

O ECLIPSAR DO LUTO: A MEDICALIZAÇÃO COMO CAMUFLAGEM DOS PROCESSOS DA VIUEZ FEMININA

Camilly Peruzzo. Acadêmica do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR (sede). Endereço: Sítio Santo Antônio. E-mail: camilly.peruzzo@edu.unipar.br

Geovana Nascimento Boregio. Acadêmica do 4º ano do curso de Psicologia da Universidade Paranaense – UNIPAR (sede). Endereço: Avenida Maringá, Umuarama-PR. E-mail: geovana.boregio@edu.unipar.br

Bárbara Cossettin Costa Beber Brunini. Psicóloga, docente do curso de Psicologia da Universidade Paranaense - UNIPAR (sede). Endereço: Rua Bartira, 2745. Umuarama-PR. E-mail: barbarabrunini@prof.unipar.br

O ECLIPSAR DO LUTO: A MEDICALIZAÇÃO COMO CAMUFLAGEM DOS PROCESSOS DA VIUVEZ FEMININA

RESUMO

Os escritos a seguir foram construídos por meio de experiências no estar em Estágio Supervisionado Curricular Obrigatório Específico I, focado em políticas públicas de saúde na atenção primária em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Nesse contexto, tendo como objetivo estudar sobre mulheridades e suas vivências relativas ao processo de enlutamento, realizamos uma revisão bibliográfica com o intuito de questionar e refletir sobre práticas medicalizadoras desse momento, em que a viuvez se faz acontecimento na vida de mulheres escondendo (eclipse) sintomas e narrativas de ordem emocional. Para tanto, utilizando a cartografia como metodologia, cujo estágio favoreceu intervenções práticas, como visitas domiciliares, busca ativa, estratificação em saúde mental, acolhimento psicossocial e plantões. Ademais, a ausência de mulheres viúvas como demanda nesses serviços motivou uma revisão bibliográfica sobre os efeitos da medicalização na viuvez. Assim, objetivando realizar uma revisão bibliográfica sobre o tema, elencamos diferentes tópicos reflexivos que transitam entre as nossas vivências de estágio, os espaços de intervenção e o apagar dos sentimentos e emoções evocados no luto de corpos de mulheres medicalizados com a intenção de minimizar sofrimentos. Por fim, pontuamos o compromisso ético, estético e político deste artigo e da Psicologia, enquanto ciência e profissão, para juntas abandonar o eclipsar das narrativas de usuárias do sistema público de saúde e suscitar o compromisso do serviço com a saúde mental dessas mulheres viúvas.

Palavras-chave: Cartografia; Gênero; Medicalização da vida; Políticas Públicas de Saúde; Viuvez feminina.

ABSTRACT

THE ECLIPSE OF MOURNING: MEDICALIZATION AS CAMOUFLAGE OF THE PROCESSES OF FEMALE WIDOWHOOD

The following writings were constructed through experiences in the Supervised Mandatory Curricular Internship, focused on public health policies in primary care in a Basic Health Unit (BHU). In this context, with the aim of studying womanhood and its experiences related to the grieving process, we carried out a literature review with the intention of questioning and reflecting on medicalizing practices at this time, in which widowhood becomes an event in

the lives of women, hiding (eclipse) symptoms and narratives of an emotional nature. To this end, using cartography as a methodology, whose stage favored practical interventions, such as home visits, active search, mental health stratification, psychosocial support and shifts. Furthermore, the absence of widowed women in demand for these services motivated a literature review on the effects of medicalization on widowhood. Thus, aiming to carry out a bibliographical review on the topic, we list different reflective topics that move between our internship experiences, intervention spaces and the erasure of feelings and emotions evoked in the mourning of medicalized women's bodies with the intention of minimizing suffering. Finally, we highlight the ethical, aesthetic and political commitment of this article and of Psychology, as a science and profession, to together abandon the eclipsing of the narratives of users of the public health system and raise the service's commitment to the mental health of these widowed women.

Keywords: Cartography; Gender; Medicalization of life; Public Health Policies; Female Widowhood.

RESUMEN

Los siguientes escritos fueron contruidos a partir de experiencias vividas de estancia en una Práctica Supervisada Curricular Específica Obligatoria I, enfocada en políticas públicas de salud en la atención primaria en una Unidad Básica de Salud (UBS). Con el objetivo de estudiar a las mujeres y sus experiencias relacionadas con el proceso de duelo, realizamos una revisión bibliográfica con el objetivo de cuestionar y reflexionar sobre las prácticas medicalizantes en este momento donde la viudez se convierte en un acontecimiento en la vida de las mujeres, ocultando (eclipsando) síntomas y narrativas. de orden emocional. Utilizando la cartografía como metodología, el estudio exploró intervenciones prácticas como visitas domiciliarias, búsqueda activa, estratificación de la salud mental, apoyo psicosocial y turnos. La ausencia de mujeres viudas demandadas por estos servicios motivó una revisión de la literatura sobre los efectos de la medicalización en la viudez. Con el objetivo de realizar una revisión bibliográfica sobre el tema, enumeramos diferentes temas reflexivos que transitan entre nuestras experiencias de pasantía, los espacios de intervención y la borradura de sentimientos y emociones evocadas en el duelo de los cuerpos de mujeres medicalizadas con la intención de minimizar el sufrimiento. Resaltamos el compromiso ético, estético y político de este artículo y de la Psicología como ciencia y profesión para, juntos, abandonar el

eclipsamiento de las narrativas de los usuarios del sistema público de salud y el compromiso del servicio con la salud mental de estas mujeres viudas.

Palabras clave: Cartografía; Género; Viudez femenina; Medicalización de la vida; Políticas de Salud Pública.

1. INTRODUÇÃO

A Psicologia, entendida por nós como ciência e profissão, deverá refletir sobre suas possibilidades interventivas diante das necessidades de diálogo e denúncia dos processos de negligência contra a mulher viúva por processos de medicalização da vida. Nessa lógica, nossa escrita emerge o desejo de uma sociedade onde os direitos de todos os sujeitos sejam respeitados e a vida com seus acontecimentos sejam acompanhados além da patologização dos sentimentos e emoções.

Assim, para a pesquisa qualitativa, optamos pela revisão bibliográfica de livros, artigos e legislações que primam pela atenção do assunto apresentado como interesse deste trabalho de conclusão de curso. Nesse viés, neste artigo, nosso intuito não é responder a todas as perguntas levantadas, mas, sim, destacar a importância de uma abordagem mais atenta e cuidadosa em relação à saúde da mulher durante o período de viuvez. Para tanto, buscamos reforçar a informação acerca das diferentes formas de acolhimento disponíveis nos serviços de saúde e incentivamos a Psicologia a reconsiderar suas práticas e visões sobre o luto vivido por mulheres que estão em situação de viuvez.

Ademais, cabe ressaltar que o trabalho do psicólogo com mulheres ultrapassa o atendimento clínico tradicional, uma vez que é essencial que o profissional entenda as particularidades das necessidades femininas, levando em conta o contexto social, cultural e histórico que afeta a saúde mental dessas mulheres. Dessa forma, para que isso seja possível, o psicólogo deve criar um ambiente seguro e acolhedor onde a mulher se sinta à vontade para compartilhar suas emoções e experiências, livre de julgamentos. Por isso, as abordagens personalizadas são vitais para atender às variadas demandas das mulheres, especialmente aquelas que enfrentam o luto.

A saúde mental das mulheres em processo de luto exige cuidados especializados, uma vez que essa experiência pode acarretar sintomas como depressão, ansiedade e estresse pós-traumático. Nesse sentido, o psicólogo deve estar atento a esses sinais e realizar intervenções que incentivem a valorização da vida e o bem-estar emocional. Por essa razão, a resignificação das perdas e a fortificação das redes de apoio são essenciais para auxiliar as mulheres a descobrir novos significados e propósitos em suas vidas. Portanto, a atuação do psicólogo deve ser ética, empática e respaldada por evidências científicas, com o fito de assegurar um atendimento de qualidade e humanizado.

Por conseguinte, cabe deslindar que a inclusão e o reconhecimento das mulheres em todas as esferas da sociedade são fundamentais para um desenvolvimento justo e sustentável.

Prova disso, é que, historicamente, as mulheres têm sido protagonistas de transformação, contribuindo de maneira significativa para o avanço social, econômico e cultural, mesmo que frequentemente suas contribuições tenham sido subestimadas ou ignoradas.

Logo, reconhecer e valorizar esses esforços é essencial para a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva. Por isso, o foco no trabalho com mulheres durante o Estágio Supervisionado Específico I reflete um compromisso com a igualdade de gênero e a valorização do papel crucial que elas desempenham em diferentes áreas.

Por fim, a cartografia, enquanto metodologia que se faz nos encontros, possibilitou a nós, por meio das pistas deixadas pelas revisões bibliográficas, localizar as vozes e vidas eclipsadas pela medicalização das emoções e vivências afetivas invocadas na viuvez feminina, bem como favoreceu um olhar amplo e implicado para a necessidade de, não só enquanto profissionais, mas, também, agora na formação em Psicologia, defender que a atenção à mulher e à sua saúde mental, inclusive na viuvez, é sim uma demanda da nossa ciência.

2. SOBRE OS ESPAÇOS, INTERESSES E USUÁRIAS DE NOSSAS INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS

A presente produção é de um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), baseado nas experiências em revisões de literatura realizado por duas acadêmicas no Estágio Supervisionado Específico I, do quarto ano do Curso de Psicologia da Universidade Paranaense (UNIPAR). Nesse viés, elucida-se que os Estágios Supervisionados Específicos I e II do Curso de Psicologia têm por objetivo introduzir a(o) acadêmica(o) em práticas profissionalizantes integrativas, desenvolvendo competências, habilidades e conhecimentos definidos pelas ênfases curriculares ofertadas pelo curso e assegurar o contato do acadêmico com situações, contextos e instituições, através de práticas de intervenção psicológica individuais e/ou coletivas (Unipar, 2024, p. 3).

Assim, nessa etapa da formação, a(o) acadêmica(o) precisa escolher a ênfase que irá direcionar as vivências do estágio. Diante disso, optamos pela ênfase em processos psicossociais, os quais abordam as atividades institucionais que compreendem uma variedade de serviços destinados a atender indivíduos com questões de saúde e sofrimentos psíquicos decorrentes de suas condições e fragilidades, assim como seus familiares, em suas diversas demandas (Alves; Francisco, 2009, p. 769).

Sobre essa acepção, os autores ainda complementam que:

(...) A abordagem psicossocial contempla, portanto, articulações entre o que está na ordem da sociedade e o que faz parte do psíquico, concebendo o sujeito em suas múltiplas dimensões. Assim, ela considera a multidimensionalidade da clínica, em que estão envolvidos aspectos de interação entre o físico, o psicológico, o meio ambiente natural e o social. Em outras palavras, essa abordagem compreende que a nossa história de vida é marcada pelas relações em rede, cuja estruturas social e familiar, bem como as experiências culturais, se manifestam no dia a dia; concebe, pois, o aumento como um todo que afeta e é afetado no mundo, enfatizando a interação e a interdependência dos fenômenos biopsicossociais e buscando pesquisar a natureza dos processos dinâmicos subjacentes que compõem o homem em sua vivência (Henriquez, 1997, *apud* Alves; Francisco, 2009, p. 769).

O Projeto de Estágio Supervisionado Específico I, em que as duas acadêmicas estiveram inseridas contemplava o título: “SUS Total e de Todas. Atenção Especializada à Saúde da Mulher Adulta e Idosa” (2024) e possuía em enquanto objetivo:

Possibilitar que a/o/e estagiária/o/e, na prática profissional, visualize, potencialize e provoque ações/intervenções para auxiliar na resolutividade das demandas voltadas à saúde mental da mulher adulta e idosa, à diversidade de gênero e suas interseccionalidades em ambiente de atenção primária à saúde (Brunini, 2024, p. 2).

Essa proposta chamou nossa atenção enquanto estagiárias, pois sua experimentação no estágio envolvia o campo vivencial com mulheres. Desse modo, pertencendo a essa categoria de gênero, conforme Scott (1989), somos também usuárias da atenção integral à saúde, além de estagiárias envolvidas afetiva e teoricamente nesse contexto.

A prática de estágio aconteceu na Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Escola – UBS CSE, localizada dentro de um espaço cedido pela Universidade Paranaense, no endereço Praça Mascarenhas de Moraes, nº 4282, Zona V. Estagiamos na Atenção Básica de Saúde dentro dessa UBS, com enfoque ao atendimento de mulheres adultas e idosas, realizando, assim, acolhimento, triagem, visita domiciliar, busca ativa, demanda espontânea, pré/pós consulta, plantão psicológico, reunião/palestra, esclarecimento/orientação, entre outros.

Nesse sentido, defendemos ser importante ressaltar que, na área da saúde, não devemos focar apenas no risco biológico das usuárias, isto é:

É essencial lembrar que há algumas condições que aumentam a vulnerabilidade das pessoas, e que o acolhimento representa grande oportunidade de incluí-las, de inseri-las em planos de cuidado – pois é um momento em que o usuário está buscando ajuda e, em geral, está mais aberto

e com a intenção de criar algum diálogo com a equipe de saúde. [...] “Acolher é o início de um projeto terapêutico, mas também o início (ou continuidade) de uma relação de vínculo. É preciso manter os sentidos atentos, olhar também os sinais não verbais, para captar, o que se apresenta para além da demanda referida” (Brasil, 2012, p. 17).

Logo, considerando que o adoecer tem diferentes significados para cada usuária, a manifestação do sofrimento pode variar de pessoa para pessoa. Isso ocorre, pois cada indivíduo lida de maneira única com problemas físicos, mentais e sociais, o que destaca a importância do acolhimento dessas mulheres.

Assim, tais intervenções psicológicas no contexto de atenção integral à saúde da mulher asseguram à usuária o atendimento acolhedor e humanizado, que, segundo a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde/Ministério da Saúde:

É direito dos cidadãos atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (Brasil, 2006, p. 4).

Antes de nos aprofundarmos em nossa pesquisa, torna-se imperativo pontuar que as pistas encontradas no processo cartográfico de nossos encontros e interações com as usuárias do SUS, bem como os referenciais bibliográficos selecionados para este trabalho, levam nossa análise a considerar algumas referências históricas e sociais da Política de Saúde Pública do Brasil. Nesse sentido, acreditamos que essa política promove a transformação do cuidado, atenção, promoção da saúde, prevenção de doenças e, principalmente, a integralidade dos serviços, incluindo o direito à saúde mental.

O direito ao acesso à saúde foi concebido e instituído pela Constituição Federal do Brasil de 1988, que determina:

Art. 196: A saúde como um direito de todos e um dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988, p. 1).

Mas apesar de o SUS ser proposto como serviço e atenção pública pela Constituição de 1988, ele somente foi regulamentado em 19 de Setembro de 1990, por meio da Lei 8.080, em seu artigo 1º, que regula “em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde,

executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado” (Brasil, 1990).

A Atenção Básica (AB) é um dos pilares do SUS, sendo considerada a principal porta de entrada para os serviços oferecidos pelo sistema, e deve ser orientada pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, descentralização e participação popular, conforme definido pelo Ministério da Saúde (2012):

Se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades (Ministério da Saúde, 2012, p. 1).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é um serviço composto por uma equipe multiprofissional, responsável por um conjunto de ações de saúde, tanto individuais quanto coletivas. Essas ações incluem a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde e na autonomia das usuárias. Segundo a Secretária de Saúde do Distrito Federal (2023):

(...) desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar. Conhecidas anteriormente como Centros de Saúde, Postos de Saúde e/ou Clínicas da Família, as UBSs são a porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) e onde se inicia o cuidado com a saúde da população. Elas são verdadeiros pilares do atendimento primário, fornecendo serviços essenciais e de qualidade aos usuários (Secretária de Saúde do Distrito Federal, 2023, p. 1).

Nas UBS, é possível fazer exames e consultas de rotina, com equipes multiprofissionais e profissionais especializados em saúde da família, que trabalham para garantir a atenção integral à saúde no território. Ainda, citando a Atenção Primária, a prevenção e a promoção de doenças está diretamente relacionada aos grandes temas dos determinantes sociais, tais como:

Ter boa saúde e qualidade de vida, como define a conferência realizada sobre o tema em Ottawa (1986), está ligado a condições que envolvem moradia, saneamento básico, educação, emprego e ambiente de trabalho, alimentação, situação familiar e rede de apoio, mobilidade e segurança, enfim, uma série de fatores (Czeresnia, 1999; Buss; Pellegrini, 2007, *apud* CREPOP, 2019, p. 34).

Entre as diversas funções estipuladas para o atendimento às usuárias na Atenção Básica (AB), destacam-se aquelas relacionadas à saúde mental. Essa ação é amplamente discutida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que apresenta aos profissionais de Psicologia e à sociedade o documento “Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde”. Produzido no âmbito do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), o documento propõe o compromisso da AB com a saúde mental:

Prevenir os agravos de saúde mental, garantir a integralidade do cuidado dos usuários assistidos pelo CAPS e responsabilizar-se pelo cuidado longitudinal dos usuários que não estiverem mais dentro dos quadros mais graves de sofrimento mental. Sendo assim, o profissional da Psicologia torna-se um ator estratégico na operacionalização de uma política antimanicomial dentro da atenção básica” (CREPOP, 2019, p. 54).

Cabe ressaltar também o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criado pelo Ministério da Saúde, que considera a saúde da mulher uma prioridade do governo. “Neste documento, são apresentados os principais objetivos, metas, ações, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher [...]” (Ministério da Saúde, 2004, p. 5), sendo de suma importância para nosso embasamento teórico as estratégias do PNAISM, entre elas a saúde mental:

Melhorar a informação sobre as mulheres portadoras de transtornos mentais no SUS; Qualificar a atenção à saúde mental das mulheres; Incluir o enfoque de gênero e de raça na atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais e promover a integração com setores não-governamentais, fomentando sua participação nas definições da política de atenção às mulheres portadoras de transtornos mentais (Ministério da Saúde, 2004, p. 36).

A crescente medicalização da vida tem impactado significativamente a saúde mental das mulheres. Prova disso, é que nossas pesquisas indicam um temor quanto ao excesso de medicação, em que os medicamentos são utilizados em conjunto com outras intervenções médicas, resultando no uso exacerbado para controle de sentimentos. Isso pode eclipsar o sofrimento, ignorar a complexidade das experiências humanas e simplificar problemas emocionais e comportamentais, especialmente relacionados ao luto, que é o foco de nossa pesquisa sobre a viuvez feminina.

Sobre essa conjectura, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) expressa preocupação quanto ao uso dessas substâncias em seu documento “Caderno Não à Medicalização da Vida” (2013):

A preocupação que estamos destacando, nesse momento, é pelo fato de percebermos, diariamente, que sentimentos como: tristeza, alegria e medo, passaram a ter uma medida tal, que se ultrapassarem certa métrica, considerada como a mesma para uma população, serão transformados de sentimentos legítimos em diagnósticos patológicos e, não raras vezes, as pessoas são medicadas com anfetaminas, estimulantes, dentre outras drogas denominadas de “tarja preta” pelos sérios efeitos colaterais que causam, assim como a dependência. Por exemplo, nessa métrica, chega-se ao cúmulo de estabelecer que é possível chorar a morte de uma pessoa querida por 15 dias, mais do que isso, seria indicativo de um quadro depressivo, passível de medicação (Conselho Federal de Psicologia, 2013, p. 1).

Como é possível verificar no respectivo texto, a medicalização é criticada por promover a patologização da vida cotidiana, criando um ambiente onde qualquer dificuldade é vista exclusivamente pela ótica médica, em detrimento de se considerar abordagens sociais, culturais e pessoais.

Portanto, em concordância com o nosso conselho de classe, optamos por refletir sobre intervenções contrárias à medicalização da vida de mulheres viúvas, elencando a cartografia enquanto metodologia da ordem do encontro, dos acontecimentos e das possibilidades de recriação.

3. A CARTOGRAFIA ENQUANTO UM CONJUNTO DE LINHAS AO ENCONTRO DA INVISIBILIDADE DO SOFRIMENTO CHAMADO VIUEVZ

Foi na UBS que os desejados encontros interventivos aconteceram. Desse espaço, emergiu o tão esperado acontecimento para nós, acadêmicas cartógrafas, que interagimos com o corpo da pesquisa, o levantamento bibliográfico e a escrita, durante a vivência proposta para nossas intervenções com mulheridades na Unidade Básica de Saúde Centro de Saúde Escola. Na cartografia, encontramos as pistas para nossa caminhada nos entre-espços da UBS e as linhas desta pesquisa.

O termo “cartografia” utiliza especificidades da geografia para criar relações de diferença entre territórios e dar conta de um espaço. Assim, Cartografia é um termo que faz referência a ideia de mapa, contrapondo a topologia quantitativa, que caracteriza o terreno de forma estática e extensa, uma outra de cunho dinâmico, que procura capturar intensidades, ou seja, disponível ao registro do acompanhamento

das transformações decorridas no terreno percorrido e à implicação do sujeito percebido no mundo cartografado (Fonseca, Kirst, 2003, *apud* Filho; Teti, 2013, p. 2).

A cartografia se apresenta como valiosa ferramenta de investigação, uma vez que ela aponta para a construção de saídas e inspirações para quem se propõe a estudar a realidade, promovendo uma flexibilização metodológica. Enquanto o mapa tem contrariamente múltiplas entradas que sempre retornam para o “mesmo local”.

O mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente. Ele pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma formação social. Pode-se desenhá-lo numa parede, concebê-lo como obra de arte, construí-lo como uma ação política ou como uma meditação. Uma das características mais importantes do rizoma talvez seja a de ter sempre múltiplas entradas. (Deleuze; Guattari, 1995, *apud* Filho; Teti, 2013, p. 5).

Assim, enquanto método para nossas intervenções e pesquisas, a cartografia foi uma ferramenta valiosa para explorar e representar aspectos do comportamento humano, sendo útil para promover a autorreflexão das usuárias, facilitar a comunicação e aumentar a compreensão de processos internos e interações externas.

A cartografia enquanto método de traçado do plano de experiência docente, acompanha os acontecimentos e os efeitos da investigação, afirma que para conhecer, temos que intervir e mergulhar nas implicações de nossa pesquisa. Ela defende que a intervenção e a análise estariam no plano da experimentação, na qual sempre estaríamos implicados. Sinaliza uma direção ética, política no trabalho de pesquisa e sugere que os termos da relação de produção de conhecimento se constituam no caminho da pesquisa- intervenção (Brunini, 2022, p. 25).

Essa vertente metodológica considera que o sujeito e objeto estão juntos nas mesmas vivências, justificando que os fazeres da formação acadêmica acontecem nos encontros. Ou seja, somos corpos em desenvolvimento, corpos que exploram diversos territórios, os quais são atravessados e afetados pela cartografia, por isso, tornam-se flexíveis, sem limites, transversais, não possuem início, meio e fim, compondo um verdadeiro conjunto rizomático.

Eis, então, o sentido da cartografia: acompanhamento de percursos, implicação em processos de produção, conexão de redes ou rizomas. É assim que Deleuze e Guattari designam sua Introdução: Rizoma. A cartografia surge como um princípio do rizoma que atesta, no pensamento, sua força performática, sua pragmática: princípio “inteiramente voltado para uma experimentação ancorada no real” (Deleuze; Guattari 1995, p. 21).

Como escreve Brunini (2022, p. 39), “a pesquisa cartográfica se caracteriza por falas, vozes e escutas. Os relatos aguçam os ouvidos, cada respirar, as pausas entre as falas, as risadas, a mudança de entonação, o silêncio, o dito e o não dito, estão envolvidos no processo de admiração das narrativas”. À luz dessa premissa, a pesquisadora aguça nossos sentidos e nos convida a vivenciar com riqueza as experiências expostas nos acontecimentos, possibilitando a relação no entre, assim, as entre(linhas) das nossas escritas, foram transformadas em fichamentos teóricos e diários de campo, acreditando, dessa forma, que “O diário de campo é a expressão da política de narratividade, cujo registro emprega vivências reais nos locais de estágio, vivências em território de subjetividades outras” (Passos, Kastrup, Escóssia, 2009, s/p).

Concordando que os diários vão ao encontro com os afetos da prática de estágio, as produções eram da ordem do acontecimento, sendo elas semanais. Isso nos orientou para outras vivências narradas por essas mulheridades. Nas orientações de estágio, eram trazidos e comentados os fichamentos de artigos, as referências teóricas e o material do Conselho Regional e Federal de Psicologia, que serviam de embasamento para essa escrita vivencial.

Quanto mais um corpo pode ser afetado, mais são aumentados os seus graus de afecções, sua potência de agir, ou seja, o poder de afetar de um corpo é diretamente relacionado ao quanto pode ser afetado por outro corpo, diz sobre uma relação de retroalimentação entre ambos, de codependência mútua [...]. Além dos diários, enquanto ferramentas utilizadas pelas cartógrafas, as narrativas se tornam outro instrumento fundamental para discorrer as pistas cartográficas...que surgem no campo dos acontecimentos, método que exige atenção flutuante ao trabalhar com fragmentos que aguçam diferentes modalidades sensoriais e envolvem habilidades para lidar com metas em variação (Brunini, 2022, p. 124).

Havia muita angústia nas nossas primeiras idas a UBS/CSE, pois o novo sempre nos traz medo e receio. A impressão que nos passava era de que esse espaço não era nosso, não pertencíamos a ele. Por isso, demoramos algum tempo para nos encontrarmos, pois falsas eram as nossas certezas de que ao chegar no local das intervenções essas demandas estariam nos esperando, prontas, submissas às nossas necessidades acadêmicas. Não, a cartografia nos mostrou, a duras custas, que a demanda já estava ali. Então, nós é quem estaríamos adentrando aos contextos. Ou seja, nós, que somos de fora, estaríamos no entre, onde realmente o acontecimento emerge.

Assim, cada encontro e cada narrativa se fizeram acontecimentos singulares, pois cada mulher apresentava uma experiência diferente, com suas vivências, suas possíveis demandas, e nós estávamos acolhendo essas usuárias na intervenções de plantão, visita domiciliar e inclusive psicoterapia. Essas mulheres eram protagonistas de suas vidas, utilizando seu

enorme potencial transformador para reinventar seus diferentes modos de estar no mundo. Elas nos convidavam a nos reinventar como mulheres, tanto dentro quanto fora do espaço acadêmico, inclusive na busca pela revisão bibliográfica para a construção dessas escritas.

Sob o véu dessas experiências, nosso desejo como estagiárias é continuar narrando as vivências desse espaço, impulsionadas pela necessidade de entender e destacar como o gênero feminino é atravessado e moldado pelos contextos e práticas dentro da UBS. Afinal, a presença feminina é significativa, tanto entre as profissionais de saúde quanto entre as pacientes, criando um espaço único para observar e analisar os atravessamentos de gênero que ocorrem na rotina dos serviços de saúde.

Desse modo, o Estágio Supervisionado proporcionou uma imersão intensa, em que teoria e prática se entrelaçam, criando um espaço rico para reflexões sobre temas de gênero. Nesse processo, ao compartilharem suas histórias, essas mulheres permitem que as estagiárias não apenas documentem suas aprendizagens, mas também contribuam para transformar as práticas de saúde, tornando-as mais sensíveis às necessidades das mulheres e aos impactos dos atravessamentos de gênero na experiência do cuidado.

Outrossim, visto que cartografar é adentrar um movimento contínuo carregado de subjetividades e cultura, foi por meio das oportunidades oferecidas pelo Estágio Supervisionado Específico I que nós, estagiárias, fomos inseridas nas vivências das mulheres usuárias das redes de atenção. Nessa esfera, foi possível perceber as demandas voltadas à saúde mental e ao bem-estar da mulher, favorecendo diálogos que promovem reflexões sobre vulnerabilidade, violação de direitos, questões de corpos e gêneros, e saúde da mulher. Com isso, tivemos o prazer de colecionar experiências enriquecedoras.

Enquanto cartógrafas no espaço interventivo da UBS, ouvimos e narramos muitas histórias. A intensidade dos olhares, os corpos cansados pelas longas esperas e o fluxo constante de pessoas diversas nos lembravam constantemente dos corpos femininos naquele território. Não era curiosidade ou urgência de demanda, mas, sim, o desejo de estar “entre” e “com” elas. Assim, constatamos a importância de estudar mais sobre os atravessamentos de gênero e sobre como o processo de enlutamento pode ser eclipsado pela medicalização da vida.

Portanto, nossas leituras para escrita deste trabalho buscaram referências técnicas e revisões bibliográficas, as quais auxiliaram outros prismas que anunciavam a urgência da atenção da psicologia ética, estética e comprometida com as usuárias desse espaço de saúde pública.

4. A HISTÓRIA “CONTADA”¹ SOBRE AS MULHERES: ATRAVESSAMENTOS DO GÊNERO E OS PROCESSOS DE LUTO

É válido falarmos sobre o gênero feminino, uma vez que a nossa prática de estágio aconteceu com e sobre as experiências de mulheres da Unidade Básica de Saúde. Dessa maneira, mesmo que este trabalho não esteja obrigatoriamente vinculado ao atendimento por nós realizado junto às usuárias enlutadas, mas, sim, sobre nosso interesse de pesquisar sobre a medicalização dos possíveis sofrimentos da mulher enlutada, as leituras sobre o assunto aguçaram a necessidade de estudar mais sobre os atravessamentos do gênero em instituições de atenção à saúde, evidenciando, nesse caminho, a necessidade de uma análise mais aprofundada.

O conceito gênero, no sentido político que se conhece na atualidade, surgiu com força na segunda metade dos anos 1980, tendo sido construído coletivamente e de modo desafiador, pela colaboração de algumas teóricas do feminismo, que percebiam a vulnerabilidade dos termos mulher ou mulheres, ao trazerem em seu bojo uma força de legitimação apoiada no corpo biológico desses sujeitos (Colling; Tedeschi, 2019, p. 330).

Conforme apresentado no “Dicionário Crítico de Gênero”, o gênero é uma construção social que vai além das diferenças biológicas entre homens e mulheres, englobando as construções sociais, culturais e políticas que definem o papel das mulheres na sociedade. Segundo Chimamanda Ngozi Adichie (2014), “o problema da questão do gênero é que ele prescreve como devemos ser em vez de reconhecer como somos”. Por esse motivo, são escritas em nossos corpos verdades absolutas herdadas do biologismo científico, da história patriarcal e do antropocentrismo masculino.

Os processos de subjetivação do corpo feminino estão igualmente interligados aos discursos sobre papéis e funções do gênero nas relações familiares, nas representações sociais e nos conceitos histórico/culturais que localizam esse corpo em diferentes contextos, inclusive naqueles de atenção à saúde. Desse modo, rever os discursos e construções culturais que permeiam a ampla tipologia de violação aos direitos da mulher é perceber que a Psicologia pode se apresentar como possibilidade interventiva de atenção, defesa e denúncia de situações as quais, inclusive, destacamos a medicalização da vida quando nos são demandados atendimentos voltados ao processo de viuvez feminina.

¹ Colocamos entre aspas história “contada”, porque geralmente quando o gênero é atravessado pelo patriarcado e colonialismo, esse produz histórias contadas por homens sobre nós mulheres, silenciando nossos relatos e experimentações.

Por isso, é substancial dar enfoque aos dispositivos que mantêm a mulher dentro desses discursos, quais os papéis que a mulher exerce em sociedade que permitem que ela viva em um local que não a acolhe, que ignora os sentimentos emanados pela perda do ente querido e por narrativas de solidão. Palma, Richwin e Zanello, em 2020, no estudo “Dispositivos de subjetivação e sofrimento das mulheres” descrevem sobre o dispositivo amoroso nesse processo vivencial da mulher assumir comportamentos descritos como relativos ao gênero feminino, entre eles, a leitura social da viuvez eterna, como também do dispositivo materno:

De modo intimamente entrelaçado ao dispositivo amoroso, esse dispositivo é marcado pelo processo de interpelação às mulheres a existirem no heterocentrismo, ou seja, existe uma pedagogia afetiva que as ensina a sempre privilegiar as demandas dos outros em detrimento das próprias, estando constantemente disponíveis ao cuidado. A performance aqui interpelada é a da empatia, da responsabilidade e da disponibilidade para o outro (Palma; Richwin; Zanello, 2023, p. 5).

Historicamente, a estrutura patriarcal “inventou” o papel social da mulher, restringindo suas oportunidades e controlando seus comportamentos e anseios. Prova disso, é que as mulheres eram comumente consideradas inferiores aos homens, ocupando papéis predominantemente de mães e esposas. "O Segundo Sexo", obra de Simone de Beauvoir (1949), denuncia a opressão das mulheres e como o patriarcado molda suas identidades e papéis sociais. Essa perspectiva capacitista reforçava a noção de que as mulheres deviam se adaptar a certos padrões de comportamento e de aparência, perpetuando a supremacia masculina.

Os movimentos feministas são movimentos sociais, políticos e econômicos que têm como objetivo lutar pelos direitos das mulheres e promover a igualdade de gênero. Esses movimentos têm uma longa história de luta contra diversas formas de opressão e discriminação, buscando criar uma sociedade mais justa e equitativa.

A primeira onda do feminismo ocorreu entre o final do século XIX e o início do século XX. Durante esse período, as principais causas defendidas eram os direitos políticos e a liberdade de escolha das mulheres. Assim, o movimento sufragista, que lutava pelo direito ao voto feminino, foi uma das principais bandeiras dessa época.

Já a segunda onda do feminismo aconteceu entre as décadas de 1960 e 1990. Nesse período, a luta pela igualdade social e de direitos se intensificou, as mulheres passaram a questionar todas as formas de submissão e desigualdade, incluindo questões sobre liberdade

sexual, maternidade e direitos reprodutivos. Simone de Beauvoir (1960), uma das figuras mais influentes dessa fase, afirmou: “Que nada nos defina, que nada nos sujeite. Que a liberdade seja nossa própria substância, já que viver é ser livre”.

A terceira onda, por sua vez, surge na década de 1990 e continua até os dias atuais. Ela é caracterizada pela diversidade e pela inclusão de diferentes perspectivas dentro do movimento feminista. Ou seja, as feministas da terceira onda abordam questões como interseccionalidade, denunciando as diferentes formas de opressão (como racismo, classismo e homofobia) e o modo como se interseccionam e afetam as mulheres de maneiras variadas.

No Brasil, o feminismo apresenta uma trajetória rica e multifacetada. Desde a era colonial, as mulheres têm se empenhado na busca por direitos fundamentais, como o acesso à educação e ao engajamento político. No período imperial, destacaram-se personalidades como Nísia Floresta, que defendeu a educação para as mulheres, e no início do século XX, a batalha pelo voto feminino se intensificou, resultando na conquista do sufrágio em 1932. Desde então, o movimento feminista brasileiro tem persistido na busca por igualdade de direitos e oportunidades para todas as mulheres.

Os movimentos feministas têm alcançado importantes conquistas ao longo dos anos, como o direito ao voto, melhores condições de trabalho, acesso à educação e direitos reprodutivos. No entanto, ainda há muitos desafios a serem enfrentados, como a desigualdade salarial, a violência de gênero e a baixa representação política das mulheres, destacando a afirmativa de Audre Lorde (1984, s/p.), “ Eu não sou livre enquanto alguma mulher não for, mesmo quando as correntes dela forem muito diferentes das minhas”.

Portanto, as ondas do feminismo têm se esforçado para desafiar e transformar essas normas patriarcais, promovendo a independência e a autonomia das mulheres. Contudo, o processo de luta ainda pode ser afetado por essas normas históricas e comportamentos sociais resultantes das ainda presentes manifestações do patriarcado e do machismo.

A influência de toda a história das mulheres contada, recontada e recriada em resposta às urgências e mudanças sociais, replicam a restrição de oportunidades e direitos quando analisadas as questões de gênero. Nesse contexto, a situação da mulher no momento de solidão resultante da viuvez é ainda mais pontual. Isso ocorre, pois, quando submetidas à perda do parceiro, o impacto da viuvez na vida cotidiana e nos aspectos emocionais é inegável.

A obra "O Luto e a Morte: Estudos sobre a Perda", escrito por Colin Murray Parkes (2000), explora os aspectos emocionais e psicológicos do luto, incluindo como diferentes contextos sociais e culturais influenciam essa experiência. A autora defende que para aquela

que foi socializada a ser dependente emocional e financeiramente de seu parceiro, a perda pode ser ainda mais devastadora.

Ademais, as mulheres que perderam seus parceiros frequentemente enfrentam desafios extras, como a pressão para manter a família unida e a expectativa de continuar exercendo seus papéis tradicionais, mesmo em meio à dor e à perda. Nesse viés, a relação entre as diferentes ondas do feminismo e o processo de luto demonstra como as normas sociais e patriarcais continuam a afetar a vida das mulheres.

A esse respeito, cabe evidenciar que apesar das significativas conquistas do feminismo na busca pela igualdade e autonomia, ainda existe muito a ser realizado para apoiar as mulheres em todas as fases de suas vidas, incluindo o período de luto. Para tanto, a compreensão dessas dinâmicas é fundamental para oferecer o suporte necessário e promover uma sociedade mais justa e equitativa.

Ainda nessa mesma via, culturalmente, as mulheres têm sido vistas como as principais cuidadoras e mantenedoras das tradições familiares, o que pode intensificar a experiência do luto. A filósofa Simone de Beauvoir, em sua obra “O Segundo Sexo” (1949), discute como a sociedade molda as experiências das mulheres incluindo o luto. Ela afirma que a representação do mundo é obra dos homens, eles o descrevem a partir de seu próprio ponto de vista e ainda confundem com a verdade absoluta. Assim, essa citação destaca como as experiências femininas, incluindo o luto, são frequentemente interpretadas através da lente masculina, o que pode obscurecer a verdadeira profundidade e diversidade dessas experiências.

Em outras palavras, o enlutamento feminino pode ser visto como uma jornada de autoconhecimento e resiliência. Sob esse viés, Beauvoir (1949) também afirma que em todas as lágrimas há esperança. Essa frase encapsula a ideia de que, mesmo no meio da dor e da perda, há um potencial para a renovação e a esperança. Portanto, o luto, embora doloroso, pode ser um processo de transformação e crescimento pessoal.

Por fim, denota-se também que a literatura sobre o luto feminino sugere que as mulheres tendem a buscar apoio social de maneira mais ativa que os homens. Isso, por sua vez, pode influenciar positivamente o processo de recuperação e confirmar a importância da Psicologia como ação interventiva de acolhimento e escuta, valorizando a vida e suas experimentações, inclusive, não ignorando as experiências dolorosas como é o processo de viuvez.

5. A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA E DO LUTO

O luto é uma resposta emocional natural à perda de alguém ou algo significativo. É um processo universal que envolve uma série de reações emocionais, físicas e comportamentais, não se limita apenas à morte de uma pessoa querida, mas também pode ocorrer devido a outras perdas significativas, como a perda de um emprego, o fim de um relacionamento ou uma mudança drástica na vida.

Em sua mais recente edição, o CID 11 (2022) traz o luto com potencial de patologia, pois, quando prolongado, é reconhecido como um transtorno mental na Classificação Internacional de Doenças (CID-11), segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). O código para o luto prolongado é CID-11-6B42, sendo essa condição caracterizada por uma dor persistente e incapacitante, que impede a pessoa de retomar sua vida normal por um período prolongado.

Nossa reflexão é a seguinte: patologizar o luto também não seria uma forma de limitar o acesso ao sentimento, às fragilidades, às indagações sobre o estar só, às releituras da vida na presença do companheiro ou ente querido, ao acesso às histórias vividas? Referenciar o luto enquanto patologia não poderia instigar a medicalização com a intenção de camuflagem ou “eclipsar” (como sugerimos no título deste artigo) do acontecimento?

A medicalização da vida se refere ao fenômeno em que a vida cotidiana é apropriada pela medicina e por processos de administração medicamentosa, sendo esse um assunto frequentemente discutido sobre a forma sobre o como a medicina e a indústria farmacêutica podem influenciar o que entendemos sobre o binômio saúde-doença, problematizando assim sua eficiência e questionando outros meios de atenção ao sofrimento dos sujeitos.

Diante disso, a medicalização da vida pode influenciar a forma como o sofrimento das mulheres viúvas é reconhecido e tratado. Quando o sofrimento é medicalizado, há um risco de que a experiência da viuvez seja interpretada principalmente através da lente médica, ignorando ou minimizando a complexidade das emoções e dos desafios enfrentados por essas mulheres. Vale ressaltar que, cada pessoa vivencia a viuvez de forma única, sendo fundamental oferecer um suporte sensível e atento às necessidades individuais de cada mulher.

Ademais, a medicalização pode levar à rotulação de experiências normais, como tristeza ou estresse, transtornos mentais, depressão ou ansiedade. Isso pode resultar em diagnósticos excessivos e na tendência de tratar sintomas em detrimento de compreender a experiência subjetiva de cada usuária. Ou seja, ao invés de explorar abordagens psicossociais ou contextuais para o sofrimento, pode haver uma ênfase excessiva em tratamentos

farmacológicos ou terapias baseadas em modelos médicos. Por isso, defendemos que todo o profissional da rede de atenção à saúde deve realizar avaliações abrangentes que considerem tanto os aspectos médicos quanto psicossociais do sofrimento.

Na perspectiva da Psicologia, a medicalização do sofrimento se refere ao processo pelo qual experiências emocionais e psicológicas que poderiam ser vistas como parte normal da vida são tratadas e interpretadas como condições patológicas ou doenças. Em outras palavras, é a tendência de classificar o sofrimento emocional, psicológico ou comportamental como distúrbios que necessitam de intervenção médica ou psicológica especializada.

Portanto, a medicalização do sofrimento é um tema complexo que exige uma abordagem equilibrada e sensível às nuances das experiências humanas. Dessa forma, ao reconhecer e abordar esses desafios, a Psicologia pode oferecer um conjunto de intervenções que respeitem e promovam uma compreensão mais holística do sofrimento.

6. IN-CONCLUSÕES

Neste artigo, não foi nossa intenção responder a todas as perguntas feitas, uma vez que não é da prática de cartógrafas tais certezas e finalizações. Todavia, pretendemos, sim, provocar o alerta para as ações de cuidado e atenção à saúde da mulher diante do período de viuvez, bem como fortalecer a informação sobre a existência de tantas outras formas de acolher essa usuária nos ambientes de cuidado à saúde, além de instigar a própria Psicologia a repensar em suas intervenções e olhares sobre o período de enlutamento.

Nesse sentido, ressalta-se que o trabalho do psicólogo com mulheres demanda uma série de compromissos que ultrapassam o simples atendimento clínico, sendo fundamental, portanto, que o profissional esteja apto a lidar com as particularidades das necessidades femininas, considerando o ambiente social, cultural e histórico que pode influenciar a saúde mental delas.

Assim, entre as responsabilidades do psicólogo, destaca-se a importância de proporcionar um ambiente seguro e acolhedor, no qual a mulher consiga compartilhar suas emoções e experiências sem julgamentos. Outrossim, é essencial implementar abordagens personalizadas para suprir as variadas demandas das mulheres, inclusive aquelas em situação de luto por viuvez.

Nesse caminho, cabe evidenciar que quando se trata de mulheres que estão passando pelo luto, espera-se que o psicólogo empregue estratégias que levem em conta as especificidades desse período de perda vivenciado por elas. A saúde mental da mulher que

está de luto é uma área que necessita de cuidados específicos, pois poderá provocar diversos sintomas psicológicos, como depressão, ansiedade, estresse pós-traumático, bem como o próprio resignificar da vida com a ausência da pessoa parceira.

Por isso, os profissionais da Psicologia devem ficar atentos a esses indicativos e implementar intervenções que estimulem a valorização da vida e o bem-estar emocional, sendo a primeira entendida como um elemento essencial na prática do psicólogo junto às mulheres enlutadas. Isto é, ao auxiliar na resignificação das perdas e no fortalecimento das redes de apoio, o profissional ajuda essas mulheres a descobrirem novos significados e propósitos em suas vidas, atuando de modo ético, empático e proporcionando um atendimento de qualidade, comprometido com a usuária de forma integral e humanizada à saúde mental.

Além disso, torna-se imperativo pontuar que a inclusão e o reconhecimento das mulheres em todos os setores da sociedade são essenciais para um desenvolvimento sustentável e justo. Desse modo, o contexto de um Estágio Supervisionado Específico I, direcionar o foco para as mulheres como principal sujeito de nossa intervenção demonstra um compromisso com a igualdade de gênero e a valorização do papel vital que desempenham em diversas áreas.

Dentro desse contexto, nossa análise visou ressaltar a relevância de uma abordagem crítica e humanizada na prática psicológica e a revisão da literatura nos auxiliou a estudar como a medicalização tem influenciado a percepção e o tratamento das vivências das mulheres viúvas. Situação essa que, frequentemente, como debatido ao longo do texto, reduz os sentimentos das mulheres a diagnósticos clínicos, em detrimento de entendê-los como reações legítimas às suas condições de vida.

Por fim, propomos uma reflexão sobre o papel da Psicologia na criação de um ambiente que priorize a escuta ativa e o apoio emocional. Essa abordagem visa não apenas identificar estratégias interventivas eficazes, mas, também, promover uma mudança de paradigma que valorize a experiência subjetiva das mulheres, a fim de evitar a redução de suas vivências a meros diagnósticos patológicos.

Sendo assim, acreditamos que, ao combinar uma visão crítica da medicalização com uma abordagem empática e respeitosa, podemos desenvolver práticas mais justas e inclusivas no atendimento à mulher na viuvez. Dessa forma, é essencial destacar a necessidade de intervenções psicológicas que reconheçam e respeitem a complexidade das experiências humanas, a fim de promover um cuidado que compreenda e apoie a dignidade e os direitos de todas as pessoas que utilizam o sistema público para atenção integral à saúde mental.

REFERÊNCIAS

ADICHIE, C. N. **Sejamos Todos Feministas**. Companhia das Letras, 2014.

ALVES, E. S.; FRANCISCO, A. L. Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, 29 (4), p.768-779, 2009.

BEAUVOIR, S. de. **O Segundo Sexo**. 1949

BEAUVOIR, S. de. **A Força da Idade**. 1960.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Não à Medicalização da Vida**. Caderno, 2011-2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, **Plano de Atenção Integral de Saúde da Mulher**, Editora: MS, Brasília, DF, 2004.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRUNINI, B. C. C. B. **SUS Total e de Todas: Atenção Especializada à Saúde da Mulher Adulta e Idosa**. 2024. Disponível em: <https://drive.google.com/drive/folders/1-guz13SkLzEf7SN47cWPIZe4ycvcnZo7>. Acesso em: 05 jun. 2024.

BRUNINI, B. C. C. B. **Ad/mira/ação: mulheres docentes feministas e suas práticas descolonizadas na formação em psicologia**. 2022. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas na Atenção Básica à Saúde**, 1ºed. Brasília, 2019.

COLLING, A. M.; TEDESCHI, L. A. (Orgs.). **Dicionário Crítico de Gênero**. 2. ed. Dourados, MS: Universidade Federal da Grande Dourados, 2019.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Tradução de Lúcia M. Nunes. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 1995.

FILHO, K. P.; TETI, M. M. A Cartografia como Método para as Ciências Humanas e Sociais. **Barboi**, n.38. Santa Cruz do Sul, Jun. 2013.

LORDE, A. **A Mestria da Palavra: Ensaios e Discursos**. São Paulo: Editora XYZ, 1984.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças: CID-11**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2022.

PALMA, L.; RICHWIN, I. F.; ZANELLO, V. **Dispositivos de subjetivação e sofrimento das mulheres: para uma escuta generalizada das emoções no campo da psicoterapia**. Caderno Espaço Feminino, Uberlândia, MG, v. 33, n. 2, p. 107-130, jul./dez. 2020. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/nequem/article/view/56065/30826>. Acesso em: 10 set. 2024.

PARKES, C. M.. **O Luto e a Morte: Estudos sobre a Perda**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PASSOS, K.; KASTRUP, V. L.; ESCÓSSIA, J. **Diário de Campo e a Narratividade: Reflexões sobre o Processo de Pesquisa**. Revista Brasileira de Educação, v. 14, n. 41, p. 295-312, 2009.

SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. **Unidade Básica de Saúde: um pilar essencial da Atenção Primária**. 2023. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/web/guest/w/unidade-básica-de-saúde-um-pilar-essencial-da-atenção-primária>. Acesso em: 10 set. 2024.

SCOTT, J. **Gênero: Uma Categoria Útil para Análise Histórica**. Columbia University Press, New York, p. 1-35.1989.

STANTON, E. C. **Declaração de Sentimentos**. Convenção de Seneca Falls, 1848.

UNIPAR. **Estágios Supervisionados Específicos I e II**. Umuarama, 2024.