

Determinações da saúde mental: O sofrimento a partir da história de vida de uma mulher com diagnóstico psiquiátrico

Social determinants of mental health: Suffering from the life story of a woman with a psychiatric diagnosis

Determinantes sociales de la salud mental: El sufrimiento desde la historia de vida de una mujer con diagnóstico psiquiátrico

Tahiana Meneses Alves¹ 

 10.59487/2965-1956-4-16872

1. Universidade Estadual do Ceará

Autora correspondente: tahiana.meneses@uece.br

Título Resumido: História de uma mulher com diagnóstico psiquiátrico

Submetido em:
15/10/2025

Aprovado em:
01/11/2025

Publicado em:
17/12/2025



Conflitos de interesse: Não há qualquer conflito de interesses declarado pelos autores.

RESUMO

Objetivo: analisar as determinações sociais da saúde mental a partir da história de vida de uma mulher preta com diagnóstico psiquiátrico, em tratamento em uma unidade de internação do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto, em Fortaleza, Ceará. **Metodologia:** pesquisa do tipo social, de abordagem qualitativa e procedimentos da pesquisa bibliográfica e da pesquisa de campo, utilizando como técnica a entrevista de história de vida. **Resultados:** a análise da história da entrevistada, realizada a partir do suporte teórico da Teoria da Reprodução Social (TRS), expressa diversas determinações sociais da saúde mental, como o trabalho precarizado, a pobreza extrema, a maternidade e a violência de gênero no relacionamento afetivo-amoroso. **Considerações finais:** o sofrimento/adoecimento expressa uma conexão imanente com as relações sociais de classe, raça e gênero forjadas na sociabilidade capitalista e objetivada na particularidade da formação social brasileira, de herança colonial e escravista. O cuidado em saúde mental que se pretende integral e humanizado precisa considerar e combater essas desigualdades.

Palavras-chave: Determinantes Sociais da Saúde. Capitalismo. Sofrimento Emocional.

ABSTRACT

Objective: to analyze the social determinants of mental health based on the life history of a Black woman with a psychiatric diagnosis, undergoing treatment in an inpatient unit of the Frota Pinto Mental Health Hospital, in Fortaleza, Ceará. **Methodology:** social research with a qualitative approach, employing bibliographic and field research procedures, and using life history interviews as the primary technique. **Results:** the analysis of the interviewee's life history, grounded in the theoretical framework of Social Reproduction Theory (SRT), reveals multiple social determinants of mental health, such as precarious labor, extreme poverty, motherhood, and gender-based violence within affective-romantic relationships. **Conclusion:** suffering/illness expresses an immanent connection with social relations of class, race, and gender, shaped by capitalist sociability and objectified in the particularity of the Brazilian social formation, marked by colonial and slaveholding legacies. Mental health care, if it is to be comprehensive and humanized, must take these inequalities into account and actively confront them.

Keywords: Social Determinants of Health. Capitalism. Emotional Suffering.

RESUMEN

Objetivo: analizar las determinaciones sociales de la salud mental a partir de la historia de vida de una mujer negra con diagnóstico psiquiátrico, en tratamiento en una unidad de internación del Hospital de Salud Mental Frota Pinto, en Fortaleza, Ceará. **Metodología:** investigación de carácter social, con enfoque cualitativo y procedimientos de investigación bibliográfica y de campo, utilizando como técnica la entrevista de historia de vida. **Resultados:** el análisis de la historia de la entrevistada, realiza-

do a partir del marco teórico de la Teoría de la Reproducción Social (TRS), expresa diversas determinaciones sociales de la salud mental, como el trabajo precarizado, la pobreza extrema, la maternidad y la violencia de género en la relación afectivo-amorosa. **Conclusión:** el sufrimiento/enfermedad expresa una conexión inmanente con las relaciones sociales de clase, raza y género forjadas en la sociabilidad capitalista y objetivadas en la particularidad de la formación social brasileña, de herencia colonial y esclavista. El cuidado en salud mental que se pretende integral y humanizado debe considerar y combatir dichas desigualdades.

Palabras clave: Determinantes Sociales de la Salud. Capitalismo. Sufrimiento Emocional.

INTRODUÇÃO

O artigo trata da história de vida de uma mulher com diagnóstico psiquiátrico, em tratamento em uma unidade de internação do Hospital de Saúde Mental Frota Pinto, em Fortaleza, Ceará.

O interesse é contribuir com a literatura científica sobre as determinações sociais da saúde mental, que cada vez mais tem explorado a unidade entre capitalismo, racismo e sexism. Embora haja o reconhecimento, inclusive pela Organização Mundial de Saúde, de que a saúde mental é determinada por aspectos biológicos, psicológicos e sociais, estes últimos ainda não são considerados na sua devida proporção e profundidade. Menos ainda se pensamos nessas determinações pelas lentes da tradição marxiana/marxista, que, por meio do método do materialismo histórico-dialético, permitem o entendimento e o trato do sofrimento e da saúde mental enquanto produções humanas e formas de o ser humano existir na sociabilidade regida no/pelo capital¹.

O sofrimento, embora sentido e manifestado singularmente por cada sujeito, guarda determinações sociais/universais profundas. En-

quadrá-lo socialmente constitui uma arma contra a sua individualização e a culpabilização do sujeito por sua ocorrência. Resgatar as experiências subjetivas de sofrimento está de acordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica de cunho antimanicomial, inspirados na ideia de Franco Basaglia, que é a de pôr a doença entre parênteses para absorver o sujeito na sua relação com o corpo social.

A intenção é “ouvir vozes”, inspirada no título do livro do psiquiatra Edmar Oliveira, “Ouvindo vozes: histórias do hospício e lendas do Encantado”². O autor faz um trocadilho com o termo “ouvir vozes”, sintoma presente em alguns diagnósticos psiquiátricos. Mas as vozes ouvidas são outras: a de pessoas institucionalizadas. Seu esforço foi o de transformar banalidades em fábulas. Sabendo que as fábulas transmitem lições, eu me pergunto: o que podemos aprender com as histórias das pessoas em sofrimento? Certamente, muitas coisas sobre o que nos desumaniza e, por outro lado, sobre que tipo de sociedade queremos.

A partir da história de uma mulher com diagnóstico psiquiátrico e internada no HSM, identificou-se algumas determinações sociais da

saúde mental destes tempos. Tempos de uma conjuntura neoliberal, conservadora, mais deletéria e, portanto, potencialmente mais padecedora para certos grupos sociais.

METODOLOGIA

Recorreu-se ao método do materialismo histórico-dialético de Karl Marx. Este método possibilita análises que consideram a contradição e o conflito, o devir, o movimento histórico, a totalidade e a unidade dos contrários³. Isto é, para entender o objeto de estudo, é necessário ter como ponto de partida as relações econômicas de produção na compreensão da realidade material.

Quanto aos procedimentos metodológicos, realizou-se uma pesquisa do tipo social. Este tipo de pesquisa permite gerar novos conhecimentos no âmbito da realidade social, que, por sua vez, envolve os mais variados aspectos referente aos seres humanos, suas relações com outros seres humanos e com as instituições sociais⁴. É aquela que trabalha com gente e suas realizações⁵.

A pesquisa teve uma abordagem qualitativa. Ela atua sobre valores, crenças, atitudes, representações, opiniões, de modo a aprofundar a complexidade dos fatos e dos processos particulares e específicos para indivíduos e grupos⁶. Enquanto procedimentos, realizou-se uma pesquisa bibliográfica e uma pesquisa de campo. A pesquisa bibliográfica priorizou fontes acerca da

Teoria da Reprodução Social, do pensamento social brasileiro e das determinações sociais da saúde mental. Foram utilizados artigos de periódicos, livros, capítulos de livros, ensaios, teses, dissertações, anais de eventos, entre outros documentos de pesquisa. As obras foram localizadas através de bibliotecas e de base online de dados como SciELO, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações, Periódicos CAPES, Biblioteca Virtual em Saúde, periódicos na área das Ciências Humanas e Sociais, entre outros.

A pesquisa de campo teve como técnica de coleta de dados a história de vida. O trabalho com histórias de vida põe um pouco entre parênteses a singularidade das histórias para captar a generalidade da história⁷. Isto porque mobiliza a razão dialética capaz de compreender a práxis sintética e recíproca que governa a interação entre o indivíduo e o sistema social⁸.

O roteiro de entrevista incorporou uma parte voltada para a coleta de dados socioeconômicos da entrevistada, como gênero, idade, data de nascimento, cor da pele, nacionalidade/naturalidade, situação conjugal, número de filhos, com quem vive, moradia, orientação sexual, religiosidade, escolaridade, situação laboral, renda familiar, benefício assistencial ou previdenciário, histórico de internações psiquiátricas. Na segunda parte, o roteiro adentrou na história de vida da entrevistada por meio de questões sobre a experiência de sofrimento/adoecimento (quando percebeu o próprio sofrimento, como explica o

próprio sofrimento/adoecimento e como o enquadra na trajetória de vida, o que sentiu na época, o que fez para melhorar, se recebeu ajuda de alguém, como avalia a própria saúde no tempo presente, se já se sentiu discriminada por viver com um diagnóstico psiquiátrico, os impactos do adoecimento em esferas da vida como a família, o trabalho, as amizades). Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora leu para a entrevistada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido explicando os objetivos, os riscos e benefícios, os critérios de participação e outros elementos relativos à pesquisa.

Depois que a entrevistada aceitou participar da pesquisa, a entrevista ocorreu em uma das unidades de internação do HSM e durou 2:19 (duas horas e dezenove minutos). A condução se deu respeitando o ritmo, as pausas, as emoções e a privacidade da entrevistada.

Os critérios para a participação da pesquisa foram: a) ter idade a partir de 18 anos; b) ter diagnóstico psiquiátrico e realizar tratamento em saúde mental há, pelo menos, 12 meses; c) participar voluntariamente da pesquisa. Para o resguardo das condições éticas, seguiu-se a Resolução nº 510/2016, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos nas Ciências Humanas e Sociais. A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa (CEAP) do Hospital de Saúde Mental (HSM) e pelo Comitê de Ética do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade

Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) com o parecer de nº 6.567.146.

A análise do conteúdo da entrevista foi realizada à luz da Teoria da Reprodução Social, do Pensamento Social Brasileiro de tradição marxista e de produções sobre as determinações da saúde mental de tradição marxiana/marxista e outras afiliações teóricas.

Por fim, eis uma síntese do perfil socioeconômico da entrevistada. Na época da entrevista, no ano de 2024, Joana (nome fictício), tinha 53 anos. É uma mulher autodeclarada preta, cisgênero, heterossexual, católica e separada. Possui um filho e vive com ele numa casa própria. Completo o Ensino Médio e exerceu alguns trabalhos formais ao longo da vida e o trabalho doméstico não remunerado no lar. Atualmente, vive com uma renda inferior a um salário-mínimo, oriunda do trabalho informal do filho. Não recebe qualquer benefício previdenciário ou assistencial. Possui histórico de diversas internações psiquiátricas no Ceará e em outros estados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O suporte teórico da pesquisa é a Teoria da Reprodução Social (TRS), vertente do feminismo marxista que recupera o método do materialismo histórico-dialético na compreensão da sociedade capitalista. A TRS tem origem na década de 1960 e na sua versão revitalizada no século XXI retoma os debates iniciados entre os anos 1960 e

1970 a partir das críticas realizadas pelo feminismo negro, lésbico, chicano, *queer*, do pensamento interseccional e decolonial⁹.

A TRS defende a existência de uma relação contraditória, porém, intrínseca entre as esferas da produção de valor (de mercadorias) e da produção da vida (de seres humanos) na reprodução do sistema capitalista. Isto significa que o capitalismo não se restringe a um conjunto de leis econômicas e tampouco se relaciona com o racismo ou o sexism como se estes fossem sistemas autônomos⁹. Assim, a TRS entende que o capitalismo não existe sem racismo ou sexism.

A TRS preza por uma ontologia integrativa na análise da relação entre singularidade, universalidade e particularidade sob a chave da totalidade social¹⁰. É a categoria da totalidade nos faz entender que o capital é uma relação social na qual o modo de produção da vida está subordinado ao seu incontrolável impulso pela valorização do valor que tenta a todo custo mercantilizar tudo e a todos, expropriando e subsumindo corpos e mentes à sua racionalidade própria¹¹. Esta totalidade precisa da execução de diferentes trabalhos por uma classe trabalhadora extremamente matizada quanto ao gênero, à raça, à sexualidade, ao território etc. Ou seja, a diversidade de trabalhos existentes é realizada por pessoas concretas e com diferentes corpos.

Se a produção de mercadorias é algo central no sistema capitalista, que condições são necessárias para isto acontecer? A TRS responde

argumentando que a produção de mercadorias/mais-valia depende necessariamente da produção da vida (da força de trabalho) fora dos locais de trabalho produtivo, especialmente nos lares. Mas a força de trabalho também pode ser produzida por meio dos serviços sociais prestados pelo Estado ou sob a forma de mercadoria pelo mercado nas escolas, creches, hospitais, restaurantes etc. e, ainda, pelo terceiro setor e pelas comunidades¹²¹³.

Para a TRS, o processo de produção da vida (da força de trabalho) é um trabalho pelo qual o capital paga pouco ou nem paga, sendo uma atribuição que não é exclusiva, mas é sobre tudo feminina. Em diversos países, é uma atribuição de mulheres, em sua maioria negras e das classes trabalhadoras. Já o trabalho que produz as mercadorias tende a ser responsabilidade sobre tudo dos homens. Essa forte separação entre as formas de trabalho necessário oferece o alicerce para estruturas ideológicas poderosas que naturalizam oposições entre homens e mulheres¹³ face à constituição da família burguesa, ao casamento, à maternidade, à forma como são socializados/as homens e mulheres etc.

Se os corpos e os trabalhos que realizam são diversos, logo, as posições sociais que ocupam e suas experiências no mundo também são. Num país de capitalismo dependente e forjado no escravismo colonial como o Brasil, a primazia da produção de valor é intensificada, implicando na superexploração e na opressão de sua clas-

se trabalhadora. Este processo foi e ainda hoje é levado a cabo também pelo Estado burguês, que opera a partir de traços distintivos quanto à classe, à raça e ao gênero. Dito isto, na totalidade capitalista-racista-sexista, a produção da vida é mais espinhosa para pessoas negras, pobres, LGBTI+, mulheres etc. Como isso determina a saúde mental de uma mulher preta, nordestina e pobre?

O sofrimento mental só existe concretamente num chão histórico. Nesta pesquisa, este chão é o da formação social brasileira, de capitalismo tardio e enformado pelo racismo e sexism, e que, na atualidade, vivencia um neoliberalismo extremado. O capitalismo neoliberal e financeirizado em curso no Brasil deteriora as condições de vida, produzindo uma crise da reprodução social (produção da vida) da classe trabalhadora¹¹. Este cenário gera sobrecargas objetivas e subjetivas que fazem emergir ou agravam o sofrimento já existente. Vejamos a história de Joana.

Uma das determinações sociais do sofrimento remete ao trabalho formal pela entrevistada. A disciplina, o controle e a exigência de ligeireza “mexem com o juízo”: “Trabalhar no 0800 da tem que ter o miolo bom porque é reclamação direto! É pressão demais da empresa, do cliente. Você atende, aguenta toda a carga do cliente reclamando.”

Os modos de exploração e dominação e os dilaceramentos dos vínculos humanos e das subjetividades são faces da mesma moeda, tanto

que a autora desenvolveu a ideia de “metamorfoses articuladas” enquanto “metamorfoses do desgaste humano na engrenagem neoliberal”¹⁴. No Brasil, um estudo sobre trabalhadoras do *telemarketing* verificou que as entrevistadas passavam de 85% a 90% de sua carga horária diária sentadas com atenção total ao computador, ao teclado e ao fone de ouvido. Tinham pouquíssimo tempo para pausas ou ir ao banheiro e eram monitoradas por uma supervisora pelo aumento da produtividade, pelo controle do tempo médio de atendimento e pelas normas de comportamento. Precisavam manter um padrão de atendimento quanto ao tom da fala e ao *script* determinado independentemente da forma como o cliente as tratasse¹⁵. O relato de Joana e seu trabalho no *call center* se aproxima disso.

Na época da entrevista, Joana não estava exercendo atividade remunerada formal ou informal. Sua experiência expressa a difícil conciliação entre exercer um trabalho e viver com um diagnóstico psiquiátrico. Isso se dá a partir de dois aspectos. O primeiro deles remete aos sintomas: “Não cumpro horário de jeito nenhum. Tomo remédio e não consigo acordar no horário certo. Tem dia que nem o despertador do celular eu escuto [...] aí eu não posso trabalhar.” As implicações dos sintomas e a consequente retirada do mundo do trabalho repercutem sobre as condições objetivas e subjetivas dos sujeitos. Mesmo as enfermidades orgânicas, quando não curadas rapidamente, se convertem em cronicidade. Cronicidade, por sua vez, indica

que a pessoa é improdutiva. As pessoas à margem do mundo do trabalho são colocadas numa situação passiva, de anulação, de antissociabilidade e esta situação é a antessala do manicômio¹⁶. Para Joana, a cronicidade e a consequente retirada do mundo do trabalho implicaram perdas irreparáveis à renda familiar.

A outra razão que dificulta conciliar diagnóstico psiquiátrico e trabalho decorre da carreira moral de doente mental¹⁷, que é geradora do estigma: *“A saúde mental é muito estigmatizada e prejudicada. Eu nunca mais arranjei emprego formal [...] Já fui, coloquei currículo, fiz a seleção... Quando chega nessa parte pra admitir, aquele teste que faz, o psicotécnico... eu não passo.”* O estigma pode alterar a autoimagem e a relação que a pessoa possui com os outros, o que inclui o mercado de trabalho, principalmente o formal.

Outro elemento da história de vida de Joana e determinante da saúde mental é a pobreza. Em tempos de “neoliberalismo de extremos”¹⁸ predomina a lógica de que previdência, saúde, assistência, educação, moradia, lazer, alimentação etc., em vez de direitos, são elementos de foro individual, devendo ser acessados sobretudo por meio do setor privado. A entrevistada vivencia a insegurança alimentar: *“Tem hora que você quer comer alguma coisa e na geladeira só vê água. Aí a gente bebe água, mas não tá boa não”*. Além disso, demonstra preocupação com as contas que não foram pagas enquanto está in-

ternada no HSM: *“O que me faz pirar? Ficar sem dormir, preocupação e dívida. Com as contas e acredito que eu pirei porque não tenho mais um dinheiro que eu tinha pra responsabilidade da minha casa.”*. Naquele momento, Joana sobrevivia do trabalho informal realizado pelo filho e estava com a eletricidade de casa cortada devido à falta de pagamento: *“Sobrevivendo só com as diárias que meu filho faz. Só dá pra pagar água e a internet que é no chip, que é pós-pago porque a gente precisa quando tá fora de casa pra pedir um aplicativo ou precisa se comunicar.”*

Joana recebe ajuda da comunidade em que vive. Ao mesmo tempo que sente gratidão, refere ter vergonha por não conseguir honrar os seus compromissos financeiros: *“Como estamos vivendo? Pela caridade [...] eu sem receita (dinheiro), ela (vizinha) me ajudando, mas eu também não achava justo bancarem tudo porque a família dela (vizinha) tá me dando suporte.”* Como visto, a reprodução social ocorre sobretudo pela família, mas também pelo Estado, pelo mercado, por organizações do terceiro setor, organizações religiosas e por redes informais como amigos, vizinhos e comunidades. Sobre estes últimos, os laços comunitários e/ou religiosos contribuem para regenerar cotidianamente o cansaço físico, mental e espiritual da classe trabalhadora superexplorada⁹.

As determinações de raça e gênero se articulam dialeticamente com a superexploração enquanto forma específica de exploração da força de trabalho em países de capitalismo dependente. A expropriação do fundo de vida compromete

a capacidade para o trabalho e tende a levar à necessidade de acessar serviços sociais cada vez menos ofertados pelo Estado num cenário neoliberal. No Brasil, isto atinge principalmente pessoas pretas e pardas. Joana está na espera de acessar algum direito por intermédio de um advogado: *“A minha receita de dinheiro lá em casa tá zero. Zero pra mim e zero pro meu filho. Não recebo Bolsa Família, não recebo auxílio-gás, não recebo esse tal de auxílio que o pessoal fala, esse tal de BPC. Não sei nem o que é isso.”*. Sua situação é similar à de muitas mulheres negras brasileiras: o desconhecimento sobre benefícios existentes, o vaivém entre os equipamentos, a incerteza sobre o deferimento, a morosidade e a ação comercial de advogados nos processos. Como ela diz, tudo isso é cansativo.

O sofrimento de Joana se conecta também com o exercício da maternidade. Ela passou por um aborto espontâneo gerador de uma “dor tripla” pela interrupção da gestação, pela dor física e por ter sido abandonada pelo parceiro: *“Eu experimentei o que é parir um filho porque a dor era muito forte no baixo ventre [...] Muito doloroso também porque o parceiro não queria se eu tivesse grávida.”*. O aborto induzido foi sugerido pelo parceiro de Joana e justificado pelo fato de ele ser ateu e, logo, não ter pendências com a autoridade divina, já que estaria livre da culpa. Além disso, por ser homem, não comungava do mesmo grau de responsabilidade em torno da

gestação. A reprimenda a pais abandonantes/ausentes não se compara às mães: para os homens, a culpa aparece menos pela questão da “paternidade” em si e mais pela capacidade de prover a família¹⁹. Por outro lado, para Joana, mulher católica, a percepção do aborto e da gravidez eram outras. Mesmo quando ocorre espontaneamente, o aborto não está livre de determinações morais/religiosas, políticas e ideológicas. Como dito, além da dimensão física, para Joana, a dor abrangeu a perda de um ente querido, que, desde já, era considerado um filho. Uma percepção comum na cultura popular é a de que o óvulo fecundado já é tido como um sujeito, um bebê¹⁹.

Outro elemento da maternidade é a preocupação constante com os/as filhos/as, mesmo quando eles/as são adultos/as. Com o seu bem-estar, a situação financeira, a saúde, seus relacionamentos amorosos e de amizades, a segurança. Tal estado de vigília faz sofrer e só pode ser compreendido a partir das típicas relações sociais de classe, gênero e raça no Brasil: *“Meu filho de 23 anos tá usando entorpecente, maconha [...] Ele passa de meia hora sentado debaixo do chuveiro com a água do chuveiro caindo na cabeça e fica tipo na pose do pensador. Aí o que será que tá passando na cabeça desse menino? Eu acho que ele tá coagido.”*. No interminável “estado de alerta” vivido por Joana, destaca-se o medo de o filho sofrer alguma represália por dívidas do consumo de drogas no território periférico em que vivem. Fica a ques-

tão: mulher negra pode maternar? Os ideais em torno da maternidade estão postos a todas as mulheres. Mas a diversidade entre elas faz com que algumas sejam submetidas a tensões específicas. É o caso de Joana, mulher preta e pobre. Um estudo sobre as experiências de mulheres-mães negras em comunidades no Rio de Janeiro revela que, desde cedo, elas aprendem a lidar com a violência, sendo interpeladas a se acostumarem com a dor num cenário de “guerra às drogas”²⁰.

Outra barreira ao exercício da maternidade foi vivenciada quando Joana deu à luz ao seu único filho: *“Eu sentia dor de cabeça muito forte e chorava [...] Lágrimas grossas. O choro era da dor de cabeça. Aí ele (ex marido) não me levou no meu obstetra. Me levou direto na sala da Psiquiatria e o psiquiatra disse que eu tava com depressão e que eu devia parar de amamentar pra poder tomar remédio psiquiátrico.”* Ela sofreu por não poder realizar a primeira “obrigação materna”: a amamentação²¹. O que acontece quando a mulher-mãe quer, mas não pode amamentar? O contraditório - e Joana rememora isto - é que no próprio âmbito do SUS são disseminadas peças publicitárias incentivando o aleitamento materno. Este tipo de publicidade costuma divulgar mulheres penteadas, maquiadas e com expressões faciais que aparentam satisfação e contentamento ao amamentar: a verdadeira imagem da mulher-mãe. As tecnologias de gênero reafirmam o ideal da maternidade¹⁹. Mas para quais mulheres? Para Joana, a autoridade mascu-

lina (marital e médica) se pôs como “neutra” e/ou “racional”, mas esteve baseada em critérios de classe, raça e gênero sem considerar os seus apelos.

A violência de gênero no relacionamento com o ex-marido também marca a história de Joana. Ela relembra o que nomeou de “cárcere privado”: *“Ele me criou igual como quem cria os passarinhos dele, dentro de uma gaiola. Ele procurava os lugares mais esquisitos pra morar.”* Sofreu violência física durante a gestação: *“Ele dava cotovelada e eu sentia que batia na criança porque eu sentia uma dor. Dizia que não conseguia dormir comigo roncando.”* Revela que não teve os seus direitos respeitados após a separação, o que a levou a uma situação de pobreza, impactando a manutenção de sua família, que passou a ser composta por ela e o filho. Ela diz: *“Eu, antes (do casamento), era normal”*.

No livro “Sobre o Suicídio”, de Karl Marx, é narrado um episódio de uma mulher burguesa que cometeu suicídio após uma vida de violências no casamento. Para o autor, tal ato correspondeu, em sua essência, a um assassinato praticado pelo marido²². As mulheres são vítimas do patriarcado e da tirania familiar que sobreviveu à revolução burguesa: Marx denuncia veementemente a covarde vingança dos indivíduos habitualmente forçados à submissão na sociedade burguesa, contra os ainda mais fracos que eles²³, como os maridos fazem com as esposas. Assim, ambos, homens e mulheres, fazem parte da classe trabalhadora, mas seus destinos são determinados também pelas relações

de gênero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociabilidade capitalista, racista e sexista não gera sofrimento/adoecimento de forma automática, determinista. Se assim o fosse, todos nós seríamos necessariamente doentes. Por outro lado, não se pode minimizar o que constitui este modo de produção da vida e como ele nos afeta. No Brasil, as consequências de um rombo histórico que dura séculos se renovam constantemente e atingem mais perniciosamen-

te certos corpos e subjetividades. Lembre-se que este país é um dos com maior desigualdade entre as classes, permeado por discrepâncias regionais, em que a pobreza é vivida majoritariamente por mulheres negras como Joana, e um dos que mais apresenta perigo para mulheres, pessoas LGBTI+ e jovens negros/as periféricos/as. Conhecer as histórias de vida, portanto, corresponde a “caçar as narrativas” (e não apenas os sintomas) tendo como finalidade compreender as determinações sociais da saúde tendo em vista uma intervenção integral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Costa PHA. Marx sobre a loucura. *Rev Dialectus*. 2022;26(26):11–31. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.30611/2022n26id81487>
2. Oliveira E. Ouvindo vozes: Histórias do hospital e lendas do encantado. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2009. 278 p.
3. Lima T, Mioto R. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. *Revista Katálysis*. 2007;10(n. esp):37-45.
4. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 60 ed. São Paulo: Atlas; 2008. 200 p.
5. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 140 ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 407 p.
6. Paulilo MAS. A pesquisa qualitativa e a história de vida. *Serviço Social em Revista*. 1999;2(2):135–45.
7. Molaño A. Mi historia de vida con las historias de vida. In: Lulle T. et al. (eds.). Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales I. Barcelona: Antrophos; 1998. P. 102-111.
8. Ferrarotti F. Sobre a autonomia do método biográfico. 1991;9:171–7. Disponível em: <https://sociologiapp.iscte-iul.pt/pdfs/31/342.pdf>
9. Rocha CC, Beltrão MFA, Oliveira RN. Cinco notas a propósito da Teoria da Reprodução Social e suas contribuições ao Serviço Social. *Serv Soc Soc*. 2025;148(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.441>
10. Moraes LCG. Relação entre universal, particular e singular em análises feministas marxistas: por uma ontologia integrativa. *Plural*. 2021;28(2):132–58. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-8099.pcs0.2021.184118>
11. Fonseca RSR, Alencar TR. Para uma análise inicial dos impactos do ultraneoliberalismo brasileiro sobre a reprodução social. *Rev Trab Política Soc*. 2021;6(10):317–38. Disponível em: <https://costalima.ufrrj.br/index.php/RTPS/article/view/717>
12. Bhattacharya T. O que é a teoria da reprodução social? *Revista Outubro*. 2019;32(1):99–113. Disponível em: <https://outubrorevista.com.br/o-que-e-a-teoria-da-reproducao-social/>

- com.br/wp-content/uploads/2019/09/04_Bhattacharya.pdf
13. Vogel L. Marxismo e a opressão às mulheres: rumo a uma teoria unitária. São Paulo: Expressão Popular; 2022. 455p.
 14. Seligmann-Silva E. Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez; 2011. 622p.
 15. Nogueira CM. O trabalho duplicado: a divisão sexual no trabalho e na reprodução - um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão Popular; 2006.
 16. Basaglia F. La condena de ser loco y pobre: Alternativas al manicomio. Buenos Aires: Topía; 2008. 204 p.
 17. Goffman E. Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1981. 160 p.
 18. Ferreira GC. A política social do capitão: bolsonarismo, neomalthusianismo, eugenia e militarização no Brasil. *Serv Soc Soc.* 2024;147(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0101-6628.416>
 19. Zanello V. Saúde mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação. Curitiba: Appris; 2018. 301p.
 20. Passos RG. Na Mira do Fuzil: a saúde mental das mulheres negras em questão. São Paulo: Hucitec Editora; 2023. 141p.
 21. Costa JF. Ordem médica e norma familiar. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1999. 282 p.
 22. Marx K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo; 2006. 82p.
 23. Löwy M. Um Marx insólito. In: Marx K. Sobre o suicídio. São Paulo: Boitempo; 2006. p. 13-19.

Como citar:

Alves TM. Determinações da saúde mental: O sofrimento a partir da história de vida de uma mulher com diagnóstico psiquiátrico. *Dialog Interdis Psiq S Ment* [Internet]. [citado 14º de dezembro de 2025]; Disponível em: <https://revistas.uece.br/index.php/dipsm/article/view/16872>