo foi respondida de forma articulada, onde o sofrimento psíquico feminino não pode ser compreendido por categorias clínicas isoladas, exigindo ser situado nos contextos sociais, culturais e históricos que produzem as condições de vida das mulheres. A hipótese central foi confirmada. Desigualdades estruturais e expectativas sociais de gênero moldam profundamente a forma como o sofrimento é vivido, expresso, interpretado e tratado e a medicalização, ao capturar esse sofrimento em categorias diagnósticas individualizadas, tende a perpetuar as estruturas que o produzem.

Os objetivos do estudo foram alcançados. Foi possível identificar os fatores socioculturais que condicionam a interpretação e o manejo do sofrimento. Analisar como práticas médicas e psicológicas reproduzem mecanismos de normatização e silenciamento e discutir a necessidade de abordagens interdisciplinares que articulem saúde mental, estudos de gênero e políticas públicas. O percurso teórico evidenciou, ainda, a relevância das categorias raça e classe para a compreensão diferenciada do adoecimento feminino no contexto brasileiro.

Reconhecendo as limitações inerentes à pesquisa bibliográfica particularmente a impossibilidade de produzir dados empíricos originais sobre populações específicas, este estudo aponta lacunas que merecem investigação futura, como os efeitos dos dispositivos de gênero em contextos rurais e indígenas, os impactos do racismo estrutural sobre a saúde mental de mulheres negras, e as formas de resistência que mulheres em sofrimento mobilizam diante da medicalização de suas experiências.

Em síntese, este trabalho reafirma que compreender o sofrimento psíquico feminino de maneira crítica e integrada é uma condição para práticas de cuidado eticamente responsáveis e para políticas públicas eficazes. A transformação do adoecimento não pode prescindir da transformação das condições materiais e simbólicas que o produzem o que implica não apenas reformas nas políticas de saúde



mental, mas avanços concretos na direção da igualdade de gênero, da justiça racial e da redistribuição do trabalho de cuidado na sociedade.

## **5 REFERÊNCIAS**

AGUIAR, A. A. **A psiquiatria no divã: entre as ciências da vida e a medicalização da existência**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2004.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009. (Obra original publicada em 1949).

BEZERRA, M. C.; PEREIRA, R. L.; AMORIM, F. S. Sofrimento psíquico feminino e medicalização em território rural nordestino: uma análise interseccional. **Saúde e Sociedade**, v. 33, n. 1, 2024.

BUTLER, Judith. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.

BUTLER, Judith. **Corpos que importam: os limites discursivos do "sexo"**. São Paulo: n-1 edições, 2019.

CARDOSO, M. R. Reforma psiquiátrica e psiquiatrização da medicina. In: COSTA, N. R.; MARGOTTO, L. R. (Orgs.). **Saúde mental e cidadania no contexto dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Annablume, 1999.

CONRAD, Peter. **The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2007.

FLAX, Jane. Postmodernism and gender relations in feminist theory. **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, v. 12, n. 4, p. 621-643, 1987.

ILLICH, Ivan. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LAURETIS, Teresa de. **Technologies of gender: essays on theory, film, and fiction**. Bloomington: Indiana University Press, 1987.

LE BRETON, David. **As paixões ordinárias: antropologia das emoções**. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIMA, J. R.; JÚNIOR, A. F. Racismo estrutural e adoecimento no trabalho: invisibilidade dos determinantes raciais nos diagnósticos em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 41, n. 2, 2025.



MALUF, S. W. Além do individual: por uma antropologia do sofrimento, da saúde coletiva e da subjetividade. **Ilha: Revista de Antropologia**, v. 11, n. 1-2, p. 213-236, 2009.

MELO, H. P. **O trabalho de cuidado no Brasil: desigualdades de gênero e políticas públicas**. São Paulo: FGV Editora, 2023.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

RANGEL, D. F.; CASTRO, S. S. Reforma psiquiátrica, rede de atenção psicossocial e a questão de gênero: avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 4, 2023.

ROSE, Nikolas. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century**. Princeton: Princeton University Press, 2007.

SAFFIOTI, Heleieth. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1992.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTOS, A. M. Cuidar de quem cuida: subjetividade, sofrimento e saúde mental em mulheres. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 431-439, 2009.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, v. 16, n. 2, p. 5-22, 1990. (Artigo originalmente publicado em 1988).

VANCE, Carole S. (Org.). **Pleasure and danger: exploring female sexuality**. Boston: Routledge & Kegan Paul, 1984.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

ZANELLO, Valeska. **Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. Curitiba: Appris, 2018.

ZANELLO, Valeska; SILVA, René Marc da Costa. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012.