

A economia política do sofrimento feminino: reprodução social, trabalho de cuidado e medicalização no capitalismo contemporâneo

The political economy of women's suffering: social reproduction, care work, and medicalization in contemporary capitalism

Letícia Hummel do Amaral

Doutora em Sociologia e Ciência Política (UFSC).
E-mail: leticiahummel@hotmail.com

 ORCID: 0000-0001-7769-5515

Diane Southier

Doutora em Sociologia e Ciência Política (UFSC). E-mail:
diane.southier@gmail.com

 ORCID: 0009-0008-1767-5705

Resumo

O artigo analisa o sofrimento psíquico feminino sob a Teoria da Reprodução Social. Metodologicamente, realizou-se pesquisa teórica e documental com dados secundários (IBGE, IPEA, OMS) e de mercado farmacêutico. Os resultados indicam que a medicalização individualiza sobrecargas estruturais do cuidado e a divisão sexual do trabalho. Conclui-se que avanços institucionais recentes enfrentam limites impostos pela financeirização e concentração de renda, aprofundando o sofrimento das mulheres no Brasil.

Palavras-chave: trabalho de cuidado; reprodução social; medicalização; sofrimento psíquico; divisão sexual do trabalho.

Abstract

The article analyzes women's psychological suffering under the Social Reproduction Theory. Methodologically, a theoretical and documentary research was conducted using secondary data from official agencies (IBGE, IPEA, WHO) and pharmaceutical market reports. The results indicate that medicalization individualizes structural burdens of care and the sexual division of labor. It concludes that recent institutional advances face limits imposed by financialization and income concentration, deepening the suffering of women in Brazil.

Keywords: care work; social reproduction; medicalization; psychological suffering; sexual division of labor.

DOI: <https://doi.org/10.18616/rdsd.v12i1.10686>

Recebido: 01-03-2026

Aprovado: 16-04-2026



PPGDS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM DESENVOLVIMENTO SOCIOECONÔMICO - UNESC



Introdução

A análise do sofrimento psíquico das mulheres exige situá-lo na organização capitalista da reprodução social e na divisão sexual do trabalho. Parte-se do pressuposto de que o capitalismo se sustenta não apenas pela exploração do trabalho assalariado, mas também pela apropriação do trabalho reprodutivo não remunerado, realizado majoritariamente por mulheres no âmbito doméstico e comunitário (Pateman, 2024; Vogel, 2022; Fraser, 2013; Federici, 2017, 2019; Saffioti, 1976; Hirata, 2005; Guimarães; Hirata, 2020).

Nas últimas décadas, a saúde mental consolidou-se como preocupação social central, acompanhando transformações no trabalho, na família e nas políticas públicas. Diagnósticos de ansiedade, depressão e exaustão devem ser compreendidos não apenas como fenômenos clínicos, mas como expressões de processos estruturais que organizam a reprodução da vida social. A distribuição do sofrimento psíquico revela desigualdades persistentes, incidindo de forma desproporcional sobre mulheres, especialmente em contextos de vulnerabilidade socioeconômica.

O trabalho de cuidado — que inclui preparação de alimentos, limpeza, gestão doméstica e assistência a crianças, idosos e pessoas com deficiência (Brasil, Ministério do Trabalho e Emprego, 2025, p. 4) — permanece historicamente desvalorizado e privatizado nas famílias, produzindo sobrecarga física e emocional. No Brasil, 90% do cuidado é realizado informalmente pelas famílias e, destes, cerca de 85% por mulheres (Oxfam, 2020). Em 2022, mulheres dedicavam em média 21h36min semanais ao trabalho doméstico e de cuidado, contra 11h48min dos homens (Ipea, 2024). Nos domicílios mais pobres, esse tempo ultrapassava 25 horas semanais, configurando não apenas pobreza material, mas também pobreza de tempo (Ipea, 2024).

Para além da definição institucional, o cuidado é aqui compreendido em sua complexidade relacional e ética. Conforme apontam Guimarães e Hirata (2020), o cuidado articula dimensões materiais e afetivas, sendo indissociável das desigualdades que marcam a divisão sexual do trabalho. Tal abordagem permite compreender que a sobrecarga não é um evento isolado, mas uma característica estrutural da organização social, cuja invisibilidade contribui para os processos de sofrimento e posterior medicalização analisados neste estudo.

Paralelamente, observa-se expansão do setor de saúde mental e do mercado farmacêutico. Em 2024, o mercado global de terapias para o sistema nervoso central foi estimado em US\$ 138,2 bilhões, com projeção de US\$ 226,7 bilhões até 2030; transtornos psiquiátricos representaram cerca de 32% desse total (Strategic Market Research, 2025). O mercado de antipsicóticos foi estimado em US\$ 20,10 bilhões em 2025, e o de antidepressivos em US\$ 22,13 bilhões, ambos com crescimento projetado até 2030 (Mordor

Intelligence, 2025).

No Brasil, o aumento de 11% nas vendas de antidepressivos e estabilizadores de humor entre 2022 e 2023 (IQVIA, 2024) demonstra uma tendência de medicalização crescente. Corroborando esse cenário, uma revisão sistemática com metanálise de 51 estudos brasileiros estimou a prevalência anual de uso de antidepressivos em 2,3% entre mulheres e 0,5% entre homens, com maior incidência entre idosos (Tiguman *et al.*, 2023).

Enquanto o uso de antipsicóticos avançava mais de 50% entre 2013 e 2023, o período também registrava expansão da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS): os atendimentos no SUS dobraram e o número de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) cresceu 42,7% (IEPS; UMANE, 2025). Tal conjuntura revela uma ambivalência central: a ampliação da assistência comunitária ocorre de forma concomitante à intensificação da resposta farmacológica aos sofrimentos psíquicos.

A crise da reprodução social torna-se particularmente visível na experiência materna. Pesquisa com 2.000 mães brasileiras indicou que 90% apresentavam sintomas de exaustão, 65% já haviam recebido diagnóstico de transtorno mental e 64% relataram prejuízos profissionais (B2Mamy; Kiddle Pass, 2024). Mães solo apresentaram maior incidência de esgotamento grave. O Brasil possui 69 milhões de mães, das quais 31% criam os filhos sozinhas (IBGE), enquanto 48% deixam o mercado de trabalho após a maternidade (FGV, citada em B2Mamy; Kiddle Pass, 2024).

Nesse contexto, o Estado assume papel central na provisão de cuidado, mas suas respostas tendem a operar de forma compensatória, sem alterar estruturalmente a divisão sexual do trabalho. Argumenta-se que o sofrimento psíquico feminino deve ser compreendido como expressão de um regime de reprodução social marcado pela articulação entre dominação patriarcal, racionalidade neoliberal e organização desigual do cuidado. A medicalização constitui parte de um dispositivo de gestão das consequências subjetivas dessa estrutura, enquanto as políticas públicas, embora fundamentais, revelam limites quando desacompanhadas de transformações redistributivas mais profundas.

Do ponto de vista metodológico, este artigo consiste em uma análise teórico-conceitual de caráter interdisciplinar, fundamentada na Teoria da Reprodução Social. A argumentação foi construída a partir do levantamento e análise de dados secundários provenientes de indicadores sociais e demográficos (IBGE e IPEA), relatórios de saúde global (OMS) e dados de mercado farmacêutico (IQVIA e Strategic Market Research). O percurso analítico articulou a revisão bibliográfica sobre a divisão sexual do trabalho com a análise documental de políticas públicas recentes, como o Plano Nacional de Cuidados (2025), buscando compreender o fenômeno da medicalização como uma resposta individualizante às crises estruturais do cuidado no contexto brasileiro contemporâneo.

2. Capitalismo, trabalho reprodutivo e desigualdade sexual

Ao situar o trabalho reprodutivo como categoria central de análise, a partir de uma perspectiva marxista e feminista materialista, esta seção fornece o fundamento para compreender a medicalização do sofrimento feminino como parte de um processo mais amplo de reprodução social capitalista, no qual a exploração do trabalho não remunerado e a gestão psiquiátrica do sofrimento opera como mecanismos complementares de sustentação da ordem econômica e sexual.

Em Karl Marx, a dimensão do trabalho reprodutivo não aparece como categoria analítica autônoma, mas está presente de forma implícita na análise da reprodução da força de trabalho, especialmente em *O Capital* (1867) e nos *Grundrisse* (1857–1858). Ao discutir o valor da força de trabalho, Marx observa que ele corresponde ao conjunto dos meios de subsistência necessários para garantir a manutenção e a reprodução do trabalhador ao longo do tempo, incluindo sua família (Marx, 2011; 2013). Essa formulação permite compreender que a produção capitalista depende não apenas do trabalho assalariado direto, mas também de um conjunto de atividades que garantem a reprodução cotidiana e geracional da força de trabalho. Embora não tenha desenvolvido sistematicamente a análise do trabalho doméstico, sua teoria abre espaço para reconhecer que a reprodução social constitui condição estrutural da acumulação, ainda que permaneça parcialmente invisibilizada enquanto esfera específica de trabalho.

Essa dimensão é explicitada de forma mais direta por Friedrich Engels em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado* (1884), onde ele afirma que “o primeiro antagonismo de classes que apareceu na história coincide com o desenvolvimento do antagonismo entre homem e mulher no casamento monogâmico, e a primeira opressão de classe coincide com a do sexo feminino pelo sexo masculino” (Engels, 2019, p. 84–85). Ao formular essa tese, Engels argumenta que a primeira forma histórica de dominação emerge no interior da família monogâmica, na qual o marido ocupa posição análoga à do burguês e a mulher à do proletariado, fazendo da mulher sua “principal serva doméstica” (Engels, 2019, p. 83). Ao relacionar a subordinação feminina ao surgimento da propriedade privada, Engels oferece uma das primeiras interpretações materialistas da desigualdade entre homens e mulheres, evidenciando a dimensão econômica da divisão sexual do trabalho.

No interior do próprio marxismo, autoras vinculadas à Revolução Russa, no início do século XX, aprofundaram esse tema ao defender que para a reformulação da produção seria necessária uma nova concepção da relação entre homem e mulher. Nadezhda Krupskaya, ao refletir sobre educação, família e organização social do trabalho, defendia que a emancipação feminina exigia a socialização das tarefas domésticas e familiares. Em sentido parecido, Alexandra Kollontai defendia a abolição da família nuclear burguesa,

objetivo que dependeria da coletivização das tarefas reprodutivas, começando pela maternidade e pelo cuidado com os filhos, além da criação de serviços públicos — cozinhas públicas, lavanderias, creches — capazes de liberar as mulheres do marido e do trabalho doméstico (Krupskaya; Kollontai, citadas em Pereira; Oliveira, 2021; Bronnikova; Renault, 2025).

Elas antecipam uma questão que será posteriormente central na crítica de Carole Pateman a Engels, no livro *O contrato sexual* (1988). Pateman considera que ele interpreta a subordinação das mulheres predominantemente por meio da analogia com as relações de classe e trabalho, tratando a dominação masculina como derivada das transformações econômicas e da propriedade privada. Para Pateman (2024), essa perspectiva tende a obscurecer o caráter especificamente patriarcal dessa dominação, ao pressupor que a posição das mulheres pode ser compreendida a partir da categoria universal de trabalhador e que a inserção feminina no trabalho assalariado levaria à igualdade. A autora argumenta que a subordinação das mulheres não pode ser explicada apenas como resultado histórico da família enquanto unidade econômica, pois está inscrita na própria constituição da ordem social, na qual se instituiu um “contrato sexual” que legitima o acesso masculino ao corpo e ao trabalho das mulheres.

A autora argumenta que a família monogâmica não deve ser entendida somente como espaço de reprodução econômica, mas como instituição política que organiza a dependência feminina e naturaliza a apropriação do trabalho doméstico. Assim, o trabalho não remunerado das mulheres aparece como elemento constitutivo da cidadania masculina e da própria separação entre público e privado, que oculta relações de dominação sob a aparência de relações privadas. Essa perspectiva permite compreender que a exploração do trabalho doméstico não é apenas complementar ao capitalismo, pois “o mercado capitalista é patriarcal, estruturado pela divisão sexual do trabalho” (Pateman, 2024, p. 203). Assim, “a compreensão do patriarcado moderno requer que o contrato de trabalho seja iluminado por meio da estrutura das relações domésticas” (Pateman, 2024, p. 218).

Isso é o que as feministas da Teoria da Reprodução Social (TRS) fazem com mais profundidade a partir da década de 1960, com Margaret Benston em *The political economy of women's liberation* (1969), e nos anos 1970, com Silvia Federici e outras feministas italianas na campanha *Wages for housework*, cujo panfleto homônimo, de 1975, defendia o reconhecimento e a remuneração do trabalho doméstico. É dele a famosa frase: “eles dizem que é amor. Nós dizemos que é trabalho não remunerado” (Federici, 2019, p. 40). Esse e outros textos de Federici sobre o mesmo tema, publicados da década de 1970 até os anos 2000, foram compilados no livro *O ponto zero da revolução*, de 2011.

Em 1983, Lise Vogel publica *Marxism and the oppression of women: toward a unitary*

theory, considerada fundamental na sistematização da TRS. A obra permite compreender o capitalismo como um sistema que depende da reprodução da vida, ao mesmo tempo em que a desvaloriza e privatiza. Vogel conceitualiza o trabalho doméstico como parte do trabalho necessário que reproduz a força de trabalho — ainda que não produza mais-valia — integrando a opressão das mulheres à teoria marxista sem tratá-la como sistema separado.

Essa perspectiva é desenvolvida também por Nancy Fraser em *Fortunes of feminism* (2013) e em *Feminismo para os 99%* (Arruzza; Bhattacharya; Fraser, 2019). Fraser analisa a relação histórica entre capitalismo e reprodução social e identifica uma contradição estrutural entre acumulação e manutenção da vida, que nas condições contemporâneas se expressa como “crise da reprodução social”, marcada pela intensificação da sobrecarga feminina e deterioração das condições de cuidado.

Em 2004, Federici lança o livro *Calibã e a bruxa*, acrescentando uma perspectiva histórica de longa duração, ao demonstrar que a consolidação do capitalismo esteve ligada à reorganização violenta da reprodução social e ao controle do corpo das mulheres na “caça às bruxas”. Federici (2017) argumenta que a acumulação primitiva não se limitou ao cercamento das terras comuns, da exploração das colônias na América e do trabalho escravo, mas incluiu a disciplinarização do trabalho reprodutivo como algo central.

Nesse sentido, a autora radicaliza a crítica a Engels ao sustentar que “longe de ser um resquício pré-capitalista, o trabalho doméstico não remunerado das mulheres tem sido um dos principais pilares da produção capitalista, ao ser o trabalho que produz a força de trabalho” (Federici, 2017, p. 12). Assim, ao deslocar o foco da exclusão feminina da produção para a centralidade de sua não remuneração, a autora reforça que a subordinação das mulheres está inscrita no próprio modo de organização do trabalho sob o capitalismo.

No contexto brasileiro, Heleieth Saffioti, em *Trabalho feminino e capitalismo* (Saffioti, 1976), demonstra que a exploração do trabalho feminino articula superexploração econômica e subordinação patriarcal, fazendo da divisão sexual do trabalho um mecanismo estruturante da dupla jornada e da reprodução das desigualdades sociais. Já Helena Hirata, em *Globalização, trabalho e gênero* (Hirata, 2005), e, com Nadya Guimarães, em *O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades* (Guimarães; Hirata, 2020), desloca o foco para o cuidado como eixo organizador das transformações contemporâneas do trabalho, evidenciando que a feminização do emprego ocorre sob grande precarização, enquanto a responsabilização feminina pelo cuidado sustenta sua desvalorização social.

A articulação dessas contribuições permite compreender que o trabalho reprodutivo não constitui uma esfera secundária, mas um elemento estrutural da organização social capitalista, simultaneamente condição da acumulação e terreno

privilegiado de reprodução das desigualdades. Nesse sentido, a crise atual do capitalismo é também uma crise da reprodução social: a expansão do trabalho precário combinada ao aumento das demandas de cuidado intensifica a sobrecarga feminina, convertendo as mulheres no principal amortecedor das tensões entre produção e reprodução.

Essa organização social possui implicações diretas para a saúde mental feminina. O trabalho de cuidado familiar, junto com a precarização do trabalho em âmbito público e a violência doméstica contra mulheres, praticada por homens, produzem condições materiais e simbólicas que favorecem o sofrimento psíquico. A medicalização desse sofrimento tende a despolitizar suas causas estruturais, deslocando problemas sociais para o nível da patologia individual. Assim, a articulação entre capitalismo, trabalho reprodutivo e desigualdade sexual — aqui compreendida como a base material das hierarquias entre homens e mulheres — constitui uma chave analítica fundamental para compreender a produção social do sofrimento mental e os limites das respostas biomédicas, tema que será aprofundado na próxima seção.

3. Sofrimento psíquico feminino como processo e produto social

O sofrimento psíquico tem sido tradicionalmente interpretado pelas instituições médicas e psiquiátricas como fenômeno individual, associado a disfunções internas e dissociado dos contextos sociais em que é produzido. Essa leitura, embora dominante, revela-se insuficiente quando se considera que as experiências de sofrimento são atravessadas por relações estruturais de poder, desigualdade e exploração. O sofrimento psíquico não pode ser reduzido a um problema biológico isolado nem a um traço psicológico individual; ele deve ser compreendido como expressão historicamente situada de formas específicas de organização social (Davies, 2022).

No capitalismo contemporâneo, esse processo adquire contornos particulares com a consolidação do neoliberalismo como racionalidade dominante. A precarização das condições de vida, a instabilidade nas relações de trabalho, o enfraquecimento das políticas de proteção social e a intensificação da responsabilização individual pelo sucesso ou fracasso configuram um cenário estruturalmente produtor de sofrimento. Experiências como exaustão, estresse crônico, ansiedade persistente e sensação de inadequação passam a ser reinterpretadas como falhas pessoais de adaptação (Bourdieu, 1998).

A análise de Dardot e Laval (2016), em *A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal*, aprofunda essa compreensão ao conceber o neoliberalismo não apenas como política econômica, mas como forma de governo das condutas. Trata-se de uma racionalidade que impõe aos sujeitos a obrigação permanente de se autogerirem como empresas de si mesmos, internalizando a lógica da concorrência, da performance e da competitividade. O sujeito neoliberal é convocado a investir continuamente em seu próprio

capital humano, assumindo como responsabilidade individual aquilo que é estruturalmente produzido. Assim, o fracasso social converte-se em culpa pessoal, e o sofrimento de base estrutural é vivenciado como inadequação subjetiva.

A perspectiva da determinação social da saúde reforça essa análise ao afirmar que os processos de adoecimento estão diretamente relacionados às condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem (Carvalho, 2013). A organização do trabalho, a distribuição de renda, o acesso a políticas públicas e a desigualdade na distribuição de poder constituem determinantes estruturais que moldam os padrões de saúde e doença. Esses determinantes não operam de maneira abstrata, mas se concretizam por meio de marcadores sociais como sexo/gênero, classe e raça, que organizam posições desiguais de vulnerabilidade.

As iniquidades em saúde mental, portanto, não são aleatórias. Elas refletem hierarquias sociais persistentes que expõem determinados grupos a condições mais intensas de exploração, insegurança e violência. Mulheres, pessoas racializadas e indivíduos em situação de pobreza encontram-se frequentemente em posições de maior precariedade material e simbólica, acumulando fatores que os deixam mais vulneráveis a vivenciarem problemas de saúde mental. A maior prevalência de sofrimento psíquico nesses grupos não constitui evidência de fragilidade intrínseca, mas expressão das desigualdades estruturais que atravessam a organização social.

Nesse cenário, a medicalização e a psiquiatrização de fenômenos sociais emergem como estratégias biopolíticas de governo das populações. Conforme Foucault (2006; 2008), a medicina e a psiquiatria desempenham papel central na regulação das condutas, operando simultaneamente sobre os corpos e as subjetividades. A ampliação do escopo de intervenção médica não é neutra: ela redefine problemas sociais como questões clínicas, deslocando conflitos estruturais para o âmbito individual.

Peter Conrad (2013) define a medicalização como o processo pelo qual aspectos da vida cotidiana passam a ser descritos e tratados como problemas médicos, passíveis de diagnóstico e intervenção especializada. No campo da saúde mental, esse processo assume particular relevância. Sofrimentos produzidos por desigualdade, violência, exploração laboral e insegurança material passam a ser traduzidos em categorias diagnósticas, reorganizando sua inteligibilidade. A medicalização que opera via reducionismo biológico, não apenas nomeia, mas também reconfigura a forma como o sofrimento é compreendido e administrado, contribuindo para sua individualização.

A psiquiatria, nesse contexto, assume função social específica no interior do capitalismo neoliberal: gerir os efeitos subjetivos de um sistema estruturalmente produtor de sofrimento. Ao centrar a intervenção no diagnóstico e no tratamento individual, reforça-

se a lógica da adaptação subjetiva, enquanto as condições estruturais permanecem inalteradas (Dallmann, 2015). Enquanto a intervenção técnica aparece como solução possível, o debate sobre desigualdade, violência e exploração é deslocado para segundo plano.

Dados recentes evidenciam a magnitude desse processo. Relatório divulgado pelo sistema ONU no Brasil aponta crescimento expressivo dos afastamentos do trabalho por problemas de saúde mental. Entre 2022 e 2024, os benefícios por incapacidade temporária relacionados a transtornos mentais passaram de aproximadamente 201 mil para 472 mil, representando aumento de 134% no período (ONU Brasil, 2025). Entre as principais causas desses afastamentos figuram transtornos de ansiedade, episódios depressivos e reações ao estresse. O crescimento ocorre em contexto de intensificação das pressões laborais, precarização das relações de trabalho e impactos prolongados do período pós-pandêmico, evidenciando que a saúde mental se tornou questão central na dinâmica socioeconômica contemporânea.

Entretanto, esse fenômeno não se distribui de maneira homogênea. Estudos populacionais confirmam desigualdade significativa na distribuição de diagnósticos entre homens e mulheres. O Relatório Covitel 2023 demonstra que, no primeiro trimestre daquele ano, a prevalência de ansiedade com diagnóstico médico referido alcançou 26,8% na população geral, sendo 34,2% entre mulheres e 18,9% entre homens (Covitel, 2023). No caso da depressão, a prevalência global foi de 12,7%, distribuída em 18,1% entre mulheres e 6,9% entre homens. A manutenção dessa diferença no período pós-pandêmico sugere que crises sociais tendem a aprofundar desigualdades pré-existentes.

Parte da literatura psiquiátrica, entretanto, tende a interpretar essa diferença a partir de hipóteses reducionistas e biologizantes. Kuehner (2017) discute a chamada “brecha de gênero” na depressão, por exemplo, explorando explicações hormonais ou relacionadas ao ciclo reprodutivo feminino. Todavia, a ausência de marcadores biológicos conclusivos para transtornos mentais fragiliza tais interpretações. A naturalização estatística da desigualdade sexual obscurece o papel dos critérios diagnósticos e das relações de poder na produção desses dados.

A análise dos determinantes sociais do sofrimento feminino permite deslocar esse debate. A divisão sexual do trabalho permanece estruturando desigualdades profundas. Hirata (2014; 2016) demonstra que as mulheres continuam concentradas em segmentos mais precarizados do mercado laboral, caracterizados por baixos salários, informalidade e instabilidade, ao mesmo tempo em que acumulam responsabilidades pelo trabalho doméstico e de cuidado não remunerado. Essa dupla jornada produz regime crônico de exaustão física e emocional, intensificado pela ausência de políticas públicas de cuidado e

pela naturalização da disponibilidade feminina.

Além da sobrecarga material, a exposição diferencial à violência constitui fator determinante. Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024) estabeleceu a violência doméstica praticada por homens como uma das principais ameaças à perda de saúde no mundo.

Essas formas de violência podem levar à depressão, estresse pós-traumático e outros transtornos de ansiedade, dificuldades para dormir, distúrbios alimentares e tentativas de suicídio. A análise de 2013 constatou que mulheres que sofreram violência por parceiro íntimo tinham quase o dobro da probabilidade de desenvolver depressão e problemas com o consumo de álcool. (OMS, 2024, s.p.)

Violência masculina, assédio moral e sexual e desigualdade salarial compõem um contexto social estruturalmente adverso que incide sobre a saúde mental feminina. Contudo, tais experiências são frequentemente descontextualizadas quando convertidas em diagnósticos individuais.

Cabe enfatizar que a própria construção dos diagnósticos psiquiátricos não é neutra em termos sexuais ou de gênero. Bacigalupe e Martín (2020) demonstram que parâmetros normativos historicamente associados ao masculino — como autonomia e controle emocional — tendem a funcionar como referência implícita de saúde mental. Expressões emocionais mais frequentemente atribuídas ao comportamento das mulheres, por sua vez, podem ser classificadas como sintomas, reforçando vieses estruturais.

Assim, o viés de gênero não constitui fenômeno contingente, mas elemento historicamente estruturante do campo psiquiátrico (Caponi; Martínez-Villa; Amaral, 2023). Conforme Foucault (2006, 2008), a constituição da psiquiatria moderna esteve vinculada à normalização moral das condutas. Diagnósticos como a histeria, por exemplo, incidiram de maneira privilegiada sobre mulheres, articulando saber médico e controle social.

A crítica feminista aprofundou essa análise. O livro *Women and Madness* (Mulheres e Loucura) foi publicado originalmente em 1972 e constitui um marco intelectual nos estudos sobre a intersecção gênero e saúde mental. A autora Chesler (2018) argumenta que a multiplicação de diagnósticos e a prescrição de psicofármacos podem operar como formas de controle dirigidas às mulheres que desafiam expectativas normativas de feminilidade. Essa dinâmica permanece visível nas práticas contemporâneas. Como bem sintetizam Caplan e Cosgrove:

Julgar mais facilmente um paciente como mentalmente doente quando se trata de uma mulher e/ou de uma pessoa pertencente a um grupo racializado e/ou pobre; considerar com maior frequência as mulheres, em comparação aos homens, como excessivamente emocionais, chegando inclusive a percebê-las como perigosas; prescrever medicamentos que alteram o humor mais prontamente para mulheres do que para homens; supor que as mulheres, em maior medida que os homens, necessitam de acompanhamento contínuo e tratamento prolongado; e assumir

uma posição de maior autoridade em relação às pacientes mulheres do que em relação aos pacientes homens. (Caplan; Cosgrove, 2004, p. 11)

Conclui-se que o sofrimento psíquico feminino deve ser compreendido como produto social de relações patriarcais articuladas à racionalidade neoliberal contemporânea. Não se trata de fragilidade individual, mas de processo estrutural que combina exploração econômica, desigualdade sexual, raça e classe social, além de um contexto de crescente precarização. O saber psiquiátrico intervém sobre esse sofrimento, reorganizando-o sob a forma de diagnóstico individual ao mesmo tempo em que legitima institucionalmente a reprodução social das hierarquias e sistemas de dominação atuais.

Se o sofrimento psíquico feminino é produzido em contextos estruturais marcados por desigualdades, sua tradução em categorias diagnósticas não pode ser compreendida como simples ato clínico neutro. Trata-se de um movimento inscrito em um rearranjo institucional mais amplo, no qual experiências socialmente determinadas são reinterpretadas como transtornos individuais passíveis de intervenção técnica. Nesse processo, a expansão dos diagnósticos psiquiátricos e a centralidade assumida pelos psicofármacos não representam apenas avanços terapêuticos, mas integram um dispositivo mais amplo de gestão e regulação da população feminina. A articulação entre dominação masculina / patriarcal, racionalidade neoliberal e hegemonia do modelo biomédico permite que o sofrimento socialmente produzido seja absorvido pela lógica classificatória da psiquiatria e, em seguida, incorporado à lógica de mercado, convertendo experiências de opressão em objetos de prescrição e consumo de psicofármacos.

4. Medicalização, expansão classificatória e mercado de psicofármacos

A consolidação da psiquiatria biologicista nas últimas décadas não pode ser compreendida como resultado de avanços científicos no campo das neurociências. Suas teorizações sobre a existência de marcadores biológicos de transtornos mentais, sejam genéticos, bioquímicos, hormonais ou cerebrais, nunca foram conclusivamente comprovadas. Trata-se, de outro modo, de um rearranjo institucional e epistemológico que coincide com a centralidade crescente dos psicofármacos como terapêutica principal. Embora essas substâncias já integrassem a prática psiquiátrica desde os anos 1950, foi a partir da publicação da terceira edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* - DSM-III (1980) que se estabeleceu uma reorganização decisiva do campo, marcada pela expansão classificatória e pela padronização diagnóstica (Aguilar, 2003; Caponi, 2019).

O DSM-III introduziu critérios operacionais baseados em agrupamentos sintomáticos, afastando-se das explicações psicodinâmicas predominantes nas edições

anteriores. Apresentado como manual “ateórico”, buscava aumentar a confiabilidade diagnóstica, ainda que não resolvesse o problema da validade etiológica. A multiplicação progressiva das categorias — 106 no DSM-I, 182 no DSM-II, 265 no DSM-III, 350 no DSM-IV — evidencia um processo de ampliação contínua do universo de condutas e emoções passíveis de enquadramento psiquiátrico. O DSM-5 manteve essa tendência, reorganizando diagnósticos sob a rubrica dos “transtornos do neurodesenvolvimento”, mas reconhecendo, já no prefácio, a inexistência de marcadores biológicos capazes de fundamentar a maior parte das categorias diagnósticas (Apa, 2013).

Essa expansão classificatória não expressa, portanto, um refinamento técnico e epistemológico da psiquiatria. Pequenas alterações nos critérios podem gerar aumentos expressivos nas taxas de prevalência de transtornos mentais. Nesse sentido, a redefinição de limites entre normalidade e patologia, a cada nova edição do DSM, ampliou o número de indivíduos elegíveis para tratamento, produzindo impacto direto no volume de prescrições. A classificação psiquiátrica torna-se, pois, infraestrutura indispensável para o crescimento do mercado de psicofármacos (Frances, 2015).

Caponi (2019), em *Uma sala inquieta*, demonstra que a legitimação dos psicofármacos inaugurou aquilo que Philippe Pignarre denominou “inversão causal explicativa”. Isto é, a melhora sintomática proporcionada por determinada substância passa a ser interpretada como evidência retroativa da natureza biológica da doença. Não se parte da identificação de uma causa orgânica comprovada para então desenvolver tratamento; ao contrário, a eficácia do medicamento sustenta a hipótese etiológica. Consolida-se, desse modo, o modelo centrado na doença, cuja cientificidade permanece contestável.

Joanna Moncrieff (2008), autora referência da psiquiatria crítica britânica, questiona a hipótese do desequilíbrio neuroquímico que vem sustentando esse modelo. A ideia de déficit ou excesso na produção de neurotransmissores como causa primária dos transtornos mentais não se apoia em evidências conclusivas, mas opera como explicação simplificadora que legitima a intervenção farmacológica e facilita sua aceitação social. A autora defende que os psicofármacos — assim como qualquer substância psicoativa —, em vez de restaurarem um estado natural de equilíbrio químico cerebral, produzem estados cerebrais alterados que podem até atenuar determinadas emoções desagradáveis, como tristeza e ansiedade, mas que não vão curar nenhuma suposta doença cerebral subjacente. A narrativa biologizante predominante no campo da saúde mental cumpre, portanto, função estratégica na consolidação da terapêutica medicamentosa como resposta privilegiada.

Esse processo encontra respaldo institucional na estreita articulação entre psiquiatria e indústria farmacêutica. A padronização diagnóstica promovida pelo DSM tornou-se condição essencial para a realização de ensaios clínicos randomizados exigidos

por agências regulatórias, como a *Food and Drugs Administration* (FDA) (Aguilar, 2003). Ou seja, a dinâmica é simples: a existência de categorias definidas permite testar medicamentos para transtornos específicos, facilitando sua aprovação e inserção no mercado.

Angell (2007), em *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*, demonstra que a indústria deixou de atuar como mera financiadora externa para tornar-se agente estrutural na produção do conhecimento biomédico. A maioria dos ensaios clínicos é patrocinada pelas próprias empresas interessadas nos resultados, que participam do desenho metodológico, da definição dos desfechos clínicos e da análise estatística. Estudos com resultados desfavoráveis tendem a ser omitidos ou publicados de forma seletiva, enquanto achados positivos recebem ampla circulação. Além disso, o patrocínio de congressos, associações médicas e “líderes de opinião” integra um sistema de incentivos que produz conflitos de interesse e molda prioridades de pesquisa, diretrizes clínicas e políticas públicas. A distorção não decorre apenas de ilegalidades pontuais, mas da institucionalização de relações financeiras que reconfiguram a própria dinâmica de validação científica.

Nesse contexto, os ensaios clínicos não apenas avaliam terapias, mas participam da constituição de mercados farmacêuticos. Ao analisar dados submetidos à FDA, incluindo pesquisas não publicadas, Kirsch (2009), em *The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth*, demonstrou que a diferença entre antidepressivos e placebo é, em muitos casos, clinicamente modesta, sobretudo em quadros leves e moderados. Sua investigação evidenciou como o viés de publicação pode inflar a eficácia percebida dos medicamentos, revelando que os critérios regulatórios e a circulação seletiva de resultados participam da consolidação terapêutica.

A aprovação de um fármaco, nessas condições, não apenas responde a uma categoria diagnóstica pré-existente, mas contribui para estabilizá-la e expandi-la. Diagnóstico e medicamento passam a reforçar-se mutuamente, configurando um circuito autorreferente no qual expansão classificatória e expansão farmacológica tornam-se processos interdependentes.

É importante diferenciar aqui dois conceitos importantes nos âmbitos da sociologia em intersecção com a saúde mental: medicalização e farmacologização. A medicalização designa a ampliação do domínio médico sobre aspectos da vida social; a farmacologização refere-se à centralidade específica assumida pelos medicamentos como resposta privilegiada e progressivamente dominante aos problemas definidos como médicos. Trata-se de um desdobramento da medicalização que reorganiza as práticas clínicas em torno da prescrição contínua de substâncias químicas, convertendo o medicamento em eixo estruturante da intervenção terapêutica. Conforme Bianchi (2019), a farmacologização

corresponde à consolidação de uma lógica na qual o medicamento passa a ocupar lugar central na gestão dos sofrimentos e comportamentos, redefinindo práticas clínicas e expectativas sociais em torno da saúde mental. Ao privilegiar intervenções rápidas e protocolizadas, esse processo tende a reduzir a complexidade social e histórica do sofrimento a quadros manejáveis por meio de ajustes neuroquímicos. Além disso, contribui para a uniformização internacional das práticas terapêuticas, ancoradas em diretrizes clínicas e classificações diagnósticas globalizadas. Nesse movimento, produzem-se subjetividades cada vez mais orientadas pela autorregulação farmacológica, nas quais o manejo químico dos afetos passa a ser incorporado como estratégia legítima de gestão da vida cotidiana.

Whitaker (2010), em *Anatomy of an Epidemic*, coloca em questão o impacto de longo prazo do uso de drogas psiquiátricas. Apesar da ampliação do acesso a psicofármacos nas últimas décadas, observa-se aumento expressivo no número de pessoas incapacitadas por transtornos mentais nos Estados Unidos. O autor sugere que o uso prolongado dessas substâncias pode contribuir para a cronificação dos quadros clínicos ou ainda o aparecimento de novas patologias. Ao interferirem nos sistemas neuroquímicos, os medicamentos induzem adaptações compensatórias no cérebro, tornando o organismo dependente da substância para manter equilíbrio funcional, em consonância com a já citada psiquiatra Joanna Moncrieff (Whitaker, 2010).

Essa discussão dialoga com o conceito de iatrogenia desenvolvido ainda na década de 1970 por Illich (1975). Para o autor, a medicina moderna pode produzir danos não apenas clínicos, mas também sociais. A iatrogenia clínica refere-se aos prejuízos/danos, os efeitos adversos diretos das intervenções, muito comuns na psiquiatria: no consumo de psicofármacos, nas psicocirurgias desnecessárias, nas práticas de contenção física. A generalização do uso de psicofármacos pode gerar efeitos fisiológicos indesejados e, simultaneamente, consolidar uma relação de dependência prolongada com as drogas e com o sistema médico.

Porém, a iatrogenia em psiquiatria não se restringe aos efeitos clínicos adversos associados ao uso de psicofármacos, abrangendo também as consequências sociais e culturais produzidas pelos discursos e práticas psiquiátricas. Ao instituírem uma abordagem medicalizada da existência, tais práticas reforçam a cultura do diagnóstico e incentivam respostas rápidas, individualizadas e de caráter consumerista para sofrimentos que, em grande medida, derivam de condições estruturais complexas. O diagnóstico, enquanto dispositivo médico de produção de subjetividades, pode operar como mecanismo de estigmatização, incidindo de forma duradoura sobre as trajetórias individuais (Davies, 2022). Trata-se, portanto, de uma expressão de iatrogenia social e estrutural vinculada ao modelo psiquiátrico predominante.

A dinâmica contemporânea da farmacologização também deve ser compreendida à luz do sistema capitalista neoliberal. A hegemonia da psiquiatria biológica emerge na chamada “era da globalização”, marcada pelo fortalecimento de corporações transnacionais e pela integração de mercados em escala planetária (Aguiar, 2003). A homogeneização diagnóstica proporcionada pelo DSM, que foi criação da psiquiatria norte-americana, facilita a circulação internacional de psicofármacos, articulando diferentes sistemas de saúde a uma mesma gramática classificatória internacional. A indústria farmacêutica consolida-se como setor estratégico da economia global, integrando pesquisa, produção e comercialização em cadeias transnacionais de valor.

Soares (2022), em *A microquímica do poder*, amplia essa análise ao propor que os psicofármacos atuam como dispositivo biopolítico neuromolecular.

Como um dispositivo biopolítico-psiquiátrico que atua em céu aberto, característica dos mecanismos de poder das sociedades de controle, os psicofármacos visam normalizar os menores desvios de comportamento, os mínimos desequilíbrios nas atitudes e, até mesmo, as microscópicas anormalidades neuromoleculares como parte da estratégia de (re)investimentos do indivíduo em seu capital humano e de (re)inclusão nos circuitos da vida. Tal tática de utilização de psicofármacos pode contribuir na retomada, manutenção ou aprimoramento da performance, do desempenho e da eficiência dos sujeitos; valores apreciados pelo atual sistema normativo neoliberal baseado no modelo empresa de existência subjetiva e na competição generalizada. Nas dinâmicas contemporâneas de medicalização do social, essa biopolítica *neuromolecular* presente no desenvolvimento dos psicofármacos modernos, enquanto outra interface do farmacopoder, toma a totalidade da vida nos termos neurobiológicos da medicina psiquiátrica atual. Expandindo sua intervenção na sociedade (com a criação de novos transtornos mentais e de novos psicofármacos), essa psiquiatria neurobiológica contemporânea modela subjetividades psiquiatrizadas nas quais os sujeitos, potencialmente, passam a ter, como referência de si, os discursos e tecnologias psiquiátricos. (Soares, 2022, p. 18)

Ou seja, a prescrição massiva de psicofármacos, no capitalismo contemporâneo, contribui para a manutenção do imperativo do alto desempenho, do gozo (*Prozac* – fluoxetina vendida como a pílula da felicidade) e da performance, valores centrais no sistema normativo neoliberal (Dardot; Laval, 2016). Agem ainda para o controle de comportamentos e emoções socialmente indesejáveis, como uma camisa de força química.

O sofrimento psíquico, nesse contexto, é progressivamente integrado à lógica de mercado. O aumento das classificações amplia o público potencial; os ensaios clínicos (de curto prazo, com todos os problemas apontados) legitimam a eficácia e segurança do produto; os dispositivos de marketing das doenças/das drogas difundem a narrativa do desequilíbrio químico, hormonal, do problema genético; e, nesse contexto, a necessidade da prescrição das drogas psiquiátricas, entendidas como tecnologias terapêuticas que proporcionam “respostas” mais rápidas ao sofrimento, consolida o consumo dos fármacos. Assim, a saúde mental transforma-se em campo estratégico de investimento econômico.

Essa dinâmica possui implicações específicas entre pessoas do sexo feminino. Como discutido na seção anterior, mulheres apresentam prevalência significativamente maior de diagnósticos de depressão e ansiedade. Em contexto de expansão classificatória e centralidade farmacológica, essa desigualdade traduz-se em maior exposição feminina ao consumo de antidepressivos e ansiolíticos (Bacigalupe; Martín, 2020; Mazon *et al.*, 2023). A feminização do diagnóstico implica feminização do mercado consumidor. A ampliação das categorias e a naturalização da intervenção medicamentosa incidem de forma desproporcional sobre mulheres, reforçando a individualização de sofrimentos socialmente produzidos.

A expansão diagnóstica, a consolidação do modelo centrado na doença, a influência estrutural da indústria farmacêutica e a farmacologização da clínica configuram, assim, um mesmo arranjo histórico, político e social. A psiquiatria contemporânea opera na intersecção entre saber científico, interesses corporativos e dinâmicas econômicas globais. O sofrimento psíquico converte-se simultaneamente em categoria clínica, objeto de ensaio experimental e de mercadoria de alto valor já que psicofármacos são, em maioria, de consumo contínuo. São parte de um “tratamento” em geral de longo prazo, e não o passo para uma cura.

Compreender essa articulação é fundamental para analisar criticamente a consolidação contemporânea da psiquiatria biologicista. A hegemonia dos psicofármacos não decorre exclusivamente de eficácia terapêutica, mas de rearranjos epistemológicos, institucionais e econômicos que favoreceram sua centralidade. A expansão classificatória e a criação contínua de oportunidades de mercado revelam que o campo da saúde mental se tornou espaço estratégico de produção de valor e de regulação das subjetividades.

5. Políticas públicas, reprodução social e limites redistributivos no capitalismo

As seções anteriores demonstraram que o sofrimento psíquico feminino não pode ser compreendido fora da articulação entre divisão sexual do trabalho, crise da reprodução social e expansão da medicalização no capitalismo contemporâneo. Se, por um lado, a sobrecarga reprodutiva e a precarização das condições de vida produzem sofrimento, por outro, a expansão classificatória e a centralidade dos psicofármacos oferecem respostas individualizantes a problemas estruturalmente produzidos. Nesse contexto, o papel do Estado emerge como elemento central para compreender tanto os avanços institucionais no reconhecimento da desigualdade quanto os limites dessas respostas. As políticas públicas recentes indicam um reconhecimento crescente da centralidade do cuidado e das desigualdades que o atravessam, mas também evidenciam tensões entre iniciativas redistributivas e a manutenção da divisão sexual do trabalho.

Segundo estudo da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em parceria com o Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS), “a crise dos cuidados é um fenômeno complexo que se expressa no aumento das necessidades de cuidado e na diminuição de pessoas adultas para prestá-los de forma não remunerada”. (OIT; MDS; Brasil, 2025, p. 14). A estimativa é a de que até 2050 o Brasil terá cerca de 77 milhões de pessoas dependentes de cuidados, mais de 1/3 da população (Oxfam, 2020).

A institucionalização da agenda de cuidados no Brasil representa um marco importante nesse contexto. A Política Nacional de Cuidados reconhece explicitamente que o trabalho de cuidado é elemento central para a reprodução social e que sua distribuição desigual constitui um problema público (Brasil, 2024). Documentos oficiais, produzidos no âmbito do Grupo de Trabalho Interministerial - Cuidados, destacam que as mulheres — especialmente mulheres negras e de baixa renda — concentram a maior parte do trabalho doméstico e de cuidados não remunerado, dedicando significativamente mais horas semanais a essas atividades do que os homens. Além disso, uma parcela expressiva de mulheres fora da força de trabalho aponta responsabilidades domésticas e de cuidado como principal motivo para não buscar emprego, evidenciando a centralidade da divisão sexual do trabalho na estruturação das desigualdades econômicas (Brasil; Ministério das Mulheres; Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, 2023; 2024).

A legislação recente consolida esse reconhecimento ao estabelecer como objetivos a promoção do direito ao cuidado, a compatibilização entre trabalho remunerado e responsabilidades familiares e a redistribuição do trabalho não remunerado realizado majoritariamente por mulheres (Brasil, 2024). A criação de marcos legais e a formulação de planos nacionais indicam uma mudança relevante no plano normativo ao reconhecer que o cuidado não constitui questão privada, mas dimensão estrutural da organização social. O lançamento do Plano Nacional de Cuidados pelo Governo do Brasil, com previsão de investimentos significativos e múltiplas ações voltadas à ampliação de serviços, formação profissional e infraestrutura social do cuidado, reforça essa mudança ao situar o cuidado como política pública (Secretaria de Comunicação Social, 2025).

Entre as iniciativas previstas destacam-se a ampliação de creches e serviços de educação integral, a criação de lavanderias públicas, programas de qualificação profissional para trabalhadoras do cuidado e ações voltadas à compatibilização entre trabalho e responsabilidades familiares (Secretaria de Comunicação Social, 2025). Essas medidas apontam para um movimento de socialização parcial dos custos da reprodução social, historicamente transferidos para as famílias e, sobretudo, para as mulheres. Ao reconhecer a interdependência entre quem cuida e quem é cuidado e a necessidade de promoção de trabalho decente, a política de cuidados sinaliza uma tentativa de enfrentar a precarização

estrutural que marca esse campo.

Outra iniciativa relevante é o projeto para criação de uma política nacional de apoio e prevenção da estafa mental ou *burnout* relacionado à maternidade, em tramitação no Senado (Rosário, 2023). O projeto prevê grupos de apoio em unidades de saúde, estímulo à flexibilização das jornadas de trabalho, ampliação da educação infantil integral e incentivo à divisão de tarefas domésticas entre homens e mulheres. A própria formulação do projeto evidencia o reconhecimento institucional de que a maternidade constitui fator relevante de sofrimento psíquico.

Entretanto, a abordagem proposta revela uma ambivalência característica das políticas contemporâneas. Ao mesmo tempo em que reconhece a sobrecarga materna como problema social, tende a concentrar-se em estratégias de apoio e adaptação, sem questionar de forma estrutural a organização do trabalho e a divisão sexual que produzem essa sobrecarga. Dessa forma, o risco é que o *burnout* materno seja reconhecido sobretudo como problema de saúde a ser gerido por meio de intervenções psicossociais e institucionais, sem alteração substantiva das condições materiais que o produzem.

No campo das desigualdades econômicas, a legislação que estabelece a obrigatoriedade de igualdade salarial entre homens e mulheres representa outro avanço institucional importante (Brasil, 2023). Ao prever mecanismos de transparência remuneratória, fiscalização e incentivos à inclusão e capacitação, a política busca reduzir desigualdades persistentes no mercado de trabalho. No entanto, embora a equiparação salarial constitua medida fundamental para enfrentar disparidades econômicas, ela não altera diretamente a distribuição desigual do trabalho doméstico e de cuidados, que permanece como um dos principais fatores de desigualdade.

Essas políticas evidenciam uma característica recorrente das respostas estatais às desigualdades sexuais no capitalismo contemporâneo: a predominância de medidas compensatórias que mitigam efeitos sem transformar integralmente as estruturas que os produzem. A ampliação de serviços, a criação de programas de apoio e o reconhecimento jurídico das desigualdades constituem avanços importantes, mas convivem com a manutenção da organização social do trabalho que mantém a sobrecarga feminina. O resultado é um cenário no qual a desigualdade é só parcialmente administrada.

Essa dinâmica possui implicações diretas para a saúde mental. Ao reduzir parcialmente a sobrecarga sem alterar suas bases estruturais, as políticas públicas convivem com a persistência de condições que produzem sofrimento psíquico. Nesse contexto, a expansão do mercado psiquiátrico e o aumento do consumo de psicofármacos podem coexistir com o reconhecimento institucional do problema, configurando um arranjo no qual políticas sociais e medicalização operam de forma paralela e se retroalimentam. O

Estado reconhece a crise do cuidado e formula respostas, mas a persistência da divisão sexual do trabalho mantém as condições que alimentam tanto o sofrimento quanto sua gestão biomédica.

Essa ambivalência revela que a superação das desigualdades que produzem sofrimento psíquico feminino depende não apenas de políticas de apoio e redistribuição parcial, mas de transformações mais profundas na organização social do trabalho, na provisão pública do cuidado e nas relações entre produção e reprodução social.

Destaca-se o debate sobre renda básica universal ou políticas robustas de transferência de renda, que ampliam a autonomia econômica das mulheres e reduzem sua dependência em relação ao mercado de trabalho precarizado e às relações conjugais. Evidências internacionais indicam que transferências monetárias regulares não apenas reduzem a pobreza imediata, mas fortalecem a segurança material e ampliam as capacidades de escolha das famílias, produzindo efeitos multiplicadores nas economias locais (Hanlon; Barrientos; Hulme, 2010).

No Brasil, experiências como o programa Bolsa Família demonstram que transferências monetárias diretas têm efeitos relevantes na redução da pobreza, especialmente daquelas chefiadas por mulheres, ainda que seu impacto seja limitado pelo valor relativamente baixo dos benefícios e pela focalização restrita (Souza *et al.*, 2019).

No campo das políticas voltadas diretamente à reprodução social, propostas de ampliação de licenças parentais, criação de benefícios permanentes para cuidado infantil ou mesmo a ampliação do Bolsa Família já poderiam aliviar significativamente o trabalho feminino de cuidado.

A implementação de políticas redistributivas de maior escala esbarra, contudo, em limites estruturais do capitalismo contemporâneo e, em particular, do brasileiro, marcado por elevada concentração de renda, forte peso do sistema financeiro e restrições fiscais associadas à chamada “dívida pública”. Em 2019, segundo a Oxfam (2020, p. 2), os bilionários do mundo, que somavam apenas 2.153 indivíduos, “detinham mais riqueza do que 4,6 bilhões de pessoas”. No Brasil, o 0,1% mais rico concentrava 12,5% da renda nacional em 2023 — cerca de 160 mil pessoas com renda média mensal de R\$ 516 mil —, ampliando sua participação em relação aos 9,1% registrados em 2017 (Dutra; Monteiro; Gobetti, 2025). O crescimento dessa renda no topo foi impulsionado sobretudo por dividendos e juros sobre capital próprio, evidenciando a centralidade da renda do capital na dinâmica recente de enriquecimento e o aprofundamento da financeirização. A estrutura tributária brasileira, ao historicamente isentar dividendos, contribui para reforçar essa concentração e reduzir a capacidade redistributiva do Estado.

Paralelamente, em 2025, os gastos com juros e amortizações da dívida pública

consumiram mais da metade do orçamento federal — cerca de 53,4% (R\$ 1,313 trilhão) até junho (Auditoria Cidadã da Dívida, 2025) — indicando que parcela expressiva dos recursos públicos é direcionada à remuneração do capital financeiro. Nesse cenário, a combinação entre concentração patrimonial no topo, predominância da renda financeira e elevada destinação orçamentária ao serviço da dívida configura um ambiente bastante adverso à expansão de políticas sociais robustas, tensionando as possibilidades de financiamento da reprodução social e limitando a capacidade do Estado de enfrentar as desigualdades.

Nesse contexto, a expansão de políticas universais de renda ou de cuidado entra em tensão com a prioridade histórica conferida ao pagamento de juros e à manutenção de um modelo econômico dependente de setores altamente lucrativos, como o sistema bancário e a indústria farmacêutica. Assim, embora políticas de renda básica ou benefícios duradouros de cuidado tenham potencial para reduzir a desigualdade, ampliar a autonomia feminina e diminuir a vulnerabilidade à violência, sua implementação em larga escala exige mudanças estruturais na distribuição do excedente econômico e na orientação das prioridades do Estado.

Enquanto a reprodução social permanecer subordinada à lógica da valorização financeira, as políticas de cuidado tenderão a operar como mecanismos de mitigação parcial, e não como transformação estrutural das condições que produzem sofrimento psíquico feminino.

6. Conclusão

A análise desenvolvida ao longo deste artigo evidencia que o sofrimento psíquico feminino não pode ser compreendido como fenômeno meramente individual ou exclusivamente clínico. Ele se insere em uma engrenagem social mais ampla, marcada pela divisão sexual do trabalho, pela crise da reprodução social e pela concentração de renda no capitalismo. A sobrecarga de cuidado, a precarização do trabalho e a desigualdade econômica estruturam condições materiais que produzem exaustão, ansiedade e depressão, enquanto a expansão diagnóstica e o crescimento do consumo de psicofármacos oferecem respostas individualizadas a problemas socialmente produzidos.

A medicalização, nesse contexto, não surge como distorção isolada, mas como forma funcional de gestão do sofrimento em uma sociedade que mantém intactas as bases estruturais da desigualdade. Ao transformar conflitos sociais e sobrecargas materiais em categorias clínicas, desloca-se o foco da redistribuição e da reorganização do trabalho para a adaptação subjetiva das mulheres às exigências de um modelo econômico que depende de sua dupla jornada. Assim, políticas de saúde mental e mercado farmacêutico passam a operar paralelamente às políticas sociais, compondo um arranjo no qual o sofrimento é reconhecido, mas apenas administrado.

No plano institucional, observam-se avanços importantes, especialmente na incorporação da agenda do cuidado como política pública e no reconhecimento jurídico das desigualdades sexuais. A Política Nacional de Cuidados, a legislação de igualdade salarial e os debates sobre apoio à maternidade representam marcos relevantes. No entanto, tais medidas convivem com limites impostos pela concentração de renda, pela centralidade da renda do capital e pela elevada destinação de recursos públicos ao serviço da dívida. A predominância da financeirização restringe a capacidade do Estado de expandir políticas universais robustas.

Desse modo, a superação das desigualdades que produzem sofrimento psíquico feminino exige mais do que medidas compensatórias ou estratégias de apoio. Requer transformações na organização social do trabalho, na provisão pública do cuidado e na orientação das prioridades econômicas do Estado. Enquanto a reprodução social continuar sendo sustentada majoritariamente por trabalho feminino não remunerado ou precarizado, a medicalização tenderá a funcionar como mecanismo de estabilização das contradições. Reconhecer essa articulação é passo fundamental para deslocar o debate da esfera exclusivamente clínica para o campo das disputas políticas e econômicas por redistribuição e reorganização da vida social.

Referências bibliográficas

AGUIAR, A. A. D. Entre as ciências da vida e a medicalização da existência: uma cartografia da psiquiatria contemporânea. **Estad. Gerais Psican.: Encontro Mundial**, Rio de Janeiro, 2003. Disponível em: http://egp.dreamhosters.com/encontros/mundial_rj/download/2d_Aguiar_47130903_port.pdf.

ALEXANDRINO, E. Setembro Amarelo: Brasil têm mais de 3 mil Centros de Atenção Psicossocial, do SUS. **Gazeta do Paraná**, 10 set. 2025. Disponível em: <https://gazetadoparana.com.br/artigo/setembro-amarelo-brasil-tem-mais-de-3-mil-centros-de-atencao-psicossocial-do-sus>

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5**. 5. ed. Washington, DC: APA, 2013.

ANGELL, Marcia. *A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos: como somos enganados e o que podemos fazer a respeito*. Rio de Janeiro: Record, 2007.

ARRUZZA, C.; BHATTACHARYA, T.; FRASER, N. *Feminismo para os 99%: um manifesto*. Trad. H. R. Candiani. São Paulo: Boitempo, 2019.

AUDITORIA CIDADÃ DA DÍVIDA. Orçamento federal de 2025 até 4 de junho: 53,4% para juros e amortizações da dívida. 6 jun. 2025. Disponível em:

<https://auditoriadada.org.br/conteudo/orcamento-federal-de-2025-ate-4-de-junho-534-para-juros-e-amortizacoes-da-divida/>

BACIGALUPE, A.; MARTÍN, U. Gender inequalities in depression/anxiety and the consumption of psychotropic drugs: are we medicalising women's mental health? **Scandinavian Journal of Public Health**, v. 49, n. 3, p. 317–325, 2020. DOI: 10.1177/1403494820944736. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32755295/>

B2MAMY; KIDDLE PASS. **Burnout parental report 2024**. 2024. Disponível em: <https://burnoutparental.kiddlepass.com/report>

BENSTON, M. The political economy of women's liberation. **Monthly Review**, v. 21, n. 4, p. 13–27, 1969. Disponível em: <https://cominsitu.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/10/benston1969.pdf>

BIANCHI, E. Saberes, fármacos y diagnósticos: un panorama sobre producciones recientes en torno a la farmacologización de la sociedad. **Psicología, Conocimiento y Sociedad**, Montevideo, v. 8, n. 2, p. 147–173, 2019. Disponível em: <http://scielo.edu.uy/pdf/pcs/v8n2/1688-7026-pcs-8-02-147.pdf>

BOURDIEU, P. The essence of neoliberalism. **Le Monde Diplomatique**, Paris, dez. 1998. Disponível em: <https://mondediplo.com/1998/12/08bourdieu>

BRASIL. Lei nº 14.611, de 3 de julho de 2023. **Dispõe sobre a igualdade salarial e de critérios remuneratórios entre mulheres e homens**. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14611.htm

BRASIL. Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024. Institui a Política Nacional de Cuidados. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm

BRASIL. Ministério das Mulheres; BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Lançamento do GTI para elaboração da Política Nacional de Cuidados**. Governo Federal, 2023. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Cartilha/Cartilha.pdf

BRASIL. Ministério das Mulheres; BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. **Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI-Cuidados)**. Governo Federal, 2024. Disponível em: https://mds.gov.br/webarquivos/MDS/7_Orgaos/SNCF_Secretaria_Nacional_da_Politica_de_Cuidados_e_Familia/Arquivos/Relatorios/GTI-Cuidados.pdf

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Trabalho doméstico e de cuidados: guia básico**. Governo Federal, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-emprego/pt->

br/assuntos/inspecao-do-trabalho/guia-sobre-trabalho-domestico-e-de-cuidados-atualizado-2025.pdf

BRONNIKOVA, O.; RENAULT, M. **Kollontai: desfazer a família, refazer o amor**. Trad. L. Mei. São Paulo: Boitempo, 2025.

CAPLAN, P.; POLAND, J. The deep structure of bias in psychiatric diagnosis. In: CAPLAN, P.; COSGROVE, L. (org.). **Bias in psychiatric diagnosis**. Lanham: Jason Aronson, 2004. p. 9–23.

CAPONI, S. **Uma sala inquieta: psicofármacos e infância medicalizada**. Florianópolis: Editora UFSC, 2019.

CAPONI, S.; MARTÍNEZ-VILLA, J.; AMARAL, L. H. El sesgo de género en el discurso y en las intervenciones psiquiátricas. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, n. 1, e93055, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/y9TGM59thYz9qmHt5XCcszk/?format=html&lang=es>

CESLER, P. **Women and madness**. New York: Avon, 2018.

COVITEL. **Relatório Covitel 2023: indicadores de saúde no Brasil**. Brasília, DF, 2023.

DALLMANN, J. M. A. **Medicalização da pobreza ou pobreza condicionada: um estudo sobre o Programa Bolsa Família**. 2015. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/132972/333242.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DARDOT, P.; LAVAL, C. **A nova razão do mundo: ensaio sobre a sociedade neoliberal**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DAVIES, J. **Sedated: how modern capitalism created our mental health crisis**. London: Atlantic Books, 2022.

DUTRA, F. N.; MONTEIRO, P. K.; GOBETTI, S. W. Concentração de renda no Brasil: o que os dados do IRPF revelam? **FiscalData**, 2025. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/15zmH2AXXdhKqOm1hOU-IREwC5HNrzoqO/view>

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. Trad. N. Schneider. São Paulo: Boitempo, 2019.

FEDERICI, S. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. Trad. Coletivo Sycorax. São Paulo: Editora Elefante, 2017.

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

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico: curso no Collège de France (1973–1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FOUCAULT, M. **Segurança, território e população (1977–1978)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FRASER, N. **Fortunes of feminism: revisiting struggles and triumphs in feminist thought and activism**. London: Verso Books, 2013.

FRANCES, A. **Saving normal: an insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life**. New York: William Morrow, 2015.

GUIMARÃES, N.; HIRATA, H. **O gênero do cuidado: desigualdades, significações e identidades**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2020.

HANLON, J.; BARRIENTOS, A.; HULME, D. **Just give money to the poor: the development revolution from the Global South**. Kumarian Press, 2010. Disponível em: <https://www.riener.com/uploads/553a9642e0c0a.pdf>

HIRATA, H. Globalização, trabalho e gênero. **Revista de Políticas Públicas**, v. 9, n. 1, p. 111–128, 2005. Disponível em: <https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/rppublica/article/view/3770/1848>

HIRATA, H. Gênero, classe e raça: interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. **Tempo Social**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 61–73, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ts/a/LhNLNH6YJB5HVJ6vnGpLgHz/?lang=pt>

HIRATA, H. O trabalho de cuidado. **Sur – Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 13, n. 24, p. 53–64, 2016. Disponível em: <https://sur.conectas.org/wp-content/uploads/2017/02/5-sur-24-por-helena-hirata.pdf>

ILLICH, I. **Nêmesis médica: a expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE. Uso de antipsicóticos e de atendimentos psicossociais no SUS cresceu entre 2013 e 2023, aponta o Boletim Radar Mais SUS n. 2. 13 fev. 2025. Disponível em: <https://ieps.org.br/uso-de-antipsicoticos-e-de-atendimento-psicossocial-no-sus-cresceu-entre-2013-e-2023-aponta-o-boletim-radar-mais-sus-n-2/>

INSTITUTO DE ESTUDOS PARA POLÍTICAS DE SAÚDE; RADAR MAIS SUS; UMANE. **Boletim Radar Mais SUS n. 2**. 2025. Disponível em: <https://ieps.org.br/boletim-radar-mais-sus-02-2025/>

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 2024. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/portal/retrato/indicadores/trabalho-domestico-e-de-cuidados-nao-remunerado/apresentacao>

INSTITUTO IQVIA. **Mercado farmacêutico brasileiro: tendências em medicamentos para saúde mental (2020–2024)**. São Paulo: IQVIA Institute, 2024.

KIRSCH, I. **The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth**. New York: Basic Books, 2009.

KUEHNER, C. Why is depression more common among women than among men? **The Lancet Psychiatry**, v. 4, n. 2, p. 146–158, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27856392/>

MARX, K. **Grundrisse: manuscritos econômicos de 1857–1858**. Trad. M. Duayer; N. Schneider. São Paulo: Boitempo, 2011.

MARX, K. **O capital: crítica da economia política – Livro I**. Trad. R. Enderle. São Paulo: Boitempo, 2013.

MAZON, M. S.; AMORIM, B. M.; BRZOZOWSKI, F. S. Psicotrópico se declina no feminino: saúde mental e mundo digital em questão. **Revista Estudos Feministas**, v. 31, n. 1, e93079, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/6HnL8bhG84Wxd5Gx6bBJFXP/?format=html&lang=pt>

MONCRIEFF, J. **The myth of the chemical cure: a critique of psychiatric drug treatment**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2008.

MORDOR INTELLIGENCE. **Análise do tamanho e participação do mercado de antidepressivos: tendências de crescimento e previsões (2025–2030)**. 2025. Disponível em: <https://www.mordorintelligence.com/pt/industry-reports/antidepressants-market>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO E ASSISTÊNCIA SOCIAL, FAMÍLIA E COMBATE À FOME; BRASIL. GOVERNO FEDERAL. Políticas para a corresponsabilidade no mundo do trabalho. 2025. Disponível em: https://www.ilo.org/sites/default/files/2025-11/Pol%C3%81ticas%20para%20a%20Corresponsabilidade%20no%20Mundo%20do%20Trabalho_FINAL.pdf

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – BRASIL. **Brasil: afastamentos por problemas de saúde mental aumentam 134%**. 2025. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/292926-brasil-afastamentos-por-problemas-de-sa%C3%BAde-mental-aumentam-134>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Violência contra as mulheres. 2024. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

OXFAM. **Tempo de cuidar**: o trabalho de cuidado não remunerado e mal pago e a crise global da desigualdade. 2020. Disponível em: <https://www.oxfam.org.br/forum-economico-de-davos/tempo-de-cuidar/#:~:text=A%20desigualdade%20econ%C3%B4mica%20%20est%C3%A1%20fora,a%20crise%20global%20da%20desigualdade>

PATEMAN, C. **O contrato sexual**. Trad. M. Avancini. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2024.

PEREIRA, A. S.; OLIVEIRA, E. G. de. N. Krupskaya e A. Kollontai: diálogos acerca da autonomia da mulher trabalhadora. **Germinal: Marxismo e Educação em Debate**, v. 13, n. 1, p. 504–522, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/revistagerminal/article/download/38650/24629/171280>

ROSÁRIO, M. do. **Projeto de Lei nº 5063/2023**: institui política de apoio e prevenção da estafa mental ou burnout relacionado à maternidade. Câmara dos Deputados, 2023. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra?codteor=2347365&fileame=PL%205063/2023

SAFFIOTI, H. I. B. Trabalho feminino e capitalismo. **Perspectivas**, v. 1, n. 1, 1976. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/1488/1192>

SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. Plano Nacional de Cuidados terá R\$ 25 bilhões do Governo do Brasil. 15 dez. 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/acompanhe-a-secom/noticias/2025/12/plano-nacional-de-cuidados-tera-r-25-bilhoes-do-governo-do-brasil>

SOARES, A. C. **A microquímica do poder: uma genealogia dos psicofármacos contemporâneos**. Rio de Janeiro: SciELO Books, 2022.

SOUZA, P. H. G. F. de; OSORIO, R. G.; PAIVA, L. H.; SOARES, S. Os efeitos do Programa Bolsa Família sobre a pobreza e a desigualdade: um balanço dos primeiros quinze anos. Ipea, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/a31df396-e94c-4a2e-83e1-3e8881e21797/content>

STRATEGIC MARKET RESEARCH. **Central nervous system (CNS) therapeutics market report 2030**. 2025. Disponível em: <https://www.strategicmarketresearch.com/market-report/central-nervous-system-therapeutics-market>

Tiguman G. M. B.; Hoefler R.; Silva M. T.; Lima V. G.; Ribeiro-Vaz I.; Galvão T. F. Prevalence of antidepressant use in Brazil: a systematic review with meta-analysis. **Braz J Psychiatry**. 2024; 46(0): 1-9, Epub, August 25, 2023. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.47626/1516-4446-2023-3095>

VOGEL, L. **Marxismo e a opressão às mulheres: rumo a uma teoria unitária**. Trad. GE-TRS. São Paulo: Expressão Popular, 2022. Disponível em: <https://expressaopopular.com.br/wp-content/uploads/2022/09/marxismo-opressao-site.pdf>

WHITAKER, R. **Anatomy of an epidemic: magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America**. New York: Crown Publishers, 2010.