**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

A depressão feminina no discurso de mulheres

Cristina Shizue Yuasa

**Dissertação apresentada ao Programa
de Pós-Graduação de Saúde Pública
para obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientadora: Prof^a Dr^a Augusta
Thereza de Alvarenga**

SÃO PAULO

2012

A depressão feminina no discurso de mulheres

Cristina Shizue Yuasa

**Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação de Saúde Pública para
obtenção do título de Mestre em Saúde
Pública**

**Área de concentração: Saúde, Ciclos de
Vida e Sociedade**

**Orientadora: Profª Drª Augusta Thereza
de Alvarenga**

SÃO PAULO

2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Agradecimentos

A Deus, que me permitiu chegar até aqui.

À querida Prof^a Dra. Augusta, cuja ternura transforma o meio acadêmico num meio aconchegante de se adquirir e produzir conhecimento.

À Prof^a Denise Martin, pelo olhar atento às possibilidades de crescimento.

À Prof^a Mary Jane Spink, pela sua generosa contribuição para esta pesquisa.

A meus pais, Key e Teresa, com quem tive a oportunidade de aprender a me interessar e conhecer mais sobre o ser humano e suas necessidades.

Aos meus irmãos e cunhados, Lucas e Megumi, Gaby e Marcos, André e Sheila, que me apoiaram de todas as formas nesta jornada.

À Regina, Tiago e Ariadne, pelo incentivo, apoio e compreensão, e à equipe do Centro de Referência Especializado de Assistência Social – CREAS Boqueirão pela amizade.

Para meus queridos amigos do Grupo Portão, pelo amor e preocupação constantes.

Às amigas Dani, Dora, Meiri, Mari, Ester. Obrigada pelos momentos que podemos ter juntas!

Às mulheres que comigo compartilharam uma parte de suas almas.

YUASA, CS **A depressão feminina no discurso de mulheres** [Tese de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2012.

Resumo

A depressão em mulheres tornou-se um grave problema de saúde pública e importante causa de incapacitação tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. De acordo com a literatura psiquiátrica, a mulher apresentaria maior vulnerabilidade à depressão devido à influência do ciclo reprodutivo feminino e às diferentes fases e oscilações hormonais pelas quais as mulheres passariam durante suas vidas, entre outros fatores que aumentam sua vulnerabilidade. Configura-se como de fundamental importância, portanto, a contribuição das ciências sociais para a compreensão e discussão da questão da depressão feminina, bem como da própria definição do fenômeno. O presente trabalho tem como objetivos: caracterizar o perfil sociodemográfico e trajetórias de vida das mulheres com diagnóstico de depressão, sujeitos da pesquisa; identificar motivos que levaram as mulheres a buscar assistência em saúde por ocasião do diagnóstico de depressão; desvelar sentidos atribuídos pelas mulheres à experiência do diagnóstico de depressão; caracterizar processos de elaboração da vivência com a depressão pelas próprias mulheres; analisar as narrativas das mulheres, a partir da leitura biomédica e de gênero, na perspectiva das ciências sociais. A pesquisa, de natureza qualitativa, utilizou a técnica dos depoimentos pessoais para a coleta de dados a partir de roteiro temático. As narrativas foram interpretadas com base na análise do discurso à luz das ciências sociais. Os discursos das mulheres revelaram a multidimensionalidade e a interligação dos sintomas da depressão, bem como a diversidade de motivos atribuídos à doença, tais como histórias de conflitos familiares, violência doméstica, sobrecarga de responsabilidades, luto de familiares e interferência espiritual. A medicação juntamente com a prática religiosa foram as principais estratégias utilizadas pelas mulheres para enfrentar a doença. Entretanto, a influência de conceitos e valores de gênero na saúde mental, bem como o silêncio a respeito da violência e o isolamento social demonstraram a importância de novas formas de abordagem e intervenção por parte dos serviços de saúde no que se refere ao fenômeno da depressão.

Descritores: saúde mental da mulher, depressão feminina, gênero, violência de gênero.

YUASA, CS **Depression in Women through women's discourse.**
[Dissertation] São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

Depression in women has become a serious public health problem and major cause of disability in both developed and developing countries. According to psychiatric literature, women present higher vulnerability to depression due to the influence of the female reproductive cycle and different phases and hormonal fluctuations they would face during their lifetime, among other factors. The contribution of social sciences is, therefore, of paramount importance for understanding and discussing the issue of female depression, as well as the very definition of the phenomenon. This study aims at characterizing the sociodemographic profile and life trajectories of women diagnosed with depression, subjects of the present research; identifying reasons why women seek health care at the time of the diagnosis of depression; uncovering the meanings attributed by such women to the experience of such diagnosis; characterizing processes of elaboration of the experience of living with depression by women themselves and analyzing the narratives of women as from biomedical and gender readings from the perspective of social sciences. The research is qualitative, having used the technique of personal accounts to collect data from the viewpoint of a thematic guide. The narratives were interpreted through discourse analysis from the viewpoint of the social sciences. The women's discourse revealed the multidimensionality and interconnection of the symptoms of depression as well as the diversity of motives attributed to the disease, such as histories of family conflicts, domestic violence, excessive responsibility, grieving relatives and spiritual interference. Medication along with religious practice were the main strategies used by women to cope with the illness. However, the influence of concepts and gender values in mental health, as well as silence about violence and social isolation have demonstrated the importance of health services using new approaches and practices regarding the phenomenon of depression.

Keywords: Women's mental health, depression, gender, gender violence.

ÍNDICE

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA	17
1. INTRODUÇÃO	20
1.1. Mulheres, depressão e saúde pública	20
1.1.1. O alto custo da depressão	20
1.1.2. Saúde mental e as diferenças de gênero	23
1.1.3. Fatores de risco	25
1.1.4. Tratamento	27
1.2. A depressão feminina sob a ótica das Ciências Sociais	29
1.2.1. A relevância dos estudos de gênero para a compreensão da depressão	29
1.2.2. Emoção e socialização de gênero	34
1.2.3. Mulher como representante do céu e também do inferno	41
1.3. Cultura, depressão e questões para o diagnóstico	47
1.3.1. Problemas epistemológicos envolvendo o diagnóstico	47
1.3.2. A difícil definição do diagnóstico da depressão nos serviços de saúde	54
2. OBJETIVOS	57
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	58
3.1. Natureza da Pesquisa	58
3.2. Sujeitos da Pesquisa	59
3.3. Locus da Pesquisa	60
3.4. Levantamento dos Dados	61
3.5. Coleta de Dados	63

3.6.	Tratamento e análise de dados	64
3.7.	Aspectos Éticos	65
4.	SOBRE AS MULHERES E SEUS DISCURSOS	66
4.1.	Sobre as Mulheres Sujeitos da Pesquisa e Suas Trajetórias de Vida	66
	BENI: A “andarilha”	66
	MARÍLIA: A “condenada”	67
	GUIDA: A “apaixonada”	69
	VÂNIA: Uma mulher “em busca da reparação”	70
	ANA LAURA: Uma mulher “em busca do que restou”	71
	CLEUSA: A “realista”	72
	NEIDE: A “batalhadora”	72
	SIRLENE: A “autêntica”	73
4.2.	Categorias de Análise	76
4.2.1.	Como é estar com depressão	76
(1)	Sobre os aspectos somáticos da depressão	76
a)	Alteração do sono	76
b)	Alteração do apetite, fraqueza e memória	78
(2)	Aspectos psicológicos e emocionais	81
a)	Tristeza e choro	82
b)	Nervosismo, ansiedade e irritabilidade	84
c)	Angústia e desespero	85
d)	Falta de sentido da vida e alienação de si mesma	86
e)	Sentimento de autodesvalorização	88
(3)	Dimensões socioculturais da depressão	89

a) Incapacidade para realizar as tarefas diárias.....	89
b) Desprazer nas atividades antes preferidas.....	90
c) Da dificuldade de relacionamento familiar ao isolamento social.....	91
d) Pensamento e desejo de morte.....	92
4.2.2. Motivos atribuídos à depressão.....	96
(1) Luto pela perda de familiares.....	96
(2) Sobrecarga de responsabilidades.....	99
(3) Doença grave	103
(4) Interferência espiritual	104
(5) Histórico de conflitos familiares e violência doméstica.....	105
4.2.3. Estratégias de enfrentamento da depressão na perspectiva das mulheres e a problemática do diagnóstico e do cuidado em saúde.....	112
(1) Crença e/ou prática religiosa.....	112
(2) Da estratégia da medicação para a depressão à medicalização do sofrimento	119
(3) Atividades físicas, manuais, intelectuais	126
(4) Trabalho.....	128
(5) Relação de confiança e desafios para o rompimento do silêncio	129
1.Terapia individual / grupal	129
2. Vínculos familiares significativos	130
4.3. Contextos de violência de gênero, significados da depressão para as mulheres e perspectivas do cuidado em saúde.....	139
4.3.1. Considerando a depressão como capítulo da vida:	140
4.3.2. Depressão e seus desdobramentos nas condições de vida	142
4.3.3. Depressão como estruturante do modo de vida	142
5. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES	168

6. REFERÊNCIAS	1744
ANEXOS	184
Anexo 1 - Cópia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa	185
Anexo 2 - Cópia da aprovação pelo Comitê de Ética SMS Curitiba.....	187
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	189
Anexo 4 - Caracterização Sociodemográfica do Sujeito da Pesquisa.....	190
Anexo 5 - Roteiro Temático para a Entrevista em Profundidade	191
CURRÍCULO LATTES.....	192

SOBRE A ESCOLHA DO TEMA

Em minha trajetória profissional tive a oportunidade de trabalhar na área do câncer atendendo pacientes de câncer ginecológico e acompanhantes de pacientes infantis de câncer. Este trabalho me permitiu observar que a depressão aparecia nas falas de mulheres como um transtorno mental muito relacionado, aparentemente, aos papéis que elas não poderiam desempenhar no cuidar do outro e a perdas que o outro teria a partir de sua doença.

Elas eram encaminhadas por médicos e se colocavam como depressivas não em função das perdas que lhes eram próprias, mas das perdas que se colocavam na sua relação com o outro e pertencentes ao outro. Um caso típico se configurava quando a criança (filho ou filha) iria perder uma perna ou a visão por conta de tumor maligno e a mãe, frente à gravidade do caso, deprimia e era encaminhada pela equipe para suporte psicológico; ou a mulher, quando em tratamento de câncer de mama, expressava o seu sofrimento em relação à deformação corporal e consequente perda do interesse sexual por parte do parceiro, a vergonha frente às outras pessoas, e posterior isolamento. A partir daí surgiram indagações como: Por que neste discurso é o outro que está em questão? Por que a pessoa não se admite em sofrimento e depressão por ela mesma? Seria este tipo de discurso muito próprio da mulher?

Após a experiência na área da saúde, com um trabalho circunscrito ao campo da psicooncologia num contexto hospitalar, parti para a área social, na qual pude entender a mulher inserida em seus espaços de vida cotidiana – familiar, social, comunitário, etc. Isso me ajudou a melhor compreender a questão da saúde mental das mulheres.

Nos trabalhos em uma comunidade na periferia e atendimentos realizados no Centro de Referência da Assistência Social – CRAS Boa Vista do

município de Suzano observei, em mulheres chefes de família, um discurso muito similar ao das mulheres no contexto hospitalar em saúde. Tal discurso estava relacionado ao seu papel social e às dificuldades no seu desempenho, causadas pela rotina de dupla jornada, pela falta de recursos para o sustento da família, pelas dificuldades com o atendimento em saúde dos filhos, pelos seus problemas de aprendizagem e a preocupação com as “más companhias” que pudessem influenciá-los. Quanto às instituições pelas quais eram atendidas, como a escola dos filhos e a unidade básica de saúde, estas reforçavam e cobravam o seu papel de “responsável” sem no entanto trazer atividades nas quais se pudesse discutir e refletir sobre as suas próprias necessidades e direitos. O ideal de amor materno, ligado de maneira naturalizada ao sacrifício e à resignação, fazia com que “se esquecessem” de si mesmas, dos seus projetos e sonhos, para responder às expectativas sociais.

Posteriormente, na vivência profissional do Centro de Acolhida para Adultos II - Oficina Boracea, localizado no centro de São Paulo, com mulheres em situação de rua, a estigmatização pela sintomatologia psiquiátrica parecia um elemento indissociável do histórico de vida daquelas mulheres, que em meio a vivências de abuso e violência doméstica, não contaram com suporte social para lidar com as divergências familiares, rupturas sociais, dependência química e a sobrevivência em meio às ruas. Através de gritos, comportamentos autistas, vestimentas rasgadas e sujas, as consideradas “loucas” arrancavam risos e piadinhas por onde passavam. Acolhidas no albergue e instaladas em quartos coletivos, iniciavam-se as brigas e intrigas entre as colegas de quarto: a crítica, o julgamento e a violência de que haviam sido vítimas, agora se tornavam argumentos e pedras de condenação contra a outra. Sendo convocadas pelo serviço social da instituição para relatarem os incidentes, algumas mulheres começavam a entrar em contato com sua própria vulnerabilidade para compreender a da outra.

Diante da reiteração presente nos discursos destas mulheres, fui buscar subsídios teóricos nos cursos de Violência Doméstica do Instituto Sedes Sapientiae, Direitos Humanos (FGV) e Promotoras Legais Populares (União de Mulheres de São Paulo), tendo em vista um aprimoramento em minha atuação como profissional de saúde mental. A partir das Promotoras Legais Populares e do contato com as outras instituições, pude observar que a questão da depressão feminina, nas mais variadas situações, passava por questões de natureza social, cultural, para além, portanto, do diagnóstico biomédico. Neste momento configurou-se o meu interesse em tomar como objeto de reflexão a questão da narrativa de mulheres acerca da sua vivência a partir do diagnóstico de depressão, que resultou na presente pesquisa de mestrado.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Mulheres, depressão e saúde pública

1.1.1. O alto custo da depressão

É recente a identificação da importância dos transtornos mentais como problema de saúde pública (Andrade e col., 2006). De acordo com Razzouk e col. (2009), a carga dos transtornos mentais aumentou nos últimos anos, especialmente nos países em desenvolvimento, e a situação mundial tende a se agravar por motivos de baixo investimento na área da saúde mental e pela falta de acesso das pessoas a um tratamento adequado.

Dentre as principais desordens psiquiátricas descritas na literatura específica, a depressão tem sido tema de diversos estudos e pesquisas científicas em todo o mundo, em diversas áreas do conhecimento, devido ao aumento da prevalência na população em geral nos últimos anos, somado ao alto custo socioeconômico por acarretar em prejuízo e incapacidade no funcionamento global do indivíduo (Razzouk e col., 2009). Em 1994, a publicação do estudo The Global Burden of Disease pela OMS, que utilizou o questionário DALY (Disability Adjusted Life Years), trouxe dados sobre anos vividos com incapacidade, qualidade de vida e quantidade de anos perdidos por morte prematura causada pela doença. Seu cruzamento permitiu verificar a emergência dos transtornos depressivos como responsáveis por mais de 23% da incapacitação em países desenvolvidos e cerca de 12% naqueles em desenvolvimento;. Cinco das dez principais causas de incapacitação referem-se à saúde mental: 1) depressão; 2) alcoolismo; 3) esquizofrenia; 4) transtorno bipolar e 5) transtorno obsessivo-compulsivo (Andrade e col., 2006).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão afeta hoje 340 milhões de pessoas e gera graves consequências como altas taxas de morbidade e mortalidade (pelo maior risco de desenvolvimento de doenças cardiovasculares, tumores e pelas altas taxas de suicídio). Em 2020, a estimativa é que o transtorno alcance a marca de segunda maior causa de prejuízo global calculado para todas as faixas etárias e sexos (Razzouk e col., 2009).

Os custos diretos do transtorno estão entre os principais motivos para esta carga econômica da depressão. Eles envolvem todos os níveis de atenção dos serviços de saúde, visto que os pacientes portadores de depressão apresentam custos médicos de duas a quatro vezes maiores do que pacientes que não apresentam o transtorno, devido aos gastos com consultas médicas, uso de medicação, exames laboratoriais e maior número e duração de internações.

Aspectos que influenciam no alto custo da doença referem-se ao não reconhecimento do diagnóstico pelos clínicos gerais e à consequente falta de tratamento adequado, bem como à alta taxa de comorbidade entre a depressão e outras doenças físicas (Razzouk e col., 2009). Acredita-se que apenas 20 a 45% dos pacientes são diagnosticados corretamente, sendo que estes correspondem àqueles pacientes com quadro clínico mais grave e maior prejuízo funcional. 40 a 60% dos portadores do transtorno que procuram os serviços de saúde não são diagnosticados pelos profissionais de saúde da atenção primária. A ausência de um diagnóstico acurado apresenta estreita relação com o aumento do impacto socioeconômico da doença, além do agravamento dos quadros, visto que esta situação gera a necessidade de outros exames e consultas com especialistas até a obtenção do diagnóstico correto. Nos países em desenvolvimento, a porcentagem de pacientes com depressão que tem acesso a algum tratamento é de 10% a 40 % e, para

agravar a situação, 25% desses países não dispõe dos medicamentos adequados nos serviços de saúde.

Segundo Sartorius (2001) os custos indiretos relacionados à depressão envolvem a morte prematura e a queda do desempenho profissional, e podem ser de 3 a 5 vezes maiores que os custos diretos. Eles representam a maior parcela do impacto econômico atribuído ao transtorno, pela perda da produtividade no trabalho, pela alta taxa de absenteísmo e consequente desemprego.

A depressão, atualmente, responde por 70% dos suicídios que ocorrem globalmente, além de estar associada a um maior risco de desenvolvimento de doenças consideradas de alta mortalidade, como por exemplo, as doenças cardiovasculares. Além disso, os portadores do transtorno que apresentam associação com outros quadros psiquiátricos, ou comorbidades, possuem maior frequência de morte prematura do que aqueles sem o transtorno (Sartorius, 2001).

No entanto, vale considerar as dificuldades de tal tipo de estudo tendo em vista que os custos relacionados à diminuição da capacidade ocupacional são muito difíceis de serem estimados, dada a multidimensionalidade dos fatores envolvidos, tais como os custos do absenteísmo no trabalho, da diminuição da produtividade, das licenças médicas, da redução da renda familiar, e até desemprego, dentre outros aspectos, que conformam a depressão como fenômeno complexo. Acrescenta-se ainda o impacto da eventual possibilidade de acidentes e erros no trabalho, do afastamento do sujeito do trabalho até a sua aposentadoria, além dos gastos com os profissionais substitutos.

O campo da saúde mental ainda é alvo de menor investimento nos países em desenvolvimento, dado que a prioridade dos programas de saúde se

encontra atrelada às taxas de mortalidade (Lewis & Araya, 2001). Entretanto, este quadro tende a inverter-se devido à maior atenção que a depressão tem recebido a partir da análise do impacto financeiro e social do transtorno. Além disso, aspectos não mensuráveis ainda precisam de maiores estudos, como a perda da funcionalidade, do desempenho nas atividades diárias e nos papéis sociais dos indivíduos portadores do transtorno, bem como também a perda da qualidade de vida, do status socioeconômico e dos relacionamentos destes e de seus familiares (Razzouk e col., 2009).

1.1.2. Saúde mental e as diferenças de gênero

Existem grandes diferenças entre homens e mulheres no que se refere à saúde mental (Andrade e col., 2006). Na infância, os meninos apresentam maior propensão a transtornos de condutas, tais como comportamentos agressivos e antissociais (WHO, 2002).

Na adolescência, questões referentes à imagem corporal levam as adolescentes a apresentarem maior número de episódios depressivos e transtornos alimentares, bem como ideação suicida, enquanto os meninos vivenciam episódios de agressividade, apresentam maiores comportamentos de risco e cometem suicídio mais frequentemente que as meninas (WHO, 2002).

Os transtornos depressivos estão entre os transtornos mentais mais observados em mulheres adultas, especialmente associados ao período reprodutivo (WHO, 2002). Em dois dos maiores estudos populacionais sobre desordens psiquiátricas nos EUA, realizados pelo *Epidemiology Catchment Area* e pelo *National Comorbidity Survey*, a proporção da ocorrência da depressão foi duas vezes maior em mulheres do que nos homens. Tal diferença tem sido observada em várias regiões do mundo (Kornstein & Wojcik, 2006), e

as mulheres também representam a maioria dos pacientes dos ambulatórios de psiquiatria (Barciela Veras e Nardi, 2008).

Em seguida vêm os transtornos de ansiedade, como as fobias, muitas vezes apresentando-se com outras comorbidades - dados que se repetiram em outros países ocidentais. A comorbidade é um fenômeno comum tanto em amostras clínicas, como em estudos populacionais. As mulheres apresentam maior comorbidade entre depressão e transtornos de ansiedade, enquanto que os homens apresentam-na no uso de substâncias psicoativas associados aos transtornos de conduta (WHO, 2002; Andrade e col., 2006; Kornstein & Wojcik, 2006).

Nas últimas décadas, foram realizados diversos estudos a respeito do componente familiar e os transtornos depressivos, que demonstraram a relação entre tais aspectos de forma consistente. Os estudos familiares de gêmeos sinalizam o papel da hereditariedade na origem da depressão (Barciela Veras e Nardi, 2008; McGirr e col., 2009). Deste modo, aspectos genéticos, desenvolvimentais e eventos vitais poderiam estar relacionados a traços psicológicos que favoreceriam pensamentos depressogênicos.

Algumas pesquisas têm mostrado que essa diferença entre homens e mulheres, no caso específico da depressão, se manifesta na puberdade, o que indicaria o estrógeno como o “vilão” responsável pela modulação do humor feminino (Andrade e col., 2006). De acordo com Barciela Veras e Nardi (2008), o grande diferencial na incidência da depressão está no ciclo reprodutivo feminino e nas diferentes fases e oscilações hormonais pelas quais as mulheres passam durante suas vidas, incluindo outros fatores que aumentem sua vulnerabilidade. Entretanto, revisões sistemáticas não conseguiram relacionar a alta taxa de depressão em mulheres à questão biológica. Tais pesquisas acrescentam a importância de análise de outros determinantes tais como exposição ao estresse, pressões sociais, baixo nível de satisfação quanto ao

papel social desempenhado, formas específicas de cada um dos sexos de lidar com problemas, adversidades na infância e histórico familiar de transtorno (Andrade e col., 2006).

1.1.3. Fatores de risco

Dentre os principais fatores de risco apontados pela literatura especializada para a depressão se encontram estressores crônicos, como o cuidado com a família. Gonçalves, citado por Pegoraro (2008), ressalta que muitas vezes as mulheres precisam conciliar diversos papéis e jornadas, cuidar de outros membros da família, doentes ou dependentes; pertencem a classes socioeconômicas desfavorecidas, ou ainda sofrem discriminação de gênero ou racial, quando não apresentam elas mesmas problemas psiquiátricos.

Em países industrializados, a questão da pobreza tem sido frequentemente associada ao transtorno depressivo (Patel, 2001). Os grupos que apresentariam maior risco de depressão e suicídio seriam os desempregados e aqueles que apresentassem menor renda familiar e padrão de vida mais baixo. Para Harris (2001), experiências de humilhação e perseguição pelas quais muitas pessoas pertencentes a grupos de baixo poder aquisitivo passam, interagindo com uma baixa autoestima, estão relacionadas às altas taxas de depressão.

As mulheres apresentam também maior probabilidade de serem privadas de educação e capacitação profissional, e sujeitos com menor escolaridade apresentam maior taxa de depressão (Patel, 2001; OMS, 1995). Isto se refletiria em falta de autonomia e controle sobre a própria vida, nas quais a sua voz não é considerada em processos de tomada de decisão, por conta de papéis sociais e normas de gênero (WHO, 2002).

O isolamento e a falta de apoio social são também considerados indicadores relevantes. As mulheres costumam trazer queixas de problemas de relacionamento com parceiros íntimos e perdas de vínculos sociais e familiares, o que demonstra um traço feminino característico de maior dependência afetiva, sendo afetadas pelos desdobramentos dos relacionamentos interpessoais (Barciela Veras e Nardi, 2008).

Eventos traumáticos, como o abuso físico e o sexual, elevam a vulnerabilidade à transtornos depressivos (Barciela Veras e Nardi, 2008; Kornstein e Wojcik, 2006; Vieira e col., 2008). A violência doméstica contra a mulher constitui-se como um importante fator de risco para diversos agravos à sua saúde, dependendo do grau e da duração da violência sofrida, pelo efeito cumulativo. Trata-se cada vez mais de uma situação endêmica, com grande número de vítimas e a magnitude das seqüelas físicas, emocionais e sociais que a violência traz a todos os envolvidos.

Vieira e col. (2008) mencionam fatores de risco para a violência contra a mulher por parceiro íntimo semelhantes aos apontados em outros estudos: agressão anterior por parte do companheiro; limites difusos ou rígidos; abuso de substâncias lícitas e ilícitas; isolamento social; desemprego; baixa escolaridade; condições socioeconômicas desfavoráveis e dificuldade de percepção da violência.

Outros fatores de risco associados à exposição à violência são: tabagismo, abuso de drogas ilícitas, suicídio e sexo desprotegido, relacionados a outras potenciais morbidades (Andrade e col., 2006; Oliveira e Jorge, 2007).

1.1.4. Tratamento

Quanto ao tratamento da depressão, a prescrição de medicamentos antidepressivos tem se mostrado altamente eficaz na maior parte dos casos. As mulheres parecem responder melhor à sertralina e demonstram maior sensibilidade aos efeitos colaterais de outros medicamentos (Barciela Veras e Nardi, 2008; Konstein e Wojcik, 2002). As recomendações médicas para que benefícios sejam obtidos do uso da medicação são a continuidade do tratamento, uma vez que os resultados aparecem de 4 a 8 semanas e o aumento da dose da medicação, na medida em que o organismo aumenta a tolerância à ela. Já a terapia psicológica gera maior resistência por parte da população, além da pouca praticidade ao se pensar em saúde pública, com exceção dos casos de terapias combinadas de antidepressivos com outros psicotrópicos, onde caberia a indicação (Barciela Veras e Nardi, 2008).

Estes estudos demonstram uma clara tendência da psiquiatria de reconhecer diversos aspectos que extrapolam os limites do biológico quanto ao fenômeno da depressão. A etiologia desse transtorno sofre influência direta da auto-imagem das mulheres frente a seu corpo e estética, das pressões sociais associadas aos papéis sociais, ao feminino, à violência. Estes dados sugerem que as representações do significado de ser mulher e ser mãe relacionadas ao contexto social em seu sentido mais amplo, constituem-se em informações fundamentais para sua investigação, diagnóstico e tratamento.

O fato é que, a partir da lógica biomédica, continua-se a tratar de um sofrimento que se nomeia como depressão, medicalizando o sujeito. Tal perspectiva, entretanto, apresenta característica reducionista na medida em que mantém a naturalização do diagnóstico de depressão em mulheres, como vulneráveis às oscilações hormonais e responsáveis por sua condição social, à medida que demonstram bom desempenho (ou não) de seus papéis. Neste

debate, consideramos de fundamental importância a contribuição das ciências sociais para a compreensão e discussão da questão da depressão feminina.

1.2. A depressão feminina sob a ótica das Ciências Sociais

1.2.1. A relevância dos estudos de gênero para a compreensão da depressão

Ao discutirmos a saúde mental da mulher, não se pode deixar de mencionar a importância do conceito de gênero e suas implicações sobre o desenvolvimento psicológico de homens e mulheres, papéis a eles atribuídos, bem como as ideologias a eles relacionadas, de acordo com o contexto sociocultural em que estão inseridos (Casey, 2002). Este debate se torna fundamental à medida que a literatura epidemiológica apresenta diferenças de gênero na prevalência, na avaliação e tratamento da depressão, além de evidenciar fatores de vulnerabilidade que contribuem para uma maior predisposição da mulher à depressão (Kornstein & Wojcik, 2002).

Estudos têm demonstrado que as diferenças socialmente construídas entre homens e mulheres, envolvendo seus papéis e responsabilidades, status e poder, interagem com as diferenças biológicas entre os sexos de modo a contribuir para as diferenças na natureza dos problemas enfrentados de saúde mental, o comportamento de busca em saúde dos afetados e as respostas do setor de saúde e da sociedade como um todo (WHO, 2002).

Dentro desse contexto, iremos trabalhar com o conceito de gênero tal como descrito por Joan Scott (1995), o qual implica em duas proposições:

1. Gênero é um elemento constitutivo das relações sociais, baseado em diferenças entre os sexos;
2. Gênero é uma forma primeira de significar relações de poder.

(Scott, 1995:42)

Ao mencionar questões de poder, não estamos nos referindo apenas aos aparatos do Estado, mas sim a um poder múltiplo, “localizado em diversos espaços sociais, que pode inclusive não apresentar-se com as roupagens de autoridade” (Barbieri, 1992).

Os estudos de gênero, incentivados pelo movimento feminista que emerge em meados dos anos 1960 e 1970, não só tiveram influência nas práticas políticas e culturais da época, como também influenciaram as pesquisas acadêmicas a partir daí (Soihet, 1998). Houve uma crescente “feminização dos espaço acadêmico e das formas da produção de saberes” [...] Começam a surgir, segundo Rago (1998), “histórias da vida privada, da maternidade, do aborto, do amor, da prostituição, da infância e da família, das bruxas e loucas, das fazendeiras, empresárias, enfermeiras ou empregadas domésticas; fogões e panelas invadiam a sala e o campo de observação intelectual ampliou-se consideravelmente” (Rago, 1998:90). A militância feminista favorece a inserção das mulheres como sujeitos na História e também como produtoras de conhecimento histórico. Talvez este seja um dos motivos pelos quais o termo gênero é alvo de tantas alusões feitas apenas às mulheres em publicações no meio acadêmico (Moraes, 1998).

O crescente número de pesquisas sobre as mulheres ao longo da História (Silva, 2004) trouxe para diversos campos de saberes, principalmente o das ciências humanas, mudanças conceituais e epistemológicas na análise da trajetória de sujeitos e grupos sociais. Essa “mutação no campo do conhecimento” (Rago, 1998:90) em parte provinha dos questionamentos feministas, mas também recebeu forte influência das novas formas de pensamento que criticavam o ideal iluminista da razão, do sujeito universal, daquilo que se constituía como natural ao sujeito (Rago, 1998).

A perspectiva de gênero como nova categoria de análise traz amplas possibilidades de interpretação das diferenças entre os sexos, como

preconizado por Scott (1995), indo além das relações homem e mulher. A questão do poder apresenta-se entranhada como elemento constitutivo das relações sociais nas quais ele se manifesta em várias direções, constituindo aquilo que Foucault (1979) chama de “a microfísica do poder”. Esta rede contempla não somente tais relações entre homens e mulheres: atinge, além das relações heterossexuais, a diversidade sexual, além da violência de gênero entre homens e homens, mulheres e mulheres, pais e filhos, patrões e empregados, dentre outros.

No entanto, outra perspectiva de análise das relações de gênero identifica-as como representativas das desigualdades entre os sexos. Esta ótica permite, por seus pressupostos, descrever tais desigualdades como historicamente determinadas em nível de macroestruturas sociais que caracterizam a própria cultura do patriarcado. Essa postura é defendida por autoras marxistas como é o caso de Helleieth Saffioti.

Na perspectiva dessa autora, gênero estaria intrinsicamente relacionado ao conceito de patriarcado, definido como uma “estrutura hierárquica que confere aos homens o direito de dominar as mulheres, independentemente da figura humana singular investida de poder” (Saffioti, 2005:39), e que se constituiria como um regime histórico no qual as mulheres estão sujeitas a seus dominadores masculinos, tornando-se objeto de satisfação sexual, reprodutoras de seus herdeiros, e servindo de força de trabalho doméstico de maneira naturalizada.

As diferenças existentes entre estas duas posturas teóricas apresentam aspectos instigantes quando confrontadas com a realidade social, onde a violência é parte do cotidiano dos vários grupos. Nessa contraposição, Barbieri (1992) defende que gênero é uma categoria mais ampla que o patriarcado, que atravessa todas as relações sociais, possibilitando assim a existência de diversas formas de relação entre homens e mulheres, desde

relações igualitárias até relações de dominação, tanto pelo homem como pela mulher.

Fávero (2010), ampliando a tradicional visão do patriarcalismo, afirma que a ordem de gênero patriarcal, embora sob nova roupagem, permanece atualmente. Ele a denomina “patriarcado contemporâneo”, no qual mantém-se a relação hierárquica de poder do homem sobre a mulher, seus filhos, sobre a natureza, sobre a ciência, atribuindo a ele qualidades e virtudes que são incorporados à essência do masculino, ao qual todos os demais indivíduos são subordinados e inferiorizados.

O que se pode depreender das diferentes interpretações destas duas perspectivas teóricas é o de que a violência de gênero apresenta-se como questão complexa envolvendo aspectos macro e microsociais que desafiam investigadores do campo.

É importante ressaltar que o gênero estrutura-se e articula-se a outras categorias de análise, tais como as classes e raça (Guimarães, 2005), todas igualmente estruturantes e legitimadoras de um esquema de exploração e dominação (Matos, 2009) que, quando presentes juntas, tornam ainda mais complexa a situação do sujeito (Saffioti, 2005).

Fato é que as mulheres têm aparecido como sujeitos históricos, atuantes no tecido social, exercendo desde poderes “informais” até um campo de possibilidades, dentre as quais a readequação, a obediência aparente, a resistência, a manipulação da subordinação e a chantagem (Barbieri, 1992). De acordo com Saffioti (2005), “a vítima nunca é passiva, atua quando e como pode, com os recursos que dispõe, sempre no sentido de minar a legitimidade da dominação” (Saffioti, 2005:51). Segundo a autora, onde há relação de dominação-exploração, também surge a resistência, a luta e o conflito, dentre outras formas de oposição.

Através deste ponto de partida conceitual, estabelece-se nesta pesquisa a posição contrária ao processo de naturalização do que é entendido como masculino e como feminino, a quem seriam atribuídas características inatas e imutáveis (Fávero, 2010) que se traduziriam em essências de caráter abstrato e universal para cada um dos sexos (Moraes, 1998). Entende-se que, assim como na teoria marxista o conceito de classe social se constituiria um elemento definidor do universo de possibilidades do indivíduo, da mesma forma o gênero, categoria relacional, seria produto da Cultura e da História (Moraes, 1998).

Com isso não estamos abrindo mão dos atributos físicos, nem negando o corpo biológico, mas afirmando que a sociedade atua sobre estes, determinando em grande parte a mobilidade do corpo, as relações hierárquicas, a sexualidade, as relações interpessoais e os valores (o que é adequado ou não, o que é esperado ou não) (Fávero, 2010; Moraes, 1998). Para Kehl (apud Moraes, 1998), o sexo biológico está incluído no conceito de gênero, revestido entretanto dos valores e atributos que a cultura lhe oferece.

Entende-se, do mesmo modo, de que não estamos lidando com vítimas ou heroínas, mas com sujeitos pertencentes a um contexto histórico e cultural próprios, numa perspectiva relacional. Rejeita-se portanto, o caráter biologicista da literatura específica, cuja insistência em manter a comparação entre homens e mulheres acaba por tornar “anormais, patológicas, desviantes” as estatísticas epidemiológicas referentes a elas. Como descreve Moraes (1998), é preciso “investigar os discursos e as práticas que garantem o consentimento feminino às representações dominantes e naturalizadas da diferença, o que não excluiria a incorporação da dominação às variações, manipulações, táticas, recusas e rejeições por parte de mulheres, complexificando as relações de dominação históricas” (Moraes, 1998:70).

É desta perspectiva que se propõe este estudo, ao pesquisar o universo feminino para conhecer as suas práticas de ontem e hoje e para buscar a experiência cultural que envolve a depressão, a fim de contribuir para a construção de um ser humano mais liberto, mais livre, menos dicotômico, bem como para mudanças, novos repertórios e novas subjetividades (Rago, 1998; Fávero, 2010).

1.2.2. Emoção e socialização de gênero

As práticas sociais cotidianas apresentam como uma de suas características a manutenção do caráter dualista mente e corpo, herança grega que legitima a razão em detrimento da emoção e que reforça cada vez mais o dualismo homem e mulher. (Fávero, 2010).

Scott (1995) se opõe a este sistema binário masculino e feminino, e afirma a importância da sua historicização com o objetivo de desconstruir aquilo que se compreende como estado natural das coisas. Historicamente, o homem, dotado do controle e da razão, tinha como tarefa cuidar do trabalho, da provisão, enfim, tudo o que se referia à esfera pública. Para a mulher, símbolo do caráter emocional, seu mundo era a casa, da mesma forma que o espaço das emoções. A divisão desigual do trabalho doméstico, e até a violência, eram acontecimentos que pertenciam apenas à esfera privada.

Favero (2010) afirma que

“...viver a experiência de ter nascido do sexo feminino ou do sexo masculino implica significados particulares, com conteúdos emocionais particulares, isto é, a expressão emocional nas interações interpessoais, e, em particular, nas interações entre

os gêneros, é construída na interação de cada pessoa com os agentes culturais, tais como sua família, amigos, escola, religião, esporte, que em última análise mediam os valores sociais e as representações sociais de gênero de uma dada cultura”

(Fávero, 2010:43-44)

De acordo com a autora, os estudos de gênero passaram a compreender a emoção e a sua manifestação em ambos os sexos, dado o conjunto de pressupostos e ideologias a respeito do tema que, mais do que caracterizar, servem para manter estruturas de poder social. Por exemplo, a expressão “ser emocional” vem carregada de um valor negativo e está geralmente ligada à figura feminina.

As emoções são socialmente construídas, portanto produtos históricos, e a educação dos pais à criança transmite os valores do que é apropriado ou não para certas situações; a cultura constrói toda a interpretação a respeito de uma determinada emoção. Um exemplo pode ser visto nas diferentes formas que os sentimentos de amor e de raiva assumem de um país para outro (Jaggar, 1997).

Através do apoio que as crianças recebem em resposta à expressão de seus sentimentos, elas vão construindo modos de compreensão e adequação de suas experiências emocionais (Fávero, 2010). Por exemplo, as meninas de modo geral recebem mais apoio quando estão tristes e choram – dessa forma, podem acreditar que seus sentimentos podem ser expressos em qualquer momento. Já os meninos são encorajados a esconder o medo e a proteger o outro, mais “frágil”; chorar é um verbo quase que banido do seu vocabulário.

Para serem vistos como masculinos, eles não podem mostrar sinais que culturalmente são relacionados à vulnerabilidade ou feminilidade, pois isto levaria à reprovação e até punição do meio. Desta forma, restringem a expressão das emoções, embora tenham a mesma capacidade de expressão e vivenciem emoções tanto quanto as meninas (Fávero, 2010).

De acordo com Maccoby, citado por Fávero (2010), as meninas e as mulheres apresentariam o que ele chama de estilo facilitador ou habilidoso na interação, isto é, um comportamento que procura considerar ou concordar com o que o outro está afirmando, dando-lhe suporte e, desta forma, contribuindo para a manutenção da interação. Os meninos e os homens tenderiam a manifestar outro tipo de conduta interacional, que o autor define como estilo restritivo: estes procurariam dominar a interação, demonstrando pouca ou nenhuma fraqueza aos seus pares; além disso, este estilo levaria as pessoas do sexo masculino a tentar inibir, ameaçar, contradizer, interromper, vangloriando-se ou engajando-se em comportamentos de auto-exibição, com o objetivo de fazer o outro retirar-se, o que interromperia ou diminuiria as suas interações. Esta seria uma forma de explicar o motivo de tantas mulheres utilizarem-se de subterfúgios na sua interação com o sexo oposto.

Apesar das evidências desta construção social, apresentamos a tendência a vivenciar as nossas emoções como se fossem reações involuntárias e individuais às situações diversas, ou seja, como respostas instintivas e determinadas pelo nosso organismo; não nos damos conta de que muitas vezes estamos desempenhando papéis (Jaggar, 1997).

A emoção e os valores estão em íntima relação, visto que aquela fornece a base empírica para os valores, e estes provocam uma determinada avaliação do meio ambiente ou da situação que determinará uma resposta emocional previsível para eles (Jaggar, 1997). As pessoas são frequentemente encorajadas a controlar e até a suprimir as suas emoções, de acordo com o

sexo. Numa sociedade ideologicamente heterossexual, os homens são incentivados a “engolir” o choro, e a mulher tem que reprimir a raiva (Fávero, 2010).

Devido a isso, torna-se comum o fato das pessoas não terem consciência de seu estado emocional, ou então que o neguem para outrem. Entretanto, isso não quer dizer que as emoções não estejam presentes. Inconscientemente, exercem a sua influência contínua sobre os valores, as atitudes e escolhas.

As emoções nos informam sobre o nosso estado, nossa intimidade, e nossas pretensões nos relacionamentos; podem nos informar sobre nosso bem-estar e se estamos próximos dos nossos objetivos. Por esse motivo, não expressamos todas as emoções que sentimos; existe o fato também da sociedade não aceitar alguns tipos de emoção. Quando isto acontece e o indivíduo experimenta uma emoção “proibida”, ou não convencional, este pode sentir confuso, insano, com problemas mentais. Entretanto, se existe por parte de outros a validação desta emoção, pode surgir espaço para a criação de uma subcultura com percepções, normas e valores opostos às normas vigentes e predominantes.

Para Fávero, as mulheres foram autorizadas culturalmente a se expressarem de forma mais aberta, de forma a parecerem mais “subjetivas” e até “irracionais”. Desta forma, o grupo feminino seria aquele para o qual a sociedade daria autorização para chorar e sentir emoções; aquelas que se mostrassem emocionalmente inexpressivas, eram taxadas de “frias”, suspeitas de não serem mulheres.

Brody, citado por Fávero (2010), afirma que a socialização da mulher está mais focada nas suas relações interpessoais, são mais motivadas para a intimidade, apresentando características relacionais e de maior

interdependência do que os homens. São cultivados nela os sentimentos de tristeza, medo e de dependência do outro. Sendo assim, cada vez mais esta mulher necessita de apoio, que muitas vezes lhe é dado; ao ser cobrada, procura então satisfazer e agradar a fim de manter sua rede de apoio.

Mães conversam sobre tristeza muito mais com as filhas do que os filhos; por receberem maior suporte emocional, as mulheres também se mostram mais empáticas e entendem qualitativamente melhor os sentimentos de outras pessoas (Fávero, 2010).

Para Chodorow (1999), esta proximidade da menina com a figura materna explicaria a base relacional do desenvolvimento da identidade feminina, mais orientado para o apego, para a interação, o que aumentaria a sua dependência do outro. A menina apresentaria como dificuldades, portanto, a separação da figura materna e o processo de individuação. Já no caso dos meninos, por diferirem do sexo da mãe, teriam como principal aspecto de desenvolvimento masculino a separação e a individuação, afim de estabelecerem sua masculinidade. Desta forma, os meninos teriam como desafio repelir tudo o que é feminino ou relacionado às mulheres, negando assim sua identificação com a figura materna para contruírem sua identidade. Tais diferenças explicariam a dificuldade masculina no estabelecimento de intimidade, o que aumentaria a sua distância defensiva e a consequente desvalorização dos aspectos femininos.

Solomon (2002) afirma que as mulheres apresentam maior dificuldade para se defender de agressões; têm maior probabilidade de sofrerem abusos psicológicos, físicos e sexuais; e com maior frequência, são destituídas de seus direitos civis. Por conta disso, são mais propensas a subordinarem-se aos seus companheiros, e a ajustarem-se a ideais de feminilidade para manter o seu relacionamento, o que pode levá-las à depressão; podem tornar-se deprimidas

pelo sentimento de incapacidade de atingir a concepção feminina idealizada; muitas vezes, chegam a aceitar abusos e espancamento (Solomon, 2002).

Para Gilligan (1982), adolescentes e mulheres tomam tais atitudes como forma de preservarem os seus relacionamentos, prática enraizada em diversas culturas. De acordo com a autora, elas não relatam seus verdadeiros sentimentos e desejos, crendo que através deste silenciamento de si mesmas, o outro permanecerá ao seu lado. Como consequência, Gilligan (1982) relata que tal atitude compromete a possibilidade de uma relação autêntica, aspecto fundamental para a manutenção da saúde mental e para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis. Em contrapartida, esta dificuldade de apresentar uma autenticidade nos relacionamentos está relacionada a humor depressivo e baixa auto-estima.

Jack (1991) descreve o silêncio feminino como a “perda do eu” ou “perda da voz”, situação na qual as mulheres não conseguem se comunicar com seus companheiros, permanecendo em silêncio. Algumas não conseguem afirmar-se e sustentar suas convicções, pensamentos e crenças, e acabam duvidando da legitimidade de suas experiências; acabam por convencer-se de que o outro está certo, e possui mais valor. Em outros casos, procuram alcançar um ideal de feminilidade onde elas se tornam aquilo que o parceiro quer que elas sejam, fazendo da autonegação uma forma de manter a intimidade.

Com relação ao sentimento de raiva, as mulheres são pouco encorajadas a expressarem-no, e quando o fazem, geralmente são invadidas por sentimentos de mal-estar, vergonha e embaraço, e até tristeza, pois frequentemente são socializadas para serem afetivas, agradáveis e calorosas, objetivando a manutenção dos relacionamentos. Quando este se rompe, existe uma tendência feminina de buscar formas de preservar suas conexões e vínculos (Fávero, 2010).

No que se refere aos sentimentos de vergonha e culpa, a autora denuncia a alta exigência dirigida às mulheres em relação a situações que demandem suporte emocional; desta forma, qualquer fato contrário ou negativo que ocorra pode ser considerado por ela, ou pelos outros, como falha delas. E mais, espera-se que elas sejam capazes de cumprir suas obrigações e manter suas relações interpessoais, desde menina. Por conta dessa carga que costuma ser responsabilidade feminina, as mulheres apresentam maior tendência a levarem outras pessoas a se sentirem culpadas. Quando questionadas a respeito, muitas mulheres respondem que não conseguem estabelecer limites para suas atribuições e cobranças que outras pessoas lhes fazem; simplesmente não conseguem dizer “não”. Para poder estabelecer limites e dizer não, é necessária assertividade, e tal conceito não faria parte da ideologia feminina (Fávero, 2010).

Os meninos, por sua vez, recebem diversas mensagens culturais que moldam seus comportamentos através da subestimação de eventos rotineiros e traumáticos, tais como machucar-se, sentir dor e chorar. São encorajados a responder com agressão quando se sentem machucados ou vulneráveis, pois desta forma se sentem mais fortes; recebem menos consolo do que as meninas (Fávero, 2010).

No modelo de sociedade patriarcal brasileiro, o ideal para os homens era que se mostrassem sempre calmos, com certa falta de excitação, um ar de tédio. O estereótipo deste homem era o de um ser inabalável e impassível. Homens que expressavam suas emoções eram desvalorizados e repudiados. Este controle masculino chegava a um extremo de reprimirem totalmente suas emoções, não desenvolvendo habilidades emocionais e até perdendo a capacidade de experimentar muitas delas. Isto não significa que os homens não experimentavam um conjunto de emoções, mas que o ideal masculino encontrava-se ligado a pouca expressividade emocional (Fávero, 2010).

Talvez por conta disso a herança de muitos homens seja a dificuldade para identificar o que estão sentindo. Numa relação conjugal, muitas vezes a esposa recebe, implicitamente, a tarefa de expressar a emoção pelo casal; tal tarefa acaba gerando expectativas sociais e atribuindo às mulheres mais responsabilidade na manutenção emocional do casamento, tornando-se “especialistas emocionais” em seus relacionamentos (Fávero, 2010).

Conforme o exposto acima, podemos perceber como a socialização de meninos e meninas, tal como priorizada em culturas patriarcais, pode trazer consequências danosas para os indivíduos, bem como para a sociedade. Cremos ser de fundamental importância tal reflexão para a busca de novos elementos de compreensão sobre os motivos pelos quais as pessoas se deprimem, as formas pelas quais a depressão se manifesta e a implementação de novas abordagens em saúde no que se refere à depressão.

1.2.3. Mulher como representante do céu e também do inferno

Scott (1995) ressalta a forma dicotômica na qual, por um lado, a mulher se vê representada, desde a época colonial, como mais ligada à castidade, à maternidade e à santidade, e em caso de desobediência a qualquer destas normas sociais, símbolo de desgraça, vergonha e pecado.

Del Priore (2004) compara os dois tipos femininos comuns desta época, a moça de “família”, que simbolizava através do seu comportamento as virtudes de honra, prudência e reputação, era valorizada; o seu oposto, a moça “devassa”, era motivo de vergonha, preconceito e poderia destruir o equilíbrio familiar. Para essas, recursos como a reclusão “adestravam” a mulher rebelde e preservavam a dominação masculina.

A religião fornecia a simbologia necessária para que estes valores apresentassem eficácia social e a adesão afetiva desejadas: Eva, símbolo da fraqueza, tentação e corrupção da humanidade; em contraposição a ela, a figura de Maria e suas virtudes exaltadas, tais como a virgindade, única forma de superar a natureza feminina pecaminosa, e a maternidade divina. Ao tentar mudar esta ordem, as mulheres eram acusadas de desobedecer não aos homens, mas ao mandamento divino (Lemos, 2006).

Dentre os principais papéis femininos, ser mãe era a única expectativa da sociedade para a mulher, que incentivava a geração e a criação de filhos. A ela eram atribuídos todos os deveres e obrigações na sua educação (Lemos, 2006).

Muitas foram as formas de se apregoar o amor materno, que era definido por dedicação e sacrifício por parte da mãe, além de se exaltar a sua servidão, a abnegação, paciência e tolerância (Lemos, 2006). Aquelas que apresentavam tal comportamento eram dotadas de louvável nobreza. Entretanto, aquelas que se opunham à imposição deste papel tornavam-se objeto de desprezo, piedade, castigo e humilhação (Badinter, 1985; Pereira, 2000).

A imagem da mãe dedicada e o seu instinto materno natural seriam valorizados a partir do final do século XVIII, por duas grandes razões: em primeiro lugar, a imposição da cultura, que apregoava tal modelo; em segundo, a idealização do amor entre mãe e filho, união carregada da simbologia de completude e proteção, que foi reforçada no campo religioso, pela figura de Maria e o menino Jesus da tradição judaico-cristã, representando a união perfeita (Lemos, 2006).

A figura materna corresponderia a um ser puro a quem são atribuídos sentimentos de acolhimento, abrigo e continência; já a criança representaria o

ser frágil, que encontra nesta relação fusional com a mãe a sua satisfação total e plena.

O convívio e intimidade com o marido e os filhos gerava para as mulheres um acúmulo de conhecimento que lhes trazia um poder sobre o bem-estar e a saúde destes, fortalecendo o seu espaço dentro da família e naturalizando tais cuidados como tarefas femininas. Ser mãe, portanto, passou a significar a ascensão a uma classe social especial e as mulheres começaram a ocupar uma posição de aparente prestígio na sociedade (Lemos, 2006).

De acordo com Badinter (1985), ao dedicar-se à estes cuidados, muitas mulheres buscavam conquistar a idealizada igualdade de gênero, o reconhecimento e o respeito por parte dos homens com a disciplina e medicalização do corpo feminino. Para a autora, a idealização do amor materno, tão difundido na época, foi resultado de uma construção social e cultural, não se tratava de instinto ou determinismo da natureza; antes pelo contrário, visava a garantia de sobrevivência dos infantes, a formação de cidadãos e, conseqüentemente, o enriquecimento do Estado francês, que precisava lidar com os baixos índices de crescimento demográfico e as altas taxas de mortalidade infantil, que chegavam a 85%.

Quanto à sacralização da mulher como mãe, esta funcionou como uma forma de reprimir o poder e a autonomia da mulher, e legitimar a culpa e a inferiorização daquelas que não cumpriam o dever considerado natural e espontâneo (Lemos, 2006). A mulher virtuosa devia, em primeiro lugar, ser fiel ao seu marido, e demonstrar a ele submissão e obediência; a honra da mulher representava a honra da família (Del Priore, 2004).

No Brasil, desde os primórdios do período colonial, o ambiente doméstico sempre foi o lugar reservado para a mulher, espaço assegurado pela Igreja, pela Medicina e pelo Estado. O conceito de fragilidade e suscetibilidade

às emoções, bem como o discurso normativo que permitia o exercício da sexualidade feminina primordialmente para a procriação, as recomendações médicas, aliadas às concepções religiosas de virtude e castidade, legitimavam a casa como esfera relacionada à figura feminina. (Del Priore, 2004).

Além de limitar a função social feminina, tal norma contribuía para a manutenção do patriarcado: a mulher não possuía voz ativa fora desse âmbito. O ideal de vida esperado dela se restringia à relação com a sua casa, com a religiosidade doméstica, com o auto-cuidado e o de seus filhos (Del Priore, 2004).

Para Scavone (2005), as relações sociais de gênero sempre colocaram homens e mulheres em posições específicas na família e no sistema de produção. Na família, as mulheres se constituem como a principal fonte provedora de cuidados em saúde: cuidam da compra e preparo de alimentos, da higiene e limpeza, do cuidado a ferimentos e doenças dos membros da família. Tal atuação, segundo a autora, constitui um trabalho não reconhecido como tal, pelo fato de tais práticas estarem ligadas ao afeto da pessoa que cuida. Trata-se de uma atividade portanto “...invisível e não remunerada, de forma a trazer maior sobrecarga às mulheres, impedindo-as de se realizarem em outras esferas do social.” (Scavone, 2005, p. 106).

Atualmente percebe-se que, ao mesmo tempo em que a estrutura da família vem sofrendo alterações ao longo das décadas, não apenas em sua configuração, como também nos estilos e valores de relacionamento, “o status da maternidade parece permanecer intacto” (Lemos, 2006:83), e o projeto de felicidade feminino, ainda permanece, em função do outro (Fávero, 2010).

Uma possibilidade de emancipação e libertação da mulher em relação à estas concepções que a aprisionam, é descrita por Touraine (2007), que discorre sobre a formação do sujeito e da importância de todos os indivíduos se

reconhecerem, se voltarem a si mesmos, dando sentido à sua existência. Num cenário de decomposição dos quadros sociais, frustração e desconfiança das leis da sociedade e de suas ideologias, o sujeito pode triunfar. Entretanto, pertencemos a um mundo de indivíduos, e não de sujeitos, pois estes implicam em um movimento de resistência a uma ordem, um conflito consciente com as forças que negam os seus direitos individuais. Existe um alto preço para o sujeito ser livre, exercer a sua vontade, romper com os papéis sociais que lhe são impostos e conquistar a sua emancipação. Analogamente, ao refletirmos sobre a condição das mulheres em depressão, podemos visualizar mulheres que apresentam diversas rupturas no seu meio familiar e com o mundo do trabalho, além de conflitos a partir dos estereótipos a que foram submetidas.

Touraine ainda coloca que o espaço social, antes esfera de pertencimento do sujeito, hoje se coloca como espaço de conflitos, guerras, violência e destruição da vida. Vale considerar, como aponta Andrade (2006), que muitas dessas mulheres apresentam histórico de violência física, psicológica e sexual em suas trajetórias, condições que aumentam o risco para desordens psiquiátricas. Daí, quanto mais longa a duração e mais grave a forma de violência sofrida, maior o impacto na saúde física e mental dessas mulheres. Somam-se ainda a baixa escolaridade e capacitação profissional como limites para elas conquistarem sua autonomia financeira e ruptura com seus agressores. Segundo Adeodato e col. (2005), o esclarecimento da mulher demonstra ser um fator importante para um menor grau de tolerância à violência, e de acordo com o Conselho Nacional de Saúde (CNS), o trabalho remunerado é uma das formas de diminuir a violência uma vez que as suas principais vítimas são mulheres que trabalham em casa.

A manutenção de relacionamentos prejudiciais à mulher e à sua saúde estão diretamente ligados à rede de apoio na qual a mesma se encontra inserida e às possibilidades de recomeço com autonomia. Na maior parte dos

casos, a violência por parceiro íntimo é tolerada por ameaças, pelo medo, vergonha, pelo silêncio ou quando não é reconhecida como tal (Vieira e col., 2008). A tradição do casamento indissolúvel faz com que milhares de mulheres permaneçam em situação de violência e a transmissão intergeracional de costumes violentos acaba por fazer com que esta situação se perpetue. Muitas vezes, a religião e a cultura se constituem em sociedades como justificativas para a violência (Azambuja, 2008). Silva, citada por Souza (2006), demonstra que a posição masculina de liderança, força, provisão e autoridade acaba reforçando a discriminação contra a mulher através da justificativa de uma suposta santificação, uma vez que tal papel se constituiria enquanto vontade divina.

Seria fundamental que os profissionais que atendem a esta população trabalhassem a partir da legitimação das vivências e sentimentos destas mulheres, bem como de seu saber e experiências de vida. Isto contribuiria para seu auto-reconhecimento, pois, segundo Touraine (2007), o indivíduo não pode se construir senão a partir do retorno de imagens favoráveis dele mesmo por parte do outro, numa troca recíproca e num mútuo reconhecimento (conceito de vizinhança). Para Alvarez e col. (2009), esta interação geradora de autonomia e de reconhecimento das potencialidades do sujeito por ele mesmo seria o “encontro transformador”, que possibilitaria o rompimento com a posição de tutela, impotência e dependência na qual se encontra.

1.3. Cultura, depressão e questões para o diagnóstico

1.3.1. Problemas epistemológicos envolvendo o diagnóstico

O indivíduo, ao receber um diagnóstico por parte do médico ou equipe de saúde, precisa lidar com as conseqüências tanto previsíveis como imprevisíveis de tal classificação (Caponi, 2009). As doenças orgânicas em geral estão relacionadas a indicadores biológicos cuja etiologia, bem como o modo de tratamento, são encontrados de forma semelhante em diversos locais do planeta (Fabrega, 1974).

Quando adentramos o campo da saúde mental, entretanto, reconhecemos a existência de uma problemática mais ampla, pelo fato da maioria dos indicadores estarem relacionados ou apoiados em condutas sociais. Além disso, os rótulos psiquiátricos são muitas vezes incorporados à identidade do indivíduo (Fabrega, 1974), principalmente quando nos referimos à depressão (Caponi, 2009).

A maior parte dos países, inclusive o Brasil, segue a descrição da depressão da American Psychiatric Association, apresentada no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV (1995), que também será adotada para esta pesquisa. Este manual estabelece os critérios diagnósticos da depressão ligados à manifestação de Episódio Depressivo Maior (EDM), que apresenta pelo menos um dos seguintes sintomas, obrigatoriamente: humor deprimido; perda de interesse ou prazer.

Além disso, para que este diagnóstico seja feito, devem estar presentes pelo menos 5 ou mais dos seguintes sintomas durante o mesmo período de duas semanas. Eles devem representar uma alteração do estado anterior:

1. Humor deprimido na maior parte do dia;
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por quase todas as atividades, na maior parte do dia;
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, ou diminuição ou aumento do apetite;
4. Insônia ou hipersonia;
5. Agitação ou retardo psicomotor;
6. Fadiga ou perda de energia;
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada;
8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão;
9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.

Na Classificação Internacional de Doenças, CID10 (1998), o fenômeno é caracterizado como *episódio depressivo*, possui três graus (leve, moderado ou grave) e recebe uma sigla (F32), sendo descrito a partir dos seguintes sintomas:

- Rebaixamento do humor;
- Redução da energia;
- Diminuição da atividade;
- Alteração da capacidade de experimentar o prazer;
- Diminuição da capacidade de concentração, associada em geral a fadiga acentuada, mesmo após um esforço mínimo;
- Problemas do sono;
- Diminuição do apetite;
- Diminuição da autoestima e da autoconfiança;
- Presença de ideias de culpabilidade ou indignidade, mesmo nas formas mais leves;
- Varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias;
- Pode ser acompanhado de sintomas somáticos, tais como perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce (várias horas antes da hora habitual de despertar), agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora acentuada, agitação, perda de apetite, perda de peso e da libido.

É importante ressaltar que este conjunto de sintomas e características correspondem a uma avaliação ocidental da depressão, o que significa que podem haver diagnósticos diferenciados quando observamos estudos epidemiológicos em culturas diferentes (Fabrega, 1974). Muitas vezes, a alteração de humor, geralmente avaliada como primeira característica do transtorno em sociedades ocidentais, é aplicável universalmente (Patel, 2001). Por isso, muitos estudos científicos podem ser prejudicados pelas estatísticas do mundo ocidental, na maioria das vezes estabelecida como padrão (Fabrega, 1974).

De acordo com Fabrega (1974), os seres humanos são considerados biológica, química, fisiológica e neurofisiologicamente iguais em qualquer lugar, e qualquer alteração que se dê em termos biológicos será reconhecida como tal, ou seja, envolve mecanismos e processos idênticos. Entretanto, ao avaliar como estas alterações biológicas se transformam em comportamentos e estilo de conduta específicos, assumindo uma forma particular de expressão de acordo com a cultura, estaremos adentrando o universo simbólico que estrutura e direciona o comportamento. Patel (2001) sinaliza que a etiologia da depressão continua obscura, sendo o foco dos estudos internacionais em fatores de risco sociodemográficos e eventos traumáticos. Caponi (2009) acrescenta que os estudos que destacam alterações cerebrais específicas para os transtornos de humor continuam inconclusivas.

Para Marsella *et al.* (1985), os estudos epidemiológicos também tem apresentado resultados inconclusivos por quatro motivos:

1. A questão dos limites entre o normal e o patológico das alterações de humor continua indefinida;
2. Geralmente, os critérios diagnósticos utilizados em tais estudos são diferentes;
3. A forma como os resultados são demonstrados e os procedimentos amostrais estabelecidos diferem;

4. De modo geral, os padrões não ocidentais da experiência depressiva não são considerados.

Mesmo que as manifestações dos transtornos depressivos entre culturas sejam aparentemente semelhantes, estes resultados ainda não podem ser simplesmente interpretados como possuindo causas idênticas (Marsella *et al*, 1985). Embora frequentemente considerada uma variável externa ao indivíduo, para Marsella (op. cit.) a cultura também é uma “variável interna, sendo representada através do conhecimento, das crenças, atitudes, estilos cognitivos, sistemas de auto-referência e outras variedades de experiência subjetiva relativas à depressão” (1985:300).

É por isso que deve-se aprofundar o conhecimento dos processos pelos quais os diversos grupos sociais atribuem significados e valores em suas práticas de saúde e enfrentamento da doença. Os sujeitos entram em ação a partir de seus modelos culturais, expressando suas crenças e valores (Alves, 1994).

Para Fabrega (1974), as questões comportamentais que levam a disfunções no caso da depressão só podem ser consideradas dentro de um contexto sociocultural determinado. Indivíduos socializados em diferentes ambientes culturais irão expressar estas alterações de formas diversas. Da mesma forma, é fundamental conhecer os significados que a cultura oferece para manifestações da depressão tais como a fraqueza, a desesperança, a perda de sentido etc. Fabrega destaca que a pergunta não é “se encontraremos a depressão em determinada cultura”, mas sim “quais os sinais que a depressão apresenta nesta cultura?”.

Uma das primeiras questões referentes a essa diversidade cultural que envolve o diagnóstico da depressão em diferentes culturas está relacionada aos termos que são utilizados para se referir à doença. Patel (2001) relata a importância da identificação dos termos locais que podem carregar alguma

similaridade ao conceito ocidental de depressão. O autor destaca que em algumas culturas orientais, não são encontrados termos conceitualmente equivalentes para a depressão, o que pode ter reflexos nos diagnósticos realizados em tais culturas.

Jadhav (1996) problematiza os conceitos de culpa, energia, fadiga, estresse e depressão como palavras que possuem significados próprios e origens culturais, o que traria dificuldades para a sua universalização, à medida que a simples tradução dos termos já carrega significados variados. Para o autor, existiria uma universalização do sofrimento e as versões locais das patologias a ele relacionadas; o mesmo já não pode ser aplicado à depressão.

De acordo com Santos e col. (2007), há algumas décadas vem ocorrendo uma banalização do termo que, independente de suas definições, adquire um significado próprio de acordo com quem se classifica como portador da doença. Neste sentido, as relações entre o fenômeno e as condições que o cercam se perdem e a força explicativa do fenômeno se reduz a uma linguagem de senso comum.

Para Caponi (2009), é importante refletirmos sobre o modo com que o fenômeno da depressão é “definido, validado e legitimado”. Segundo ela, não há como negar a existência de uma patologia; entretanto, o transtorno e os conceitos a ele relacionados são cercados do que ela define como uma fragilidade epistemológica.

Em primeiro lugar, Caponi (op. cit.) aponta que os critérios para se estabelecer o diagnóstico se referem principalmente à descrição e enumeração de sintomas, e não à sua explicação etiológica. A partir desta explicação, é realizada a prescrição terapêutica baseada em modificações neuroquímicas; a partir da medicação antidepressiva, busca-se e define-se uma etiologia.

Além disso, estabelece-se uma patologia de um evento na vida de um indivíduo, como por exemplo, o luto, sendo que existe uma variedade de formas de luto, como uma demissão, a questão dos refugiados ou da imigração, a perda de amigos, ou então de cônjuge ou filho, caso o evento ultrapasse o período de dois meses, que é considerado o “saudável” pelo DSM-IV.

Outro ponto a ser considerado se refere ao fato que todas as pessoas podem ser diagnosticadas com depressão, visto que no decorrer da vida todos os estão sujeitos a experimentar estresse quanto aos papéis sociais, eventos traumáticos, perdas, luto, doenças graves, questões relacionadas ao período reprodutivo, velhice e abuso de substâncias psicoativas. Caso o indivíduo responda a qualquer desses eventos, que sejam considerados como fonte de frustração e sofrimento, sem nenhum tipo de alteração de humor, apetite e sono, então este é classificado como “anormal”.

A segunda fragilidade epistemológica, para Caponi (2009), se refere à utilização de parâmetros de frequência para definição da normalidade - o resultado de estudos bio-estatísticos relacionados a médias populacionais, como no caso de disfunções orgânicas. No caso da depressão, como todas as pessoas apresentam os sentimentos e as alterações característicos da depressão, a normalidade se refere a comportamentos socialmente desejáveis, enquanto que a doença está relacionada à persistência de comportamentos indesejáveis.

A terceira fragilidade epistemológica do diagnóstico de depressão se refere ao fato da doença representar um dos únicos quadros psicopatológicos nos quais os comportamentos de risco para se desenvolver a depressão correspondem aos mesmos sintomas da própria doença, no caso a depressão leve. Por todos os motivos descritos acima, evidencia-se que “nossa sociedade parece ter definido um modo privilegiado e socialmente aceito de sofrer, ao

mesmo tempo um modo medicalizado de administrar fracassos e angústias.” (Caponi, 2009:336).

Muitos pesquisadores questionam a alta incidência da depressão em mulheres alegando que elas apresentam esta característica feminina de buscar mais ajuda do que os homens. Entretanto, estudos populacionais com altos índices de depressão entre mulheres e com diferentes métodos de avaliação refutaram esta hipótese (Kornstein e Wojcik, 2002).

Para Astbury, citado por Solomon (2002), esta patologização das taxas de depressão feminina fazem parte de uma construção inteiramente masculina, ou seja, parte-se do princípio que as taxas apresentadas pelos homens corresponderiam ao parâmetro de normalidade. A autora questiona o motivo das taxas masculinas de depressão serem tão baixas, e se a testosterona teria influência na pouca expressividade emocional apresentada pelos homens em geral. Para ela, as taxas femininas poderiam ser reduzidas numa sociedade que promovesse a igualdade de gênero.

No estudo de Martin e col. (2007a) com mulheres em depressão na periferia de São Paulo, foram obtidos dados a partir dos quais os autores demonstraram que muito do que é diagnosticado e tratado psiquiatricamente como depressão refere-se, na realidade, a um contexto sociocultural de sofrimento, carência de recursos materiais, injustiças sociais e, no caso das mulheres, às relações desiguais existentes entre homens e mulheres. Utilizando-se do conceito de cultura oriundo da antropologia social, os autores afirmam a importância dos profissionais de saúde buscarem o entendimento do segmento cultural no qual as pessoas enfermas se encontram, os significados e valores, as vivências cotidianas, bem como as relações interpessoais. Frente ao profissional de saúde, o sofrimento é reconhecido, legitimado e nomeado – ainda que sob a perspectiva médica.

Para Caponi (2009), o diagnóstico da depressão tem representado um meio eficaz de classificar e “modelar” pessoas, embora o sofrimento trazido por elas esteja sendo resolvido de modo silencioso e solitário, pela medicação.

1.3.2. A difícil definição do diagnóstico da depressão nos serviços de saúde

Para Peveler e Kendrick (2001) os estudos sobre a depressão tem evidenciado que o transtorno frequentemente não é diagnosticado nos serviços de atenção primária à saúde. Em alguns países industrializados, esta taxa de subnotificação chega a 50% dos pacientes. Mesmo quando este é diagnosticado, geralmente não é devidamente tratado.

De acordo com os autores, vários motivos podem ser enumerados para este problema. Dentre eles, o fato de que os clínicos gerais realizam diversos atendimentos por dia, gastando uma média de 8 minutos por consulta, e realizando plantões em diversos locais de trabalho, além de terem que lidar diariamente com uma gama diversa de aspectos físicos e psicológicos do cuidado.

Outro fator seria relacionado ao fato de que raramente a depressão é considerada como transtorno mental, e no início do seu desenvolvimento, não é vista como doença grave (Patel, 2001); por esse motivo, os clínicos gerais tendem a reconhecer os pacientes que apresentam sintomas mais severos, enquanto que a grande maioria que apresenta sintomas leves a moderados permanece não diagnosticada.

Para Patel (2001), em alguns países a depressão acaba se misturando aos denominados transtornos mentais comuns, ou então ao “nervoso”, termo também frequentemente utilizado pelos pacientes em suas consultas, amplamente estudado por Silveira (2000).

Outros problemas apontados por Patel se referem à pouca consciência por parte da equipe de saúde da questão da somatização presente no quadro depressivo, que está diretamente ligada ao treinamento e capacitação profissional no que se refere a este transtorno.

Outra dificuldade relatada por ele é a classificação da depressão, no que se refere à distinção entre a doença e a ansiedade, dado que na maior parte dos casos, os quadros ocorrem simultaneamente e possuem tratamento semelhante. A taxa de comorbidade em atenção primária chega a ser maior que 50%, o que leva à reflexão sobre a distinção das patologias.

O autor menciona também como fator impeditivo do diagnóstico o estigma causado pelo transtorno, que faz com que pacientes relutem em relatar sintomas e médicos relutem em estigmatizar seus pacientes.

Wolpert (2001) relata que o estigma causado pela depressão é diferente de qualquer outra enfermidade mental, visto que o enfermo é muitas vezes interpretado como uma pessoa desagradável e não confiável. O desenvolvimento da doença é associado à fraqueza, e muitas vezes o deprimido é julgado quando “aparentemente” não apresenta nenhum motivo para se deprimir.

Seu comportamento e o discurso pessimistas geram reações de repúdio e rejeição por parte de outras pessoas, e a auto-estigmatização tem sido relatada como uma das partes mais difíceis da doença. Este sentimento faz com que o próprio enfermo se sinta envergonhado e inferiorizado por sua condição, não sabendo como lidar com as outras pessoas e situações.

A depressão masculina, em especial, também é relatada em alguns estudos como sendo sub-notificada, visto que a maioria dos pacientes não apresenta o mesmo comportamento feminino de retraimento na depressão; ao contrário, os homens se manifestam em grande parte por meio de atos violentos, pelo uso de substâncias psicoativas e pelo excesso de trabalho (Solomon, 2002).

Apesar das mulheres deprimidas relatarem ideação suicida, os homens apresentam taxas de propensão ao suicídio quatro vezes maior do que as mulheres; os impulsos destrutivos, os comportamentos nocivos e de confronto parecem ser mais frequentes nos homens deprimidos, o que demonstra maior probabilidade de existir uma relação entre violência e depressão masculina. Ela se confunde com um quadro de irritabilidade e se manifesta em locais diferentes das unidades de saúde, como por exemplo, na rua, em brigas com desconhecidos; em casa, acarretando violência contra a família. Isto pode ser ainda explicado em parte pela socialização masculina, como já discutimos anteriormente, que inibe o choro, as lágrimas e a possibilidade de sentir emoção nos homens (Solomon, 2002).

Diante das colocações apresentadas e da complexidade de variáveis que se apresentam enquanto questões relevantes para o diagnóstico de depressão configura-se o interesse na realização deste estudo. A idéia presente é a de que a patologização da saúde mental feminina é presente não somente no cotidiano dos serviços de saúde, mas como valores e preconceitos internalizados pelas próprias mulheres, condições tais que se constituiriam como empecilhos para o acolhimento, o tratamento e enfrentamento de suas adversidades.

2. OBJETIVOS

- * Caracterizar o perfil sociodemográfico e trajetórias de vida das mulheres com diagnóstico de depressão, sujeitos da pesquisa.
- * Identificar motivos que levaram as mulheres a buscar assistência em saúde por ocasião do diagnóstico de depressão.
- * Desvelar sentidos atribuídos pelas mulheres à experiência do diagnóstico de depressão.
- * Caracterizar processos de elaboração da vivência com a depressão pelas próprias mulheres.
- * Analisar as narrativas das mulheres, a partir da leitura biomédica e de gênero, na perspectiva das ciências sociais.

ULTIMATE OBJECTIVE

- * Contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas a mulheres, no campo da saúde mental, tendo em vista ir além da visão psiquiátrica, contemplando ações integrativas em nível de serviços de saúde, dentro de uma visão integral da mulher.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1. Natureza da Pesquisa

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo objeto de estudo se constitui a partir das concepções e significados da experiência de mulheres em depressão. De acordo com Baptista (1999), a pesquisa qualitativa se dedica

“...à análise dos significados que os indivíduos dão às suas ações, no espaço que constroem as suas vidas e suas relações, ou seja, à compreensão do sentido dos atos e das decisões dos atores sociais, assim como dos vínculos das ações particulares com o contexto social mais amplo em que estas se dão.”

De acordo com Minayo (2007), as metodologias de pesquisa qualitativa são “... entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações humanas e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.” (Minayo, 2007, p. 22-23).

Desta forma, segundo a autora, pode-se apreender a lógica interna que rege os indivíduos e os grupos sociais, bem como os valores e interpretações sobre os acontecimentos relacionados à saúde e adoecimento.

E ainda, a metodologia qualitativa, “... além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.” (Minayo, 2007, p. 57).

O que se pretende com este tipo de metodologia é possibilitar um novo olhar frente ao fenômeno que se compreende como depressão feminina. Ao buscarmos o discurso das mulheres não estamos pressupondo que a visão das mesmas a respeito da sua experiência de depressão corresponde à realidade dos fatos. Pelo contrário, o que está sendo apresentado traz uma perspectiva, um determinado ângulo da depressão, dentre as diversas maneiras de se conceber o fenômeno. Isto significa que esta “verdade”, esta forma de ser da doença para estas mulheres, adquire um caráter não apenas provisório, relativo, porém também mutável (Critelli, 2006).

3.2. Sujeitos da Pesquisa

Foram entrevistadas 8 mulheres adultas com diagnóstico de depressão e que estavam realizando tratamento na Unidade de Saúde Vila Hauer, contactadas a partir dos serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba – Paraná. As mulheres foram selecionadas independentemente da faixa etária, da condição de saúde e da presença de outras morbidades. As autorizações para a realização da pesquisa encontram-se no Anexo 1 e 2.

3.3. Locus da Pesquisa

O serviço de atenção à saúde do município de Curitiba conta com 50 Unidades Básicas de Saúde, 55 Unidades Básicas com Estratégia Saúde da Família, 4 Unidades de Saúde Complexas, 7 Unidades Especializadas, 10 Centros de Atendimento Psicossocial – CAPS, 8 Centros Municipais de Urgências Médicas – CMUMs, 1 Hospital Geral e Maternidade e 1 Laboratório de Análises Clínicas.

A Unidade de Saúde Vila Hauer é uma das 7 unidades especializadas de saúde do município, localizada no Bairro Hauer e abrange os bairros Hauer e Boqueirão. Além de oferecer os serviços de inalação, curativos, injeções, vacinação, entrega de medicamentos, dentre outros, ao mesmo tempo oferece consultas especializadas em ginecologia, obstetrícia, urologia, dermatologia, cardiologia, odontologia e a realização de pequenas cirurgias, oferecidas por uma central municipal de consultas da rede especializada.

Atualmente são 28.000 usuários atendidos no local, sendo metade desta população dependente do Sistema Único de Saúde. Dentre os cadastrados, 1.300 são usuários hipertensos, 1.300 diabéticos, 333 crianças com as vacinas em dia e 90 gestantes (dados do mês de março/2012).

Com relação ao Programa de Saúde Mental, quando existe suspeita de quadro clínico a Unidade realiza um primeiro encaminhamento para dois ambulatorios em saúde mental, o Ambulatório Elo e a Clínica Dr. Hélio Rotemberg, onde são realizadas consultas individuais ou em grupo por profissional especializado na área. Os casos mais graves podem ser encaminhados para atendimento em hospital-dia, ou mesmo hospital psiquiátrico. Nos casos de dependência química, existe o atendimento realizado

por um consultor em dependência química, para o qual a Unidade marca consultas a partir da demanda espontânea.

Além desse atendimento, duas vezes por mês o psiquiatra comparece à Unidade e realiza a supervisão psiquiátrica, avaliando alguns casos quanto à necessidade de atendimento ambulatorial. As maiores demandas em saúde mental do equipamento são a depressão e os transtornos de ansiedade, e as mulheres são a maioria dos 176 usuários cadastrados no Programa de Saúde Mental da Unidade; a medicação mais recomendada é a fluoxetina.

Com relação ao diagnóstico em saúde mental, este pode levar meses para ser definido, visto que no primeiro momento a suspeita gera um encaminhamento para o ambulatório, que indica a medicação e realiza o acompanhamento. O usuário retira a medicação na Unidade e continua o atendimento nos ambulatórios.

3.4. Levantamento dos Dados

As mulheres que constituem os sujeitos da pesquisa foram contactadas a partir do seu cadastro no Programa de Saúde Mental da Unidade de Saúde Vila Hauer. Esta listagem de 176 usuários com seus nomes, endereços e telefones foi fornecida pela autoridade sanitária, com a devida autorização para a pesquisadora entrar em contato com as usuárias e convidá-las para a pesquisa.

Cabe ressaltar que, dentre os 176 participantes do Programa de Saúde Mental, 40 eram do sexo masculino, sendo excluídos portanto da pesquisa. Das 136 mulheres, 85 apresentavam cadastro ativo no programa, ou seja, haviam comparecido à última consulta marcada e retirado a medicação. As 51 mulheres

restantes apresentavam cadastros inativos, ou seja, não compareciam há algum tempo na Unidade.

Dentre as 85 mulheres cadastradas e atendendo ao Programa, 34 não possuíam telefone em seus cadastros, o que dificultava o contato, visto que comparecer ao endereço sem a permissão das usuárias poderia trazer problemas tanto para a pesquisa como para a Unidade. Foram priorizados então os cadastros que possuíam algum telefone cadastrado em sua ficha, tanto móvel quanto fixo.

Das 51 mulheres que possuíam telefone, vinte e duas não foram localizadas pelo fato destas terem mudado de endereço e os telefones encontrarem-se desatualizados.

Das 29 mulheres restantes, em cinco residências ninguém atendeu o telefone; outras seis possuíam outros diagnósticos clínicos, tais como o de ansiedade, Mal de Parkinson, diabetes, esquizofrenia, transtorno bipolar e “nervoso”, e não o diagnóstico de depressão.

Além disso, quatro usuárias chegaram a marcar a entrevista e não compareceram; houve remarcação a pedido, porém novamente faltaram. Outras quatro simplesmente se recusaram a participar da pesquisa.

Dentre as mulheres que integraram a pesquisa, foram entrevistadas dez mulheres, sendo que três abriram suas casas para receber a pesquisadora, após contato telefônico. Outras 3 preferiram ir até a Unidade para a realização da pesquisa.

Dentre os nomes que constavam no cadastro, alguns possuíam o mesmo endereço. Ao ser realizado o contato telefônico, constatou-se que se tratava de um abrigo para pessoas com transtorno mental.

Em contato com a equipe de saúde da casa de apoio, esta prontamente abriu as portas para a pesquisa, ressaltando o benefício que as mulheres abrigadas iriam ter através do trabalho. Foram entrevistadas 4 mulheres, que prontamente quiseram participar da pesquisa. Entretanto, duas mulheres não possuíam diagnóstico de depressão, razão pela qual não foram incluídas no trabalho.

3.5. Coleta de Dados

As entrevistas foram gravadas mediante consentimento das participantes, e sua participação foi voluntária, manifesta através do preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3), que foi lido em voz alta pela pesquisadora. Em seguida foi preenchida uma ficha de caracterização sociodemográfica e situação de saúde de cada participante (Anexo 4). Foram realizadas entrevistas em profundidade, a partir de um roteiro do tipo temático (vide Anexo 5), que ocorreram nas dependências da Unidade de Saúde Vila Hauer ou na própria residência da entrevistada (loais onde foi garantida a privacidade das mesmas). Foi utilizado um diário de campo onde foram anotadas outras informações relevantes para a pesquisa.

Foi escolhida a técnica dos depoimentos pessoais como instrumento de coleta de dados, por colocar o sujeito em posição de destaque e pela postura do pesquisador, que conduz a entrevista, procurando extrair os dados essenciais para o seu trabalho sobre o que o entrevistado vivenciou ou presenciou (Pereira de Queiroz, 1988).

A partir da fala do sujeito, com suas vivências e visão de mundo, pode-se apreender aspectos relacionados ao subgrupo ou cultura aos quais ele

pertence, e os quais reproduz, com sua rede de valores, ideais, simbologias e hábitos que permeiam o processo de saúde e doença (Rigotto, 1998).

3.6. Tratamento e análise de dados

O tratamento dos dados contidos nas gravações dos relatos das mulheres iniciou-se pela transcrição e categorização para análise. Foram identificados e agrupados os temas principais que emergiram dos relatos, sendo apresentados através de categorias ou subcategorias de análise.

Para o processo de tratamento e interpretação das narrativas buscou-se uma aproximação a alguns dos pressupostos básicos da análise do discurso das mulheres. Por meio dessa técnica procurou-se desvelar os sentidos produzidos pela linguagem, por exemplo, partindo do princípio que “o discurso produzido pela fala sempre terá relação com o contexto sócio histórico” (Caregnato e Mutti, 2006, p. 680).

A linguagem não só reflete o meio ambiente, ela é produto do encontro entre o sujeito e o outro, num dado contexto histórico, assim como determinado por forças inconscientes e por representações já constituídas anteriormente à sua prática.

Portanto, o pressuposto básico é o de que a análise do discurso não trabalha com a forma ou o conteúdo em uma perspectiva linguística: ela propõe novos sentidos mediante interpretação (Caregnato e Mutti, 2006) e procura conferir ao enunciado um lugar social (Lima, 2003). E ainda, não permanece apenas no que é enunciado, mas busca o enunciável através da interpretação.

Por fim, a análise de discurso não se preocupa com a descoberta da verdade, mas sim em demonstrar novas interpretações das falas ou narrativas dos sujeitos, seu funcionamento, a ideologia presente, seu lugar na sociedade (Caregnato e Mutti, 2006).

3.7. Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba para autorização de realização da pesquisa (anexo 2), e também aprovado pelo Comitê de Ética da FSP – USP, conforme Anexo 1.

4. SOBRE AS MULHERES E SEUS DISCURSOS

4.1. Sobre as Mulheres Sujeitos da Pesquisa e Suas Trajetórias de Vida

Ao introduzirmos algumas considerações sobre as mulheres por nós entrevistadas e suas trajetórias de vida, apresentamo-las através das características peculiares que consideramos serem as marcas dos seus discursos. Assim, Beni se apresenta como “A andarilha”; Marília, como “A condenada”; Guida, como “A apaixonada”; Ana Laura, como “A mulher em busca do que restou”; Vânia, como “A mulher em busca da reparação”; Cleusa, como “A realista”; Neide, como “A batalhadora”; e Sirlene, como “A autêntica”.

BENI: A “andarilha”

Quem vê o sorriso de Beni não imagina as marcas do passado que ela traz consigo. Esta mulher de 52 anos é solteira, sem filhos, do lar, residente numa casa de apoio para adultos, estampa um grande sorriso ao poder contar a sua história. De acordo com seu registro institucional, Beni apresenta retardo mental leve e histórico de convulsões.

É dia de festa no abrigo, mais tarde vai ter bolo e visita dos familiares. Beni é uma das aniversariantes. Faz dois anos que está fazendo tratamento para depressão, e que está nesse abrigo.

Na entrevista, traz a narrativa de ter sido uma criança muito “arteira” e por isso apanhava bastante da sua mãe. Saía de casa, andava muito na rua, sem rumo, entrava em um ônibus e depois pegava outro, chegando em lugares que não conhecia. As pessoas lhe ajudavam quando pedia comida, ou então

quando estava perdida. De vez em quando sofria “incômodos”, quando caía no chão e ficava “toda torta”. Ficou com sequelas – um lado do corpo paralisado. Sempre a irmã vinha resgatá-la e trazê-la para casa. Aí Beni saía novamente sem rumo. Morou na rua, trabalhava como catadora de papelão. Chegou a usar maconha, álcool e tabaco. Mas faz questão de dizer que “nunca fiz mal a ninguém.” Após a morte da sua mãe, acabou sendo encaminhada para o abrigo.

Chora e fica nervosa ao lembrar da morte da sua mãe, gostaria de ir para sua casa, mas não tem mais como.

Em suas lembranças, narra com entusiasmo os detalhes do sítio onde viveu sua infância na presença de diversos animais, lembrados um a um. Entretanto, ao relatar o primeiro episódio no qual recorda do seu relacionamento familiar, Beni manifesta tristeza ao lembrar que sua mãe não queria lhe dar de mamar e a jogou aos porcos da casa, segundo Beni, para ser comida por eles. Sua madrinha foi quem a salvou e a tirou do chiqueiro, suja de lama e repreendeu sua mãe pelo ato.

Seu maior sonho era casar e ter filhos, mas com seu estado de saúde os médicos a proibiram de ficar grávida. Chegou a ter um pretendente, mas o relacionamento não deu certo. Hoje fica feliz, pois está bem, ajuda no abrigo, faz as atividades e nunca fez “feio” para a sua mãe – nunca engravidou.

MARÍLIA: A “condenada”

Marília, com seu relato fantástico, parece não pertencer a este mundo. É viúva, tem 82 anos, não teve filhos. Faz tratamento para depressão há 7 anos. Mora atualmente com a irmã e com o cunhado.

Inicia sua história contando como os espíritos sempre infernizaram a sua vida, e ela aguentou tudo em silêncio.

Na sua narrativa, relata que aos cinco anos de idade, era uma criança bonita. Uma cigana então lançou um feitiço sobre ela e ela se transformou em “rapariga”, ou seja, virou mulher, pois a partir daí, um homem, amigo do seu pai, a perseguiu. Marília foi crescendo e “errando” - arranjando namorados e depois largando-os, e segundo a idosa, “ficou no gosto dela para o feitiço, virei rapariga.”(SIC)

Por ter perdido a honra com os namorados achou que não merecia mais casar. Mas o destino trouxe a ela o seu futuro marido e ela se casou com ele. Entretanto, a perturbação dos espíritos não a deixou: passou por diversas crises de saúde e internações psiquiátricas, devido à insônia, fraqueza, falta de apetite e tristeza – chorava muito. Segundo a irmã de Marília, esta ficou doente por 40 anos.

Outro feitiço da cigana caiu sobre seus pais, que brigavam muito, e ela presenciava isso. A macumba deu certo: seus pais acabaram por se separar quando ela tinha 30 anos.

A vida na roça era dura, e o marido de Marília trabalhava muito para eles conseguirem comprar um pedaço de terra para morarem. Nos dias em que se sentia melhor, Marília ia ajudar o marido na roça.

Os espíritos lhe perturbavam de tal forma que Marília um dia esqueceu onde colocou todas as economias do casal, o que causou grandes brigas no casamento, ao ponto de seu marido tentar matá-la por conta disso. Com a ajuda de uma benzedeira, o mal foi retirado do seu marido e ele nunca mais fez nada contra Marília. Pelo contrário, segundo Marília, ele aguentou a sua doença por vários anos.

Muitas pessoas tentaram ajudá-la, levando-a ao médico e à benzedeira, fazendo orações, porém Marília afirma categoricamente não existir remédio para ela; os espíritos sempre voltam para castigá-la. Sente-se no purgatório.

Segundo Marília, nunca contou essas histórias para ninguém. Diz que a sua irmã não acredita nela, por achar que é louca. Sua mãe só ficou sabendo de tudo o que aconteceu quando veio visitá-la agora, 12 anos depois que já faleceu.

Sua esperança de alívio está na promessa de um outro mundo onde não haja sofrimento. Sonha com o porvir – o paraíso.

GUIDA: A “apaixonada”

Guida sempre foi uma menina muito correta, trabalhadora, e relata que o seu grande sonho era se casar, ter seus filhos e cuidar da casa.

Desde pequena já trabalhava como doméstica, pois vinha de uma família pobre. Conta que seus pais brigavam bastante por conta da divergência de opiniões sobre a sua educação. Quando adolescente, Guida conta que sua mãe apanhou bastante do seu pai por ter deixado a filha sair e se divertir à noite.

Bonita, disputada, Guida casou-se conforme sua mãe recomendava: virgem, de branco, com o primeiro namorado. Teve 3 filhos, dedicava-se a eles e ao marido, que era motorista. Com o tempo, entretanto, o marido começou a tratá-la com violência e a acusá-la de traição, sem motivo. Nesse momento começou a sua depressão, que culminou com uma tentativa de suicídio e uma posterior internação psiquiátrica, que a marcou para sempre. A sua dor estava relacionada ao fato de esforçar-se para ser uma boa dona de casa e esposa, porém continuava infeliz no casamento.

Resolveu se separar e criar os 3 filhos sozinha. Passou por muitas dificuldades financeiras, mas teve a ajuda de vizinhos para sustentar os filhos, que hoje são adultos e independentes.

Conheceu então aquele que viria a ser o amor da sua vida: Tonho. Iniciaram um relacionamento de amizade que culminou numa grande paixão, à qual Guida entregou-se completamente. Passeavam juntos, saíam para se divertir e namorar, como nunca antes Guida havia experimentado. Até que descobriram estar doentes: ambos contraíram o vírus HIV, e Tonho é quem transmitiu o vírus para Guida.

Hoje faz um ano que Tonho faleceu, e Guida sofre sua ausência. A doença está controlada, mas a saudade não. Está tentando reconstruir a vida, mas a tristeza está sempre presente na sua fala. Às vezes fica se perguntando o que fez de tão ruim para merecer tudo isto. Não esperava que ela, uma pessoa tão correta, honesta, que sempre fez a sua parte, fosse castigada com uma doença como essa. Apesar de tudo, quer viver, quer amar, quer cuidar de animais.

VÂNIA: Uma mulher “em busca da reparação”

Vânia, 42 anos, separada, há 6 anos em tratamento para depressão, nunca se conformou com o fato de sua mãe ter ido embora de casa quando ela tinha 4 anos. Este fato, segundo ela, marcou a sua existência, levando-a, notadamente a não ouvir conselhos e orientações da família na adolescência e ir em festas, beber, usar drogas e, posteriormente, abandonar o próprio filho.

Vânia chegou ao ponto de querer acabar com a própria vida. Pensava em se matar mas não tinha coragem, segundo ela. Foi buscar ajuda no posto

de saúde. Iniciou o tratamento, começou a se sentir melhor com a medicação, voltou a sentir paz e a gostar de viver.

Hoje Vânia encontra de vez em quando com o filho, que hoje tem 19 anos, e eles almoçam juntos. Sonha em morar com ele e a recuperar o tempo que se passou. Está trabalhando na área de alimentação e mora com uma tia.

ANA LAURA: Uma mulher “em busca do que restou”

Ana Laura, 57 anos, separada, em tratamento há 5 anos, encontra-se num abrigo para adultos. Na entrevista, queria contar a sua história, apesar de estar sob forte efeito da medicação e ter dificuldade para manter um relato contínuo. Trocava as palavras, parecia sonolenta, e não se lembrava de datas com precisão. Porém os fatos mais importantes da sua vida estão presentes na entrevista, como flashes isolados que surgem à sua mente.

Relata ser filha adotiva, e que nunca se deu bem com a sua mãe de criação. Tentou uma faculdade, mas não conseguiu terminar. E as brigas eram constantes. Entrou em outra faculdade, mas teve dificuldades para pagar as mensalidades. Novamente as brigas ocorriam.

Conseguiu emprego como vendedora de livros jurídicos. E mais brigas ocorreram. Resolveu casar e teve três filhos. Pelo menos as brigas pararam.

Mas aí acabou se separando. E a depressão a derrubou. E quando a sua mãe de criação faleceu, os filhos resolveram colocá-la no abrigo, contra a sua vontade.

Hoje Ana Laura dorme a maior parte do dia, por conta da medicação. Lê a Bíblia, faz ginástica. Não consegue mais ler livros com letra muito pequena.

Está tentando juntar os pedacinhos que o destino despedaçou.

CLEUSA: A “realista”

Cleusa, 62 anos, casada, em tratamento para depressão há 8 anos, realiza tratamento também para diversos problemas de saúde, como diabetes, tireóide, colesterol, pressão alta e artrose.

Entretanto, relata que a sua depressão começou há 33 anos atrás, quando se casou e nada do que acreditava aconteceu. Tudo o que ela sonhara do casamento se mostrou uma ilusão: o marido não era o que ela imaginava, cuidar dos filhos não era o que ela imaginava, sentia-se pequena numa cidade grande (veio de Mafra – SC), então começou a sentir medo.

Não fazia nada sem a presença do marido. Até que ele ficou doente. Aí ela começou a cuidar dele, e aos poucos foi conquistando independência. Hoje faz cursos e adora trabalhos manuais. Tem bom relacionamento com os familiares no interior do estado e não se sente mais incapaz.

NEIDE: A “batalhadora”

Segundo Neide, 56 anos, casada, iniciou tratamento para depressão há um ano, e na realidade o seu problema é estresse. Tudo começou quando o seu marido sofreu derrame em 2004. Ele ficou com algumas sequelas, porém continuou trabalhando e ajudando a cuidar do filho do casal que tem paralisia cerebral, vítima de erro médico.

Neide tem outras três filhas, mas sempre quis dar um filho homem ao marido. Quando conseguiu realizar o sonho do marido, há 20 anos atrás, por

erro médico não pode fazer o sonho dar certo: o filho, cadeirante, agora é totalmente dependente dela.

E em 2011, o marido sofreu o segundo derrame, que o deixou na mesma condição que o filho: sem movimentação de um lado do corpo, cadeirante, sem condições de alimentar-se ou realizar a higiene de forma autônoma. Neide agora é responsável por cuidar da casa, pelo sustento, pelo acompanhamento médico do marido e do filho, correndo de um lado para o outro sem descanso.

Agora sua mãe também precisa de ajuda, e sua filha acabou de perder um bebê de oito meses. Ela me pergunta: Como lidar com tudo isso? O que ela fez de errado? Por que o céu está desabando na sua cabeça?

Será que ela tem depressão, ela me pergunta. Depressão? Segundo ela, não dá tempo de ter depressão!

SIRLENE: A “autêntica”

De acordo com Sirlene, 43 anos, casada, em tratamento para depressão há 4 anos, ela sempre foi uma garota fechada, e sempre falaram para ela que ela tinha “olhos tristes.” No trabalho, mostrava-se forte para os outros, apesar de às vezes ir ao banheiro e chorar.

Percebeu que estava em depressão quando já se encontrava à beira da morte – já não se importava em morrer, atravessar a rua sem olhar, só queria saber de ficar num quarto escuro.

Fala de como seu pai sempre chegava bêbado em casa, e de como via o sofrimento de sua mãe. Seu pai um dia acusou sua família de ser culpada pela morte que ele causou.

E Sirlene carrega essa culpa até hoje. Apesar disso, está melhor, seus filhos estão bem e são a razão da vida dela.

Aprendeu a ser autêntica e a fazer as coisas de acordo com o que realmente sente, não mais de forma automática. Hoje trabalha com gosto e dedicação numa panificadora próxima à sua casa. Começou a ir na igreja e se abrir mais com as pessoas, e tem bom relacionamento com a família.

Tabela 1. Características das mulheres sujeitos da pesquisa.

	Beni	Marília	Guida	Vânia	Ana Laura	Cleusa	Neide	Sirlene
Diagnóstico	Convulsão, depressão e diabetes.	Depressão	Depressão e AIDS.	Depressão	Depressão	Depressão, pressão alta, colesterol, diabetes, artrose e diabetes	Depressão e hipotireoidismo	Depressão
Medicação	Carbamazepina, fenegris, sinvastatina, risperidona e tegretol.	Cloridrato de amitriptilina e clorpromazina.	Amitriptilina, diazepam e fluoxetina	Fluoxetina	Haldol e carbamazepina.	Fluoxetina e rivotril.	Fluoxetina	Imipramina
Local de tratamento	Clínica Dr. Helio Rotemberg	Unidade de Saúde Vila Hauer	Clínica Dr. Helio Rotemberg					
Ocupação	Do lar	Do lar	Costureira	Atendente de alimentação	Vendedora	Do lar	Do lar	Balconista
Renda	R\$ 545,00	R\$1800,00	R\$915,00	R\$545,00	R\$545,00	R\$1200,00	R\$900,00	R\$3000,00
Escolaridade	Analfabeta funcional	Lê, mas não escreve	Ensino fund. incomp.	Ensino médio completo	Superior incomp.	Ensino fundam. incomp.	Ensino médio completo	Ensino médio incomp.
Cor	Parda	Branca	Branca	Parda	Parda	Branca	Branca	Branca

4.2. Categorias de Análise

4.2.1. Como é estar com depressão

Ao indagarmos sobre a percepção que as mulheres entrevistadas tinham acerca da depressão, pudemos observar que as narrativas versam sobre diferentes aspectos ou dimensões de seu sofrimento, ainda que interligados. Tais aspectos são físicos ou somáticos, psicológicos ou emocionais, e ainda aqueles relacionados ao seu lugar no mundo.

Segundo Patel, “muitos estudos descrevem a apresentação clínica da depressão na clínica geral e demais serviços da atenção primária. As queixas mais comuns são somáticas, em particular o cansaço e a fraqueza, mal-estar e dores múltiplas, zozzeira, taquicardia e alterações do sono. Entretanto, os sintomas psicológicos podem se manifestar caso questionado na consulta. Portanto, os sintomas psicológicos típicos como perda de interesse nas atividades diárias ou sociais, ideação suicida, dificuldade de concentração e ansiedade ou preocupação podem estar presentes na maioria dos pacientes” (Patel, 2001: 35).

(1) Sobre os aspectos somáticos da depressão

a) Alteração do sono

Dentre os aspectos físicos, o principal sintoma descrito por Guida, Cleusa, Marília, Ana Laura e Neide foi a alteração do sono.

Marília descreve a insônia como companheira nos últimos vinte anos:

“Naquele purgatório que eu tava, de noite eu não dormia, passei 20 anos sem dormir! Quando eu cochilava era 10 minutos, 5 minutos, 15 minutos. [...] Eu ficava a noite acordada, no outro dia eu trabalhava. E quando eu não trabalhava, só em casa, limpava a casa, fazia almoço, que tava fraca, né? [...] Aí é melhor, é pra dormir, porque eu não dormia, né? Passei todas essas coisas, e não dormia de jeito nenhum. Trabalhava e não dormia, acordava no outro dia e podia trabalhar que não tinha sono. Deitava na cama e cadê o sono, tinha que tomar remédio para me dar sono. Eu durmo depois da uma, duas horas, duas e pouco, que eu vou dormir.”(Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Conforme podemos observar, a insônia que Marília descreve como um viver em “purgatório” por cerca de 20 anos representa não somente um sintoma físico aparentemente isolado a ser tratado, uma vez que nesse seu relato sobre insônia, a mesma já vem acompanhada da queixa de fraqueza, mas mantém estreitas relações com os aspectos de diferentes naturezas presentes na literatura como característicos da depressão, quando revela, igualmente, as implicações que notadamente a insônia apresenta para sua vida cotidiana.

Para Guida, assim como para Cleusa e Ana Laura, estar com depressão é caracterizado igualmente pela dificuldade em dormir:

“Então, depressão é o seguinte: tem noite que eu consigo dormir, tem noite que eu não consigo. [...] À noite, às vezes acordo de madrugada que nem essa noite, acordei 3 horas, não consegui dormir.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“A depressão [...] tenho sintomas assim: ...tenho dificuldade para dormir.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“[com a depressão] eu não sentia sono, eu demorava para dormir. ”(Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

Como no relato de Marília, podemos observar as relações que a alteração do sono mantém com outras queixas ou sintomas de diferentes ordens. Na fala de Neide, essa relação é com os aspectos emocionais, narrada por ela como sensação de sufocamento e ansiedade:

“Porque eu me sentia... parece que sentia sufocada, sentia ansiedade, sabe? Eu deitava na cama e não conseguia dormir.” (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

b) Alteração do apetite, fraqueza e memória

A alteração de apetite apresentou-se na fala de Guida como sintoma, mas coadjuvante ao de alteração do sono conforme observamos abaixo:

Aí tenho assim muita ansiedade, que dá fome, né? Até engordei um pouco. Eu emagreci bastante, há um ano atrás, com a perda do meu marido, eu cheguei a 60 kg. Tava com 78.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Da mesma forma que nos relatos de Marília e Neide, os aspectos emocionais são mencionados na identificação do “estar com depressão”; no caso de Guida, a queixa da fome encontra-se estreitamente relacionada à ansiedade.

No caso de Marília, a alteração de apetite é relatada como um dos sintomas físicos com alterações profundas na sua aparência física e na sua autoestima:

“Essa perturbação não deixava eu comer também. Porque quando eu ia comer, essas traziam cheiro para a minha comida, trazia areia, na comida, eu comia um bocadinho só mas fiquei tão magrinha, tão magrinha que eu não comia nada.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Mas não é brincadeira não feitiço que fizesse ficar 5 meses na cama, quase sem comer, sem beber, nem água não bebia quase, meu marido fazia comida e falava: “Vai almoçar, Marília”; “Ah, eu não to com fome, não quero almoçar não.” Às vezes ele fazia um pratinho de sopa todo dia para mim eu comia um bocadinho... É assim que eu fiquei 5 meses na cama, sem trabalhar. Que nem eu era forte, trabalhava lá, fiquei sem valer nada, fiquei magrinha, magrinha. Tá tudo esses ossos meu aqui. Eu fui tomar banho me olhei ni mim, vi o cadáver que eu tava, falei “Meu Deus”.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Conforme podemos observar, a alteração de apetite narrada por Marília encontra especificidades somente passíveis de serem interpretadas quando referidas à sua visão de mundo relativa à religiosidade que professa, qual seja, a crença em forças ou energias extraterrenas ou espirituais. Tal concepção religiosa representa um outro universo de explicação da experiência de depressão que a acompanha, ao longo da sua existência, e se apresenta em seu caso como um conjunto de sintomas físicos caracterizadores, na literatura médica, como sendo típicos da depressão. Ao lado das alterações de sono, apetite e fraqueza já mencionadas, acresce a queixa de alteração na memória, somente relatada pela mesma, em sua fala apresentada abaixo.

“porque as miséria [os espíritos] tanto [atormetou] a gente – perdi roça, perdi 10.000 reais, que eu fiquei esquecida e não sabia onde tinha guardado, depois que acabou o valor eu vim aqui e

achei os 10.000 real. Tanta perturbação que eles faziam em mim.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“e os espíritos não deixou mais eu lembrar onde é que eu tinha pnhado o dinheiro. Aí eles tava me perturbando, daí eu esqueci e ele falava: “Cadê meu dinheiro, que eu não acho o meu dinheiro, onde que ficou o meu dinheiro?”Eu não tinha o que falar para ele: “Não sei, não sabia.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

O discurso de Marília, específico sobre a fraqueza ou perda de energia que a incapacita para as atividades de sua vida cotidiana, ganha a mesma expressão lingüística de seu imaginário ou representação acerca do conjunto de sintomas que se entrelaçam quando ela busca descrever como é estar em depressão. Mais uma vez, apresenta igualmente as estreitas relações entre queixas de natureza somática e aspectos emocionais, representado, no caso, pelo choro freqüente, conforme narrativa a seguir:

“e fiquei por morta. Me pnharam um como é que fala aquele que hipnotiza? Hipnotizador. Hipnotizaram eu e eu fiquei por morta, acho que fiquei uns 5 dias por morta com aquela macumba deles. Aí fizeram que eu sumi, fiquei uns 5 dias na cama. [...] E quando eu não trabalhava, só em casa, limpava a casa, fazia almoço, que tava fraca, né? [...] E eu tava muito fraca. Eu chorava muito. Então eu tava sentada aqui no sofá. Sentei ali, virei pra cá e comecei a chorar, falei “Meu Deus, com essa fraqueza, como é que eu limpo essa casa”, não agüentava nem o rodinho e o pano” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Assim, a linguagem simbólica, ou até mesmo mítica, com que Marília narra seus sintomas de fraqueza, perda de apetite e de memória mais uma vez evidencia os desafios que a linguagem puramente positivista da ciência no campo da saúde encontra na interpretação da saúde mental, assim como no atendimento e acolhimento a “casos” complexos como o dela.

(2) Aspectos psicológicos e emocionais

Conforme podemos observar, dentre os sintomas de natureza física citados por Patel (2001), já mencionados, ganham expressão nos relatos das mulheres entrevistadas notadamente as alterações de sono, citadas por cinco delas. Muito embora esse autor mencione que os sintomas mais comuns no caso da depressão referem-se ao de natureza somática, vale destacar que, no caso de nossa pesquisa, as queixas de natureza psicológica ou emocionais apresentam-se nos relatos das mulheres de maneira mais expressiva, quer por sua diversidade ou relações com os aspectos somáticos.

No entanto, o que tais aspectos psicológicos e emocionais permitem desvelar é o quanto a depressão se apresenta como um fenômeno com sintomas ou queixas por vezes indecifráveis, inexprimíveis. Traduzem-se tão somente numa sensação de profundo mal-estar, sofrimento psíquico e estranhamento de si mesma, conforme ilustram relatos abaixo descritos de Marília, Sirlene e Cleusa:

“Estar com depressão é não saber o que está falando, não saber o que está fazendo e fica só nervoso, que nem o meu sobrinho Dijair que tava com depressão, ele sofria, sofria e não sabia o que tava passando.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Ah, é horrível. Só de falar é... assim... (emocionada) sensação de que... de que você não existe nesse mundo, sabe? É uma época muito ruim. (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“tenho sintomas assim: ..vontade de tá num lugar alto, com bastante vento, que ninguém fale comigo...” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004).

Se no caso de Marília e Sirlene os sentimentos ou sensações não são identificáveis, quando essa identificação ocorre, a exemplo do relato de Cleusa, podemos observar o quanto por vezes queixas e sintomas trazidos por pacientes podem ser reveladores de uma linguagem para além não só das ciências biomédicas, mas igualmente das ciências humanas e sociais.

Quando identificadas queixas ou sintomas específicos, podemos observar que aspectos considerados pela literatura especializada como psicológicos ou emocionais ganham especificidades, mas se entrelaçam aos aspectos somáticos e socioculturais, apontando mais uma vez para a complexidade do fenômeno.

a) Tristeza e choro

O grupo de mulheres apresentou diversos momentos de tristeza acompanhados de choro, como relatam Beni, Sirlene, Vânia, Guida, Marília, Ana Laura e Cleusa:

“a depressão [...] tenho sintomas assim: tristeza, vontade de chorar... (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Mas a questão da cabeça, daquelas tristezas, daquela coisa ruim que eu tinha, eu não tenho mais.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“Esses incômodos dá tristeza, às vezes fico nervosa, choro.” [...] Afetou que... que me dava tristeza, eu ficava com raiva, chorava... eu se lembrava da minha mãe que morreu ou às vezes né tem dia que eu fico nervosa, choro, demais de ta aqui, que eu quero ir pra casa e não tem jeito, né!” (Beni, 51 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

“antes eu tinha aquelas crises de choro, sabe, de me sentir sozinha, de...” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Tem dia que eu choro muito.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“minha irmã ta aí, fia, internava eu porque eu vivia chorando.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Aí eu não consigo ficar em casa o dia inteiro, vai me dando aquela agonia, aquela coisa ruim, aí já começo a chorar, sabe? (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“Então, quando eu...eu... eu vi assim que eu não tava me sentindo bem. Chorando muito, ansiosa, é... deprimida, essas coisas! Daí eu falei – “Não, agora eu acho, tenho que procurar ajuda para ver o que que ta acontecendo, porque acho que isso aí não é o normal, né?” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

b) Nervosismo, ansiedade e irritabilidade

Alves considera o “nervoso como um comportamento diretamente ligado a uma dinâmica interativa na qual conduta e modo de ser do indivíduo são considerados como estranhos ou alheios a um padrão normal de comportamento.” (Alves, 2002:162). Nos casos das mulheres descritos a seguir, este conceito trazido pelo autor cabe na descrição que elas fazem sobre seus comportamentos em situação de aflição.

Cleusa, Marília e Neide descrevem o estar com depressão como uma sensação de nervosismo, ansiedade e irritabilidade:

“ A única coisa que eu sinto é que to bastante estressada, você entendeu? Eu sinto que tenho muito estresse. E muito nervosismo, assim, sabe? “ Sim, por causa do nervosismo, entendeu? Eu choro, chorava, tava chorando muito à toa, [...], então, qualquer coisinha eu chorava, ninguém podia falar nada pra mim que eu já chorava, explodia, tava muito explosiva, entendeu?”(Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Eu não sei, que quando chega essa época [final do ano] eu fico tensa, eu fico nervosa, eu fico agitada, eu tenho dificuldade, é... não consigo quase me relacionar com as pessoas direito, é... tipo de insegurança, vontade de chorar bastante.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Estar com depressão é não saber o que está falando, não saber o que está fazendo e fica só nervoso...” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

c) Angústia e desespero

A sensação de aperto manifestada de maneira indiferenciada ou relacionada ao peito encontram-se como expressão de angústia nos relatos de Guida e Sirlene de maneira característica:

“E assim, não posso ficar muito nervosa, sabe, porque daí parece que aquela ansiedade aperta mais, assim, sabe? (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“Mas... mas é triste, porque as pessoas não entendem o que você tem, sabe? Eles acham que você ta de frescurite, que você, sabe? Eles não entendem. Então é complicado você se sentir assim com o peito amargurado, apertado, doendo, e você não saber o que que é?” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Para além da angústia, o sentimento de desespero parece revelar uma manifestação exacerbada de como mulheres como Sirlene e Vânia experienciam o estar com depressão:

“ Foi quando eu tive a crise que eu tive assim um ataque... meu marido fala que é um ataque histérico, mas eu não acho que seja um ataque histérico. Eu tive um ataque onde eu cheguei a desmaiar, né? Aí eu tive que ir para o hospital. Aí de lá eles falaram: “Ó, encaminha ela”, e aí eu vim pra cá, para a unidade daqui, me encaminharam para o Dr. James.” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Totalmente desesperada, totalmente desesperada. A vida para mim não tinha mais sentido. Não tinha gosto por nada, nada, nada.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

d) Falta de sentido da vida e alienação de si mesma

De acordo com Critelli (2006), “ser faz sentido quando, através do que faz e nos modos pelos quais faz, alguém chega a ser mais, ou menos, propriamente, ele mesmo.” (Critelli, 2006: 140). Pode-se inferir que, a partir desta concepção, a existência para estas mulheres, que descrevem a falta de sentido da vida como manifestação psicológica ou emocional, ainda se apresenta de maneira obscura, velada, em termos de reflexão,

Se a “vontade de não fazer nada” significa para Ana Laura manifestação psicológica e emocional do que pode representar para muitas mulheres estar com depressão, quando se observa as dimensões desta ausência de sentido na vida da pessoa, o relato de Vânia ganha expressão. Ele parece se apresentar como um caso típico da complexidade e múltiplas relações que aspectos emocionais, presentes no fenômeno, apresentam em termos de implicações para a vida cotidiana das mesmas.

“Vontade de não fazer nada.” (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

“Totalmente desesperada, totalmente desesperada. A vida para mim não tinha mais sentido. Não tinha gosto por nada, nada, nada. [...] Eu não tinha vontade de conversar com ninguém, eu não tinha vontade de sair, eu não tinha vontade de fazer as coisas que eu gostava, que era escutar música, assistir televisão, eu perdi até a vontade de me arrumar. [...] “E por pouco eu não perdi até a vontade de tomar banho. Eu tinha vontade de só ficar dentro do quarto, quieta. Sem conversar com ninguém. [...] Me doía conversar com as pessoas. A minha vontade era fazer um buraco e entrar lá dentro e ficar quietinha. [...] Queria ficar só deitada. E chorava, chorava, chorava!” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“Ah, é horrível. Só de falar é... assim... (emocionada) sensação de que... de que você não existe nesse mundo, sabe? É uma época muito ruim. (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

A sensação de “não existência nesse mundo”, mencionada por Sirlene como sinalizadora dessa falta de sentido da vida ou vazio existencial, para se utilizar a expressão de Fédida (2002), ganha maior expressão quando traz implicações profundas passíveis de serem nomeadas como a sensação ou sentimento de alienação de si mesmas, presentes nos discursos de Beni e Sirlene. Isso porque neles podemos observar a própria desconexão da pessoa, corpo e mundo, o que coloca Beni e Sirlene em situações de vulnerabilidade e risco pelo comportamento alienado que ambas descrevem em relatos abaixo:

“Eu sofria, andava para a rua, pegava ônibus... Depois lá descia, apeava um, apegava doutro, ia para longe, não sabia que rua, né... Então, ia para um lugar que eu não conhecia, né... E sofri, menina do céu, muito! [...] Eu sofri demais, menina. Eu tive incômodo, que eu tive em hospitais, que não conhecia ninguém. Para você eu dizia papapapapapa papa. Tiraram minha foto feito criancinha, né. Daí eu só gatinhava. Eu não podia caminhar. Eu não conhecia ninguém.” (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

“Quando eu tive a crise que eles falaram que eu precisava, senão eu ia acabar morrendo. Eu entrava... eu atravessava a rápida sem olhar! Sabe? Acho que to viva hoje é por Deus mesmo! Porque assim, eu não tava nem aí, eu atravessava a rápida assim... porque na minha casa, assim, tem a rápida, que é a Paulo Setúbal. Então para mim ir na panificadora onde eu trabalho hoje, eu tinha que atravessar essa rápida, e

eu atravessava assim, às vezes o carro buzina, e... eu ia. Aí um dia eu pensei: “Não, não posso, tenho meus filhos, preciso...preciso achar um caminho pra mim.””
(Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

e) Sentimento de autodesvalorização

A mesma sensação de “não existência nesse mundo”, mencionada acima por Sirlene e colocada por nós como sinalizadora da falta de sentido da vida ou vazio existencial, encontra igualmente relação com a questão da autoestima desvalorizada presente nos discursos de Vânia e Ana Laura abaixo mencionados:

“Também descobri isso, que eu não gostava de mim. Eu sempre dava mais valor às outras pessoas. Por exemplo, se eu tivesse que fazer uma coisa agora, você é minha amiga e você me pedisse alguma coisa, se pudesse eu largava para ir lá fazer para você.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“[Depressão é] Não querer me enxergar, não querer me ver.” (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

A grande diversidade de aspectos psicológicos e emocionais que podemos observar nos discursos das mulheres investigadas aponta para a riqueza de novas dimensões que estudos de natureza qualitativa sobre o tema permitem evidenciar quando focam a questão da depressão como um problema complexo e não redutível a uma única dimensão, qual seja a biológica. Tal fato poderia, ao que parece, ser explicado pelo próprio interesse dos estudos clínicos que buscam priorizar aspectos somáticos em detrimento dos

psicológicos e socioculturais. O próprio Patel afirma que, embora as queixas mais comuns sejam somáticas, se houver interesse pelos aspectos psicológicos e este tópico for ativamente investigado, eles poderão se manifestar, durante a própria consulta, na maioria dos pacientes (Patel, 2001:35).

(3) Dimensões socioculturais da depressão

Patel (2001) afirma que, a exemplo dos aspectos psicológicos, que emergem facilmente na maioria dos pacientes quando investigados na consulta, o mesmo ocorre para os aspectos socioculturais.

Em nossa pesquisa, as dimensões socioculturais da depressão apresentam-se com repercussões sobre o desenvolvimento de atividades da vida cotidiana, o relacionamento com o outro e a inserção do paciente no mundo.

a) Incapacidade para realizar as tarefas diárias

Sirlene e Cleusa relatam uma sensação de incapacidade e impotência para realizar as tarefas diárias relacionadas ao exercício da maternidade, que lhes parecia exigir algo além das suas possibilidades:

“Então é assim, ver ele, sentir assim que eu não tinha condição de ter ele (bebê), de cuidar dele, que eu não tinha (suspiro)... Ah, era horrível.” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Mas devido eu ter as crianças pequenas e eu não ter, achava que não tinha condições de cuidar deles sozinha...” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

b) Desprazer nas atividades antes preferidas

A ausência de um sentido para a vida (Critelli, 2006) ou a sensação de um vazio existencial (Fédida, 2002), já discutidos anteriormente como aspectos psicológicos ou emocionais, encontram-se estreitamente relacionados ao que nas narrativas das mulheres se apresenta como desinteresse por atividades cotidianas e lúdicas consideradas originalmente prazerosas.

Para Vânia, Marília e Guida, a questão do desprazer nas atividades antes preferidas foi algo marcante nos relatos:

“Eu não tinha vontade de conversar com ninguém, eu não tinha vontade de sair, eu não tinha vontade de fazer as coisas que eu gostava, que era escutar música, assistir televisão, eu perdi até a vontade de me arrumar.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“É os espíritos que vem na gente e fica governando a gente, e destrava [trava] a fazer uma coisa e destrava [trava] a fazer outra, destrava [trava] a ir na igreja, eu quero ir na igreja às vezes a gente nós tudo de sapato, nem eu nem ela nem ele, fica tempo sem ir na igreja por causa disso, é tudo mandado por eles. Porque eles trabalham com demônio, capeta. [...] Aí, mas com essa perturbação, ele não deixam eu costurar mais, porque ficam perturbando.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Não tenho vontade de sentar na máquina para fazer nada, eu não to bem.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

c) Da dificuldade de relacionamento familiar ao isolamento social

As dificuldades de relacionamento familiar se manifestaram através da agressividade de uma entrevistada em relação aos membros da família, bem como na necessidade de isolamento e até mesmo repulsa do outro, inclusive cônjuge, manifestada por outra.

Tais aspectos são narrados por Neide e Sirlene:

“por causa que daí eu tava ficando muito agressiva... [...] Falei, porque não pode, eu não era desse jeito, e eu to sentindo... Aí ela (filha) disse pra mim: “Mãe, eu já percebi que mãe até no conversar com a gente a mãe agride a gente, sem querer”, sabe? Como assim, você agredindo as pessoas sem querer? Aí foi onde eu procurei o médico.”(Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“(o que mais me afetou) o meu relacionamento com o meu marido. Assim de... de... me afetou bastante assim, teve dias de eu não querer ver ele, de não querer olhar, de não querer, sabe? Assim, me afetou bastante nesse ponto.” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Nos casos de Vânia, Sirlene, Cleusa e Ana Laura, o isolamento se apresenta em seus discursos como algo necessário, representando as dificuldades de relacionamento com o outro que a depressão pode acarretar:

“Eu tinha vontade de só ficar dentro do quarto, quieta. Sem conversar com ninguém. [...] Me doía conversar com as pessoas. A minha vontade era fazer um buraco e entrar lá dentro e ficar quietinha. Às vezes minhas primas chegavam aqui na minha tia visitar ela, nossa, aquilo me dava até uma agonia, pensei meu

Deus, eu tenho que levantar pelo menos para cumprimentar, n é, para dizer oi, aquilo me doía. Daí eu ia lá, com muito esforço cumprimentava elas e já voltava para o quarto. Queria ficar só deitada. E chorava, chorava, chorava!” [...] É que eu tava de uma maneira que eu só queria ficar deitada, sabe, debaixo das cobertas, quietinha num canto. Eu só queria isto. Para mim só tava se ficasse assim, ó, bem quietinha.”(Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“tenho sintomas assim: ..vontade de ta num lugar alto, com bastante vento, que ninguém fale comigo...” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Tive dia que você não quer ver ninguém, quer ficar isolada, sabe, eu não sei” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Depressão não quer fazer nada, quer só sentar num canto, não quer nem conversar com ninguém. [...] Ninguém me veja de preferência, ninguém fosse me ver. Foi tudo isso. Ficar num quarto escuro (suspiro).”(Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

d) Pensamento e desejo de morte

Como foi possível mostrar, a depressão se manifesta nos discursos das mulheres pesquisadas a partir notadamente de relatos sobre desprazer nas atividades antes preferidas, nas dificuldades de relacionamento social em sentido amplo e estrito, busca de isolamento e manifestações de dificuldades

de relacionamento com o outro. Neste contexto, o pensamento de morte emerge, ao que parece como uma busca de solução para uma situação que não apresenta sentido, saída, ou alternativas.

“Ah, é horrível. Só de falar é... assim... (emocionada) sensação de que... de que você não existe nesse mundo, sabe? É uma época muito ruim. Vontade de... eu tive vontade de me matar, sabe? Eu tive vontade de...de... entrar debaixo do carro, foi horrível, horrível mesmo. Eu tive crise que eu tive que ir para o médico desmaiada, tomar medicamento, né, assim, é horrível. Bem horrível a sensação. Tive dia que você não quer ver ninguém, quer ficar isolada, sabe, eu não sei” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Já veio até [pensamento] de morte, de tentar acabar comigo (suspiro) É uma coisa horrível, né? Que não é para aparecer, não é de Deus, né?” (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

“Antigamente, sempre tinha um pensamento de querer se matar. [...] Sempre pensava em se matar. Só que não tinha coragem de fazer isto. Mas era um pensamento que sempre tava na minha cabeça.” [...] Eu perdi a vontade de viver e de fazer as coisas que eu gostava. [...] É, eu nem sabia que era depressão, isso. Eu achava, olha, eu tava tão perdida na minha vida que eu não sabia de nada, eu só sabia que eu queria morrer! Mas daí dali no hospital, devido todo sofrimento, foi cômodo, “Ah, você tá com depressão, tem que tomar remédio.” Eu nem liguei, eu já tava tão...[...] Mais afetada do que eu já tava, não ia ficar, né? [...] e a vontade de se matar, que para mim parecia a única saída para isso era a morte. Mas coisas de Deus, acabei vindo aqui para o posto de saúde, procurei, contei todas essas coisas, acabei me internando aqui no Hélió, fiquei 47 dias lá. Aí tomei bastante medicação.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“sei lá (choro) eu amo meus filhos, sabe? (choro) (suspiro). Como eu falo assim que eu vou morrer... Já cheguei a dar a chave para o meu filho. “Taí a chave, passa todo dia de manhã porque a gente nunca sabe, eu tenho... dá um derrame, um infarte, vai ver já to lá fedendo, lá estufada (suspiro).” [...] Mas eu falo muito em morrer. Meus filho fica bravo. “Ai, mãe, para de ficar falando desse poder aí; logo que chegar a hora, vai morrer” Ah, mas não sei, não sei, tem hora assim que sei lá.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Enquanto que para a maioria das mulheres os relatos sobre pensamentos de morte situavam-se no passado anterior ao tratamento, no caso de Guida trata-se de um pensamento que ainda persiste como uma possibilidade para solução dos sentimentos difusos e dolorosos que a acometem.

Ao refletirmos sobre os discursos das mulheres que descrevem “como é estar com depressão”, pudemos observar o quanto estes aspectos - somáticos, psicológicos ou emocionais e socioculturais - se entrelaçam. A complexidade da depressão, seja como fenômeno objeto de estudo ou de intervenção por parte dos serviços de saúde. Daí a importância de se introduzir abordagens sobre processos saúde-doença que possam ir além da visão biomédica positivista, incorporando a contribuição notadamente das ciências humanas e sociais.

Nesta perspectiva, destaca-se a importância de resgatar a subjetividade dos denominados “pacientes”. Trata-se de considerar sua condição de sujeitos em uma relação, conforme defende notadamente Ayres (2009), e não de inseri-los como meros objetos de uma prática assistencial fragmentada e redutora, que os desumaniza, os torna invisíveis, bem como a sua própria enfermidade, como aparece nos relatos das mulheres. Assim pode-se ir além da chamada

história natural da doença, centrada em aspectos somáticos, e incorporar na abordagem de enfermidades complexas como a depressão a perspectiva mais ampla de que são um processo biológico, psicológico e sócio-cultural.

Tais considerações sobre a multidimensionalidade da depressão ganham ressonância nas reflexões de Fédida (2002) - filósofo, psicólogo e psicanalista – que descreve e interpreta o que considera a experiência comum do estado de depressão - uma “única sensação: aquela, quase física, de *aniquilamento*” (grifo do autor). Para ele, a depressão “se aparenta mais a uma imobilização, um impedimento de sentir os menores movimentos da vida interna e externa. [...] O pensamento, a ação e a linguagem parecem ter sido totalmente dominados por uma violência do vazio.” Assim, “a vida está vazia; não existe gosto ou interesse por nada e predomina a incapacidade de se fazer o que quer que seja. Essa queixa é triste, mas é uma tristeza quase desapegada, sem afeto. Não é um lamento que manifeste ou anime uma interioridade: é uma voz que constata um processo de desaparecimento” (Fédida, 2002: 9).

A partir desse discurso, Fédida busca colocar o estado deprimido como o “estado do desumano”, uma vez que “ele não se resume a um isolamento em relação aos outros, ou ainda, o retraimento à mais simples comunicação. É a própria aparência humana que se apaga – simples gesto ou rosto, tonalidade da voz nas palavras, simples impressão de um sentimento ou lembrança.” Em suma, “a depressão toma o aspecto violento do aniquilamento do vivente humano” (Fédida, 2002:10).

Fédida busca contrastar o que denomina de vida psíquica – representando a aparência humana essencial – ao estado de depressão, que revelaria “em negativo esta vida psíquica, exatamente na sua ausência.” (Fédida, 2002: 10).

Considerando que tais aspectos apontados por Fédida poderiam ser identificados em muitos dos discursos das mulheres sobre seus sentimentos e sensações de “como é estar com depressão”, nossa hipótese interpretativa é o de que ao se estudar a depressão - ou ao buscar intervir em nível dos serviços de saúde - é preciso necessariamente redimensionar processos investigativos e intervencionistas.

4.2.2. Motivos atribuídos à depressão

Diversas razões para o desenvolvimento da depressão foram encontradas nos relatos das mulheres.

(1) Luto pela perda de familiares

O luto pela perda de familiares próximos foi considerado por Beni e Guida como um dos principais desencadeantes da tristeza que consideraram como representativa do estado de depressão:

“me dava tristeza, eu ficava com raiva, chorava... eu lembrava da minha mãe que morreu ou às vezes né tem dia que eu fico nervosa, choro, demais de ta aqui, que eu quero ir pra casa e não tem jeito, né! [...] Que eu tava internada com os aparelho tudo fincado assim nos braço, aí quando minha mãe morreu, né, eu tava internada, né. Eu não pude ver minha mãe, né! (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

Então, porque que eu fiquei com essa depressão toda. É, já começou o casamento errado, né? Aí depois perdi mãe, perdi pai, perdi pessoas da família

querida, né? E meu marido também, tudo isso aí, me batia, viajava e me traía, sabe? (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Para Grinberg (2000), “o conceito de luto implica um processo dinâmico complexo que envolve a personalidade total do indivíduo e abarca, de um modo consciente ou inconsciente, todas as funções do Eu, as suas atitudes, defesas e, em particular, as relações com os outros.” Para ele, o luto é um processo no qual coexistem o sofrimento provocado pela perda do objeto ou ser amado, o esforço psíquico para adaptar-se à realidade, e o enfrentamento dos sentimentos tanto positivos como negativos relacionados a ele.

O autor afirma que no caso da morte de um ente querido, a perda obriga ao abandono de todos os afetos a ele relacionados, gerando uma resistência por parte do indivíduo que é natural. Por fim, a vitória da realidade sobrepuja tal resistência, que, a seu tempo e com grande gasto de energia psíquica, cede após intenso processo de retorno às lembranças e recordações da relação perdida.

Neste momento de perda, o indivíduo enlutado se constituiria como um ser “doente”. No entanto, seu estado mental pode ser definido como um processo natural da vida. Para poder superar o luto, uma pessoa precisa ter vivido, durante o seu período de infância precoce, uma relação em que tenha experimentado e introjetado figuras positivas que lhe proporcionaram afeto, cuidado e segurança (conforme a interpretação de Grinberg, 2000). Dependendo das circunstâncias pelas quais a pessoa está passando quando ocorre a perda de uma pessoa amada, do estilo de relacionamento e dos afetos relacionados, este evento pode abalar seu mundo externo e, conseqüentemente, provocar graves perturbações de sua personalidade e identidade, além de depressão e culpa.

Nos discursos de Beni e Guida observamos que as perdas de pessoas próximas aconteceram em idade adulta, quando pode haver uma gama maior de recursos internos para o a elaboração e enfrentamento da situação. Porém, em seus relatos estão presentes diversos episódios da infância que, em tese, não favoreceram uma relação de afeto, cuidado e segurança com figuras significativas. No caso de Beni, ela narra a relação conturbada com a mãe, que em sua lembrança chegou a jogá-la aos porcos e a surrá-la com frequência. Guida traz como lembrança marcante sua mãe sofrendo violência física de seu pai por sua culpa, devido ao seu comportamento rebelde. Daí entendemos que, diante de tais histórias de vida, a superação do luto apresenta-se como um fenômeno de maior complexidade.

“...Daí quando minha mãe ganhou eu, ela ia para a roça, daí ela não queria dar de mamar, né, porque eu queria mamar. Daí quando foi o dia de noite, ela me pegou e me jogou para os porcos comer (suspiro). Era dia de chuva e ia passando uma madrinha minha, né. Que então... Ela... pegou e.... os porcos queria comer eu e minha madrinha entrou dentro do chiqueiro, né. Me tirou tudo lambuzada de barro. Me levou eu para casa e aí ela disse assim para a minha mãe: “Olha, Dna. Vicentina, a Sra. não pode fazer isso pra ela! A Sra. só tem que pegar e dar de mamar (voz rouca) e aí porque ela pode... porque ela ta doente desse tipo! Ela é uma pessoa que é toda doentinha, essa mia afiada e...” E agora to aqui menina. [...] Não faço assim nada! Sai para o ... parquinho, andar, se cuido, sem se lamentar, que eu já sofri demais, se você visse o que eu sofri, eu já apanhei bastante, minha mãe me surrou bastante. Me deixou eu sem poder falar” (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

“porque meu pai não deixava eu sair, trabalhava a semana inteira e ele não deixava eu sair, quando eu saía ele batia na minha mãe de corda, minha mãe puxando água de poço e ele descendo a corda, um dia meu irmão voou nele, até para bater nele, porque isso aí, não era coisa dele fazer, né? Eu trabalhava a semana inteira, pousava lá no emprego. Aí um fim de semana sim, um não, eu tinha folga no domingo, às vezes sábado ela deixava ir pra casa à tardinha, né? Aí tinha uns amigos a gente queria ir num bar, sempre gostei, né? Nossa, quando eu ia, ele brigava com a minha mãe, batia na minha mãe, sabe? Então aquilo, nossa menina!”(Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

A exemplo de Grinberg (2000), diversos estudos relatam o luto de pessoas próximas como um dos possíveis motivos da depressão; entretanto, uma análise mais aprofundada sobre a natureza do relacionamento com a pessoa falecida e as implicações desta perda sobre a saúde mental da mulher ainda constitui um desafio de pesquisa.

(2) Sobrecarga de responsabilidades

Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), as mulheres em geral contribuem para a renda familiar e muitas vezes se constituem como principais provedoras e responsáveis pelas tarefas domésticas, além de frequentemente proverem cuidados para os parentes idosos. Por conta disso, a mulher desempenha múltiplos papéis e multiplica a jornada de trabalho diário.

Os efeitos nocivos desta sobrecarga se manifestam de diversas formas, como por exemplo, no termo “nervoso” relatado por mulheres, os diversos sintomas somáticos e a falta de descanso (OMS, 1995). Para Gastal e col., (2006), a sobrecarga de trabalho, a maternidade, o trabalho informal ou desemprego podem estar envolvidos no desencadeamento de transtornos psiquiátricos.

Em nossa pesquisa, a sobrecarga de responsabilidades se configura como a principal razão para o desenvolvimento da depressão nos discursos de Cleusa, Neide e Guida.

Para Cleusa, a sobrecarga de responsabilidades como motivo da depressão aparece relacionada à questão da mudança de cidade, somada ao casamento e à criação de três filhos pequenos, o que lhe trouxe insegurança e um sentimento de medo:

É, na época foi.. como é que eu vou te dizer... problema de família, mesmo, né? Eu tinha os filhos pequeno, e tinha uma dificuldade de relacionamento com o marido, e tava sendo difícil superar, mas graças a Deus depois a gente superou tudo isso, né? [...] Mas devido eu ter as crianças pequenas e eu não ter, achava que não tinha condições de cuidar deles sozinha... Então eu tinha muito medo. O meu maior problema era o medo. Então isso causou muito a depressão por causa disso daí. Então é... eu vim de uma família simples, num lugar é... pequeno, daí vim para uma cidade grande, já isso há... assusta a gente no começo. É, pouca instrução, então tudo tinha medo, e eu na época, eu já tinha 3 filhos, porque eu peguei uma menina para criar. Então os 3 eram pequenos, e eu... achava que eu não ia conseguir superar os problemas que a gente tava passando no momento e isso causou a depressão. [...] Então, devido a esses problemas, longe da... da família, que eu nunca tinha saído de perto de mãe e pai, nada, né? [...] Então, ficou tudo... lá era um lugar muito

restrito, a minha criação foi... foi de casa para o trabalho, do trabalho para casa, então eu não tive assim aquela preparação que hoje as meninas tem, né? Então quando eu vim para a cidade grande, isso aí me... me assustou. Muito. [...] Deixou eu com muito, muito medo, e vi que a... o que eu imaginava do casamento não era o que eu imaginei, então tudo aquilo acumulou, né? Não que o marido tenha sido ruim, não, não é isso. Mas era a ... as dificuldades que a gente passava, aquele sonho que eu tinha, não era aquilo que eu tinha sonhado, então tudo isso ajudou, e as crianças pequenas e eu achava que não ia conseguir superar aquilo e... causou isso a depressão daí. (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Para Neide, a sobrecarga de responsabilidades se apresenta como motivo principal de sua depressão: ela era a cuidadora principal primeiramente de seu filho, que é portador de necessidades especiais, e mais recentemente, de seu marido, vítima de acidente vascular cerebral. Ao apontar a sobrecarga que as atividades de cuidadora encerram, Neide chega a negar que tenha depressão atribuindo os sintomas que possui simplesmente a um estresse, conforme relato a seguir:

A única coisa que eu sinto é que to bastante estressada, você entendeu? Eu sinto que tenho muito estresse. E muito nervosismo, assim, sabe? Acho que por causa dos problema de doença do derrame do meu esposo pra cá, né? [...] Então foi a sobrecarga, Cristina, eu acredito que seja, sabe? Não sei, pode até ser que eu esteja errada, mas eu acredito que seja sobrecarga, to muito sobrecarregada, né? [...] Você vê, meu esposo ficou usando cadeira de roda, fralda, não come sozinho, ficou com a mente bastante confusa. Então eu acredito que seja isso, porque eu não era desse jeito. [...] Eu choro, chorava, tava chorando muito à toa, porque foi logo no começo que deu derrame no meu marido,

então, qualquer coisinha eu chorava, ninguém podia falar nada pra mim que eu já chorava, explodia, tava muito explosiva. Entendeu? [...] Então na verdade é isso, Cristina, sabe? É mais...é um pouco é estresse mesmo. Falta de descansar! Eu to precisando des-cansar! Eu to sobrecarregada. Não consigo dormir de noite. Porque assim a noite que eu durmo bem, que Deus ajude que ele dorme disposto, nossa, até cantar eu canto dentro de casa (risada). (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

A negação do estado de depressão por Neide também aparece no discurso a seguir, quando reitera sofrer de estresse e menciona ter interrompido o tratamento da depressão. Neide afirma que o problema que a acomete não se reduz a uma questão de saúde em termos estritos, cuja solução vai além do campo tradicional do cuidado em saúde:

[...Vou continuar a minha consulta algum dia, se a sra. [psiquiatra] puder me dar um remédio pra estresse, que dificilmente vai ter, assim, como é, não vai ter como, porque meu dia a dia ta sobrecarregado, não tem como ? Não tem como ninguém me ajudar. [...] Se eu falar pra você que é legal a minha vida, não é, sabe Cristina? Mas não tem o que fazer. Eu não tenho, não tem o tratamento pra isso, pra mim, você entendeu? Eu tenho certeza absoluta que não é... eu tenho certeza e eu tenho convic.. absoluta que não tenho depressão. Não sei, me desculpa, se às vezes eu tiver falando besteira, mas é porque eu não aceito essa doença, não aceito mesmo. [...] Sendo que na verdade o meu problema, o problema dela não é remédio, você ta me entendendo? [...] Não é remédio, é o problema dentro de casa. O que que adianta a gente tomar remédio, sendo que vai continuar o meu problema? (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Para Guida, a sobrecarga de responsabilidades como razão principal para a sua depressão encontra-se atrelada às suas próprias condições materiais de vida, decorrentes de violência doméstica por parte de seu parceiro. Ela precisou se afastar dele, assumindo a responsabilidade de provedora da família constituída por ela e seus três filhos:

“então é decorrer de todas essas coisas, né, que foi deixando eu depressiva, né? Aí se vê, é falta de dinheiro... foi tudo aquilo se acumulando. Vê as crianças passarem necessidade, não tinha de onde tirar, e eu nunca deixei meus filhos com ninguém, que se eu deixasse meus filhos com a sogra ou com outro parente, eu talvez nem taria mais aqui, porque eu não vivia sem meus filhos, sabe? Eu passava fome para dar o que comer. Se eu tinha um pão, eu tinha que dividir, eles comiam, mas eu não, entendeu?” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

A questão das relações de gênero assume diferentes aspectos para estas três entrevistadas. Para Cleusa, sua formação estabelecia a identidade feminina como dependente da figura masculina; a despeito da decepção com o casamento e relacionamento conjugal, este foi mantido. Para Neide, aparece em seu desejo de realizar o sonho do marido de ter um filho – já tinha três filhas, mas não considerava o suficiente – o que aponta a figura da mulher como responsável pela concretização dos desejos dos homens. Para Guida, elas se destacam na violência doméstica sofrida, que em seu discurso apresenta-se como algo que se repete geração a geração.

(3) Doença grave

Hough (1999) observa que pessoas que convivem com doenças crônicas apresentam maior número de sintomas depressivos, principalmente pessoas idosas, devido à qualidade de vida e apoio social, abalados pelo adoecimento

prolongado. Em nosso estudo, Beni e Guida relatam o fato de serem acometidas por doença grave, o que teria contribuído igualmente para o desenvolvimento da depressão.

“Eu sofri demais, menina. Sofria incômodos assim que... em que me dava isso, me dava assim essas doença, eu caía desde criancinha eu sofria de paralisia, fiquei com essa mão tudo paralisada, né, tudo torta, não posso comer com ela. Só como com essa aqui, tenho essa mão e essa perna que é torta, né. [...] Não posso [engravidar], os médicos falaram que porque agora para ter um fio tem que ter aquele corte na barriga, aqui, ó. Os médicos me deram, fizeram umas... coisa de... para não engravidar. Eu tomo injeção. [...] Eu queria tanto, porque eu adoro ter criança, quando eu vejo uma criança, ô menina do céu! Eu choro assim de poder pegar, sabe?” (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

“Eu já vi o meu marido, morreu disso, né? Eu acompanhei tudo. E ele que passou pra mim (HIV). Esse último, né? Então... aí que só ta com medo, quando a médica chamou no hospital que ele tava mal que ela contou pra mim, pediu pra eu fazer exames que fui fazer e deu, aí o mundo desabou. Aí depois adquiri essa doença aí, que eu achei que eu ia... Um dia eu achei que era câncer, eu achei que câncer era, eu achei que eu ia morrer de câncer, menos dessa doença”. (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

(4) Interferência espiritual

Como vimos anteriormente, para Marília, a doença era claramente originada por uma interferência espiritual.

Deram esse castigo, os espíritos que me guiam. Eles ficavam até para vir de noite para me castigar. Só castigo, passava por aqui. [...] É por isso que eu fiquei, que a cigana ficou perturbando, até hoje ela fica perturbando. Ela manda vir, ponhar ácido ni mim, põe por baixo de mim para me castigar. Para não ponhar na comida, quando não, os espíritos traz junto aquele ácido pra mim comer, eu sinto que começa a arder a garganta, aí eu paro de comer, porque eu sei que já é.. (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“fui tão judiada, tão judiada, fui enfiada de agulha de crochê cada nervo, os nervos dos dedos, os nervos da mão e foi correndo assim, passaram 5 mês fazendo isso. Mexiam com tudo meus nervos, para deixar eu doente. Aquilo eu não tava agüentando! Vontade de gritar com o sofrimento que eu tava e fizeram aquela macumba tão bem feita que eu não agüentava, viu eu não dava um gemido.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

A descrição de Marília a respeito da agonia causada por esta interferência tem sido tratada pelo serviço de saúde através da ministração de medicamento, fato que leva à reflexão a respeito do tipo de escuta e racionalidade que são priorizadas pelos profissionais de saúde.

(5) Histórico de conflitos familiares e violência doméstica na infância

De acordo com Marsella e col. (1985), dentre as causas sociais ou eventos estressantes ligados à depressão está a desintegração familiar e social, decorrentes de aspectos como pobreza, baixo nível de escolaridade, desnutrição e racismo.

Sirlene, Ana Laura e Guida relatam histórico de conflitos familiares e relações abusivas na infância como motivo principal.

Para Sirlene, a somatória de eventos que foram ocorrendo ao longo da infância até o início da idade adulta trouxeram o que ela denomina de “acúmulo” de coisas cujas consequências culminaram na doença conferindo-lhe “marcas” que persistem até os dias de hoje:

“Ah, eu não sei... Acho que acarretou tudo desde a infância, a gente vai guardando muita coisa, né? Vai guardando dentro da gente, aí chega uma hora que... acho explode, põe pra fora, e aí começa a aparecer, né? Aí chega no diagnóstico de depressão. Mas assim, eu era muito tri... Até hoje as pessoas falam que eu tenho o olhar muito triste. Eu não acho, mas as pessoas falam. [...] E assim, eu vi a minha mãe sofrer muito com o meu pai, bêbado, né? Chegava em casa bêbado, eu não... eu acho que aquilo, né? Eu acho que levou... à depressão mesmo. Aí vem marido, vem filhos, vem problemas e... [...] Eu acho que você vai guardando aquilo, né? Você vai... O subconsciente vai... como é que fala... vai guardando lá dentro e... [...] Quer dizer, ele colocou a culpa dele na gente, entendeu? Então isso sempre, toda a vida, toda a vida me marcou assim, sabe? Aí eu escutei aquilo, eu me sentia culpada daquilo. E eu nunca falei disso com ninguém. Com ninguém mesmo. [...] Então acho que tem tudo a ver com lá atrás com meu pai, sabe? Lá atrás por ele ter falado aquilo acho, me marcou a vida inteira, até hoje. Entendeu?” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Para Ana Laura, a separação do marido constituiu-se como o evento fundamental para o desencadeamento da doença, como ela relata abaixo:

C – Hum hum. Você.. é.. quando que você ficou com esse diagnóstico?

A – Quando foi? Foi... logo que eu separei. Logo que eu separei fiquei assim.

C – E... porque a Sra. acha que ficou com depressão?

A – Por causa disso.

C – Por causa da separação?

A – Foi. (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

Ana Laura expõe em seu relato um fato que permite a visualização do impacto desta separação em sua saúde física e emocional: o relacionamento conturbado com a sua mãe de criação levou-a a diversas tentativas de emancipação, através dos estudos e de busca de emprego, que tragicamente no seu caso não foram bem-sucedidas. Quando, após o nascimento de três filhos, o seu marido resolve se separar dela, infere-se que a repetição da sensação de fracasso trouxe-lhe sobrecarga emocional quase que insuportável.

Guida, em seu relato, expõe a violência familiar e as suas conseqüências, fenômeno que se repetiu não só na sua própria história, mas também na de seu irmão, e agora mais recentemente na trajetória de sua filha:

“Minha mãe sofreu muito com o meu pai. [...] Tem o meu irmão que bebe muito, trai muito a minha cunhada, tá? Mora lá também em Arapongas, tem outro irmão também que bebe bastante, agora ele tá quase inválido, com problema sério de saúde, sabe? E só, assim. [...] Uma quando eu tinha, que eu perdi o meu marido, eu tava com essa minha filha, né. Depois que ela foi embora, morar lá, eles [filha e genro] brigando assim, eles se judiam bastante, eu não queria ver isso, ela não merece isso (choro). Então é isso aí. O problema da minha depressão é isso aí. (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Vânia também traz a questão da repetição da violência:

“Um conjunto de coisas que eu acho que foram acumulando no correr dos anos. Então... eu venho de uma família bem problemática, uma falta de amor, uma falta de carinho, de compreensão, sabe, a minha mãe foi embora quando eu tinha 4 anos, sabe, abandonou nós, e o meu pai é uma boa pessoa, mas não sabe dar carinho, não sabe dar amor, não sabe, acho que também não recebeu. Então eu acho que o acúmulo de tudo isso, tudo isso, tudo isso, com o passar dos anos, eu acabei achando na bebida uma maneira não sei se de sanar aquelas coisas, porque quando eu bebia eu ficava tão... esquecia de quem eu era, parecia que eu era outra pessoa Eu acho que foi o acúmulo das coisas. Daí eu acabei, o caminho que eu achei foi esse, acho que para sufocar a minha dor e eu já fui meio, não largada, a minha família sempre deu o sustento, tudo, mas eu não tive, como é que posso dizer, apoio. [...] Comecei a desacatar todo mundo, a brigar com todo mundo, a não ligar pra mim, o meu filho eu deixei, larguei com o pai dele, para mim ficar livre para essas coisas. Dói indo, indo, o acúmulo das coisas. Daí eu comecei a sofrer demais, e daí eu percebia que eu bebia mais os finais de semana, na 2ª feira me dava um arrependimento tão grande, uma dor na minha alma. Não tinha vontade. Isso foi se tornando constante, sabe? Aquele sofrimento, aquela dor que parecia que ia me arrebentar por dentro, e a vontade de se matar, que para mim parecia a única saída para isso era a morte”. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

O momento de abrigamento para Ana Laura foi experienciado por ela como um ato desnecessário e violento, no qual não teve poder de decisão:

A – Eu não percebi nada, foram eles que foram me empurrando. Eles me empurraram para essa casa.

C – Hum hum. Eles quem?

A – Meus filhos.

C – Hum hum.

A – Me empurraram para essa casa. Quando eu vi eu tava nessa casa.

C – Hum hum.

A – E digo: “o que é que eu to fazendo aqui, gente?” Não preciso daqui, eu tenho a minha casa. (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

Giffin (1994) observa que em muitas sociedades as mulheres, que antes se mantinham na esfera familiar e se dedicavam à maternidade, atualmente estão assumindo mais postos de trabalho e dominando o espaço público. Entretanto, a mulher ainda é vítima de violência no próprio lar, e o seu principal agressor continua sendo o seu parceiro.

Então, a depressão, isso aí vem de lá de quando eu tive o meu primeiro marido. Meu casamento já foi todo errado, casei com 18 anos, com 27 anos já tive os 3 filhos, ele viajava, ele chegava ele me batia, pegava foto dentro da bolsa dele, sabe? Ele chegava às vezes ele quebrava as coisas, eu não admitia que ele batia nos meus filhos, sabe daí, eu não aguentei e a gente teve que separar. (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

A propósito do estudo de Heise sobre violência contra a mulher e suas consequências para a saúde, Giffin (op.cit.)levanta aspectos essenciais e que foram observados em muitos dos estudos sobre o tema:

1. As mulheres estão sob risco de violência, principalmente por parte de homens conhecidos por elas;
2. A violência de gênero ocorre em todos os grupos sócio-econômicos;

3. A violência doméstica é tão ou mais séria que a agressão de desconhecidos;
4. A maior parte da violência que resulta em lesões físicas é de homens contra mulheres, isto é, a violência sexual é exercida contra o gênero feminino;
5. Dentro de relações estabelecidas, a violência muitas vezes é multifacetada e tende a piorar com o tempo.
6. Em sua maioria, os homens violentos não são doentes mentais;
7. O abuso emocional e psicológico pode ser tão danoso quanto o abuso físico, sendo muitas vezes considerado pior, na experiência das mulheres;
8. O uso do álcool exacerba a violência mas não é a causa da mesma;
9. Existem sociedades onde a violência contra a mulher não existe.

Segundo Oliveira e Jorge (2007), vários estudos demonstraram que mulheres vítimas de agressão física e sexual correm riscos maiores de ter problemas subsequentes de saúde, tanto imediatos como a longo prazo, como lesões, dores crônicas, distúrbios gastrointestinais, além de problemas como a ansiedade e a depressão. De acordo com dados do Banco Mundial, a cada 5 anos de violência para mulheres de 15 a 44 anos, um ano de vida saudável é perdido.

Além disso, este trabalho demonstrou que viver sob tensão gera efeitos psicofisiológicos diretos sobre a saúde, que podem levar ao surgimento de patologias - as alterações hormonais, cardiovasculares, cognitivas, emocionais, dentre outras.

Os autores destacam que as mulheres buscam mais frequentemente os serviços de saúde, embora nem sempre sejam atendidas em suas necessidades reais. Em geral, relatam uma variedade de queixas aos

profissionais de saúde, mas não conseguem demonstrar os problemas que originaram tais queixas.

Apesar da relação entre depressão e violência doméstica ser reconhecida em diversos estudos, é rara a consulta em que o médico irá questionar a respeito das verdadeiras causas dos sintomas expressos pelas pacientes, principalmente se estes forem sintomas físicos (Fischbach & Herbert, 1997). Muitas vezes, a violência não é percebida como elemento que mereça intervenção pelo serviço de saúde, uma vez que não há base anatomopatológica objetiva para justificá-la (Oliveira e Jorge, 2007).

Estes aspectos destacados nos referidos estudos, demonstram a importância dos estudos de violência e gênero para o campo da saúde pública em geral e da saúde mental em especial.

4.2.3. Estratégias de enfrentamento da depressão na perspectiva das mulheres e a problemática do diagnóstico e do cuidado em saúde

Ao considerarmos as estratégias de enfrentamento da depressão pelas mulheres, pudemos identificar um conjunto variado de categorias compreendendo uma ampla gama de aspectos de diferentes naturezas. Um conjunto delas refere-se a estratégias pessoais. Trata-se, por um lado, da valorização do trabalho, lazer, como por exemplo as atividades físicas, trabalhos manuais, leituras (notadamente de literatura de auto-ajuda), como relatam Cleusa, Neide e Guida – ou, por outro, a fuga através do uso de substâncias psicoativas, como foi o caso de Vânia. Além disso, a busca do apoio familiar é igualmente mencionada por Sirlene, Cleusa e Neide.

Para a quase totalidade das mulheres, duas categorias emergem como centrais no presente trabalho: 1) a crença ou prática religiosa e 2) o uso de medicação para depressão.

(1) Crença e/ou prática religiosa

Dalgalarrondo (2008) aponta que alguns estudos sugerem que a prática religiosa auxilia as pessoas no enfrentamento de doenças, aumentando a esperança, o conforto e o apoio social. Em nossa pesquisa, para a grande maioria das mulheres, ter uma crença e/ou uma prática religiosa demonstrou ser de vital importância no enfrentamento da doença, conforme relatam Neide, Marília, Vânia e Sirlene:

“Posso ser sincera?[o que me ajudou a enfrentar] Deus. Eu acredito que é Deus, eu tenho muita fé em Deus. Porque eu falo para a minha família inteira que eu tenho certeza que Deus está comigo. E se não fosse com a força de Deus, a força divina, eu

não taria aqui, para superar tudo isso. Tenho certeza.”
(Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Aí eu começava a chorar, não sabia o que falava para elas, começava a chorar daí a gente ia lá avisar essa colega minha que era do centro evangelho, ela corria me buscar eu. Levava lá e às vezes deixava um mês lá tratando com ele. Aí eu ficava bem, quando eu melhorava eu ia para casa, chegava lá eles tiraram toda aquela atrapalhação. Chegava lá melhorava. Mas depois foi embora. Eu tava lá com eles, morei com eles era muito bom essa gente. Evangelho.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Lógico que eu tive outras ajudas: uma religião, eu li muito livro de auto-ajuda, eu procurei outras coisas. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

É, freqüentar igreja também me ajudou bastante, né. Eu freqüento igreja evangélica, me batizei, me ajudou bastante (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Tal prática, segundo Marília, chegava a ser mais eficaz do que a própria psicoterapia:

Pra enfrentar isso, ir no psicólogo ajuda bastante. Mas pra acabar com isso era só o centro. O centro que trabalhava era boa, essa curadeira minha que é boa ela passou da idade, ela trabalhava no centro, não trabalha mais. (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

A prática religiosa assume diversas formas para as mulheres entrevistadas. Marília descreve como remédio eficaz para enfrentar a depressão:

"daí comecei a fazer novena já antes dele vir, fiz novena que encaminhou ele pra vir pra cá. Daí eu comecei a fazer novena, novena tem todo dia, de pai eterno. Daí comecei a fazer novena e ele [sobrinho] se libertou" (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

E ela ainda acrescenta outra estratégia:

"Daí a mulher apareceu aqui, falou: "Vou fazer uma oração porque você nunca mais vai chorar. Chega de chorar." Aí fez oração para mim, aí, nunca mais chorei, às vezes sai lágrimas dos olhos, mas toda vez que eu lembrava do meu pai, eu chorava, não choro mais, nunca mais." (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Outra forma religiosa para lidar com a doença é descrita por Beni e Ana Laura:

Mas graças a Deus eu sou das... da igreja, né, eu tenho minha Bíblia, né, eu pego a minha Bíblia e leio a minha Bíblia e faço voto com Jesus.

C – Isso aí te ajuda?

B – Ajuda.

C – E a tristeza passa um pouquinho?

B – Passa. (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

C – É... como a Sra.... né.... como que a Sra. enfrentou tudo isso?

A – Não sei (pausa).

C – Teve alguma coisa que ajudou?

A – Eu leio muito a Bíblia, eu li a Bíblia. (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

A loucura sempre esteve associada à mulher, desde os primórdios da humanidade, pela sua maior suscetibilidade e vulnerabilidade ao demônio (Del Priore, 2004). De acordo com Vilela (*apud* Pegoraro, 2008), havia uma concepção maligna a respeito do corpo e da sexualidade femininos, que seriam a causa de transtornos histéricos e melancólicos. De acordo com Del Priore (2004), além do saber biológico, havia uma concepção moral que orientava a prática da medicina. Ele ressalta que na história da psiquiatria o sangue menstrual era considerado o causador de alterações de comportamento e alucinações. Tosi (*apud* Pegoraro, 2008), coloca que na Idade Média muitas mulheres foram queimadas nas fogueiras da Inquisição, acusadas de bruxaria e possessão demoníaca por apresentarem condutas anormais para o que se esperava de uma mulher e pela desconfiança de seus saberes a respeito de malignidades físicas, suas poções e cantos. A associação entre as mulheres e a loucura neste movimento de caça às bruxas acabou por instituir normatizações sobre o papel social da mulher.

Nos registros da psiquiatria brasileira, Cunha (*apud* Pegoraro, 2008) percebe o mesmo discurso associativo, ressaltando a questão racial como um agravante social e mental, e descrevendo soluções da época como o casamento e a atividade laborativa (limpeza, preparo de alimentos e costura) como tratamento para os casos menores, a fim de que as mulheres pudessem se conformar aos papéis a que estavam socialmente destinadas. O confinamento, no convento ou no hospital psiquiátrico, servia para acalmar os

ânimos exacerbados e a rebeldia. A aceitação da maternidade seria a única forma da mulher se salvar de todos os “pecados” e “desvios” provenientes de sentimentalismos e “extravagâncias” (Del Priore, 2004).

Esta crença na relação entre a mulher e a loucura e a sua maior vulnerabilidade aos transtornos mentais acabou trazendo grandes conseqüências para as mulheres no que se refere à área política e social: empregos, direitos políticos e participação comunitária lhes foram negados a fim de mantê-las sob controle e vigilância (Garcia, 1995).

A idéia de que a doença está associada a algo “sobrenatural”, atrelado a um significado negativo, maléfico, “do mal”, foi descrita por Ana Laura e Marília:

Já veio até [pensamento] de morte, de tentar acabar comigo. [...] (suspiro) É uma coisa horrível, né? Que não é para aparecer, não é de Deus, né? Daí eu faço uma prece e aquilo vai embora, vai embora. [...] Isso que me ajuda a dormir, se não eu não tava aqui agora. Senão eu tava... jogada. (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

Desta forma, combatendo a doença através da força divina, o “mal” contraído por seu corpo pode ser enfrentado:

“daí com as orações que eu tenho do padre, do missionário, eles [espíritos] tão afastando, falou que ia afastar, que não era pra mim contar nada, e eu não to contando bem não, to contando os principal né? Eu não to contando tudo não. Bem, que eles vão sair. Vamos ver se eles saem então.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Entretanto, a perversa lógica que relaciona a mulher à insanidade se mantém internalizada em Sirlene e se expõe à medida em que ela relata o estigma da doença mental:

““Ah, que, imagina, depressão!” Depressão é aquela pessoa louca, né? Porque a gente... Doida, não sou doida! [...] Porque dá impressão de que “ai, depressiva é louca”, vai tratar como louca. Não, não é não. É bem... No princípio eu achava isso, né?” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Para Guida, a vivência do internamento psiquiátrico trouxe a comprovação de que havia algo errado com o seu corpo e com a sua mente, conforme relatos a seguir:

“Daí não sei porque me internaram num psiquiatria lá em Rolândia, numa clínica lá. Ei, guria! Pense no sofrimento. Meu filho ficou com a madrinha dele 5 meses, a menina com outro, não sei com quem, por causa desse vagabundo aí. Aí lá quando entrei lá tiraram tudo de relógio, que eu tinha, anel, brinco, tudo, e levaram lá pra uma sala lá, me deram (choro) uma injeção que eu dormi 3 dias! (suspiro). Não deixavam eu ver meus filhos, não deixavam eu... fiquei lá, 3 dias, nem visita não podia receber! Aí tomando remédio forte, forte, forte, forte, aí todo dia de tarde misturava com os mais loucos lá, os loucos roubavam tudo que era da gente, queria bater na gente, daí (suspiro) quando chegava 17 horas, aparecia aquelas vacas doidas lá no meio do corredor, chorando gritando, umas queria tomar choque, outras que queria tomar remédio forte, outras que queriam por a mão no ventilador pra cortar a mão, não sei, na hora da janta ali, todo aquele pessoal louco ali com você, e eu como tava melhorzinha não podia atacar em ninguém sabe? Senão te levavam lá para o quarto lá. [...] Te levavam lá para o quarto e davam remédio para você

dormir lá, os 3 dias, sabe? Então você tinha até que apanhar ali, sabe? E ficar por ali. Então, passei por tudo isso aí, também, sabe? Aí eu não aguentei ficar lá. Daí minha família tiraram eu de lá a pedido, acho que eu tinha que ficar 6 meses, eu fiquei 3. Quando cheguei em casa, não conseguia cuidar da casa, nem do meu filho, que a minha medicação foi tão forte, que eu tremia, eu ficava trêmula assim, para mim andar eu tinha que encostar nos muros para andar. Pense! Eu tinha o quê? 22, 23 anos. Era nova, tudo.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Para Marília, os médicos não conseguiam encontrar o que havia de errado com ela, dada a diferença de visão de mundo:

“Aí eu resolvi ir no médico. Meu pai trouxe. Chegou na casa da minha mãe, eu tinha roupa, me calçaram chinelo, daí a minha irmã levou eu no médico (que é ela – aponta a irmã), levou eu no médico, o médico me examinou e eu não tinha nada. Porque médico não conhece essas coisas, entende? Só coisa de médico curador, curadeira, centro. Ele não conhecia, falou que eu não tinha nada, tinha problema nenhum de saúde, daí eu fui embora. Daí me compraram roupa, me compraram calçado, me deram mais roupa, foi quando voltei pra lá. E eu fui internada, eu fui internada, eu assinei, meu pai me levou eu para eu internar, os médicos para tudo me examinar, levou eu para internar, eu fiquei lá, não sei se foi 15 ou 14 dias, eu fiquei não tinha nada, eles não achava nada em mim, sumia todos os espíritos, estava boa, mandava eu embora. Chegava lá em casa, quando era de Cascavel para lá, quando eu morava em Assis. Já aí 3 horas a cavalo, e o meu corpo enchia de espíritos a minha casa. Aí o meu marido falava: “o que é que você foi fazer, Marília? Você foi se tratar e tá do mesmo jeito?” O que eu ia falar para ele? Nada, né? Aí eu fui internada mais

duas vezes quando eu fiquei doente, mas chegava lá na internet, eles perguntaram pra mim o que que era, não contava o que que era o meu problema. Eles consultavam, eu não tinha nada, saía tudo, saía embora pra casa. Chegava lá, ficava ruim outra vez. Tornava a internar, não tinha nada, uma vez fiquei até 2 meses internada. Não tinha nada, vinha embora de novo, desistia de novo. Tudo macumbeiro.”(Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Para Marília, a atribuição do motivo da depressão encontra-se ligada a um plano sobrenatural, assim como a eficácia do tratamento, embora reconheça que ir ao psicólogo contribua para melhora de seu bem-estar. Este fato enfatiza a importância de um espaço de escuta nos serviços de saúde para quaisquer dimensões que, de acordo com a fala de mulheres, atribuam significado aos motivos de sua depressão.

Em suma, os discursos de Neide, Marília, Vânia, Sirlene, Beni e Ana Laura indicam que a religião, ao lado do medicamento, se apresenta como uma das principais estratégias para enfrentar e/ ou superar a depressão.

(2) Da estratégia da medicação para a depressão à medicalização do sofrimento

Outra estratégia utilizada pela maioria das mulheres é a medicação, vista como uma das formas mais eficazes para a cura, da qual a própria figura do médico se encontra ausente nos discursos:

“Aí eu fui lá na psicóloga, tomei o remédio e aí melhorou. Quando eu vou na psicóloga, daí melhora um pouco. Sabe o que falou do tratamento, juro, por Damião, melhora um pouco mas depois volta tudo também.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Aí eu comecei a tomar a medicação, e eu percebi que a partir dos 15 dias, mais ou menos, comecei até a cumprimentar as pessoas, olhar foi aos poucos, mas eu acho que foi um acúmulo de conseqüências, né! Que aconteceu tudo isso. [...] No início, lógico, que eu tive outras coisas que ajudaram um conjunto de coisas, mas foi a medicação que ajudou. Se não fosse a medicação, podia até ser que uma hora eu iria acabar chegando a tirar minha vida. Eu já ouvi muita gente falar: “Ah, depressão é coisa de gente fresca, depressão cura sozinho.” Eu acho que não cura sozinha. Eu acho que necessita da medicação. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

C – E assim, o que te ajudou mais a enfrentar a depressão? Você falou de varias coisas que te ajudaram.

V – Eu acho que foi a medicação. Foi a medicação. Por que a partir de 15 dias que eu já comecei a pegar ânimo pelas coisas. É que eu tava de uma maneira que eu só queria ficar deitada, sabe, debaixo das cobertas, quietinha num canto. Eu só queria isto. Para mim só tava se ficasse assim, ó bem quietinha. Para mim, o início de tudo, pra mim, foi a medicação, que parece que foi aquilo que me levantou. Eu procurei outras coisas pra ajudar. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

C – Hum hum. E essa medicação que a Sra. ta tomando, ta ajudando?

A – Ta.

C – A Sra. se sente melhor, a Sra. se sente pior?

A – Melhor, melhor. (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

A maioria das mulheres participantes da pesquisa afirmou, no formulário de caracterização sociodemográfica, que seguiam no momento da pesquisa o tratamento psiquiátrico, fazendo uso principalmente da fluoxetina. Esta informação corrobora o estudo de Martin et col. (2007), que afirma que “os profissionais entrevistados citaram o uso contínuo de medicamentos (como a fluoxetina e alguns benzodiazepínicos)” e que, segundo os profissionais de saúde mental, as usuárias apresentavam “longa história de consumo desses medicamentos, sendo difícil ao médico questionar a interrupção do fornecimento da receita.”

De acordo com Caponi (2009), “atualmente se trata de medicalizar e dominar as paixões, os delírios e os maus hábitos pelo uso de psicofármacos que só algumas vezes se mostram eficazes. Em lugar de docilizar pelo encerramento físico manicomial, dociliza-se pelo encerramento químico, pelo isolamento que impõe o uso de psicofármacos que modelam os hábitos e as condutas, que dominam os pensamentos e os delírios, que minimizam o risco pela violência, mas que, ao mesmo tempo, exigem um custo muito elevado.”(Caponi, 2009:102)

Silveira (2000) também constatou em seu trabalho a “medicalização de problemas socioafetivos, econômicos e outros não passíveis de melhora com calmantes, erros na dosagem e uso prolongado de agentes psicoativos, com graus de dependência e iatrogênese variáveis.”(2000:76).

Nesse particular, são ilustrativas em nossa pesquisa as falas de Cleusa e Vânia:

“a depressão, se eu fico sem o remédio, é, tenho sintomas assim: tristeza, vontade de chorar, vontade de ta num lugar alto, com bastante vento, que ninguém fale comigo, é, tenho dificuldade para dormir.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Nossa senhora! Completamente melhor. No início, lógico, que eu tive outras coisas que ajudaram um conjunto de coisas, mas foi a medicação que ajudou. Se não fosse a medicação, podia até ser que uma hora eu iria acabar chegando a tirar minha vida. Eu já ouvi muita gente falar: “Ah, depressão é coisa de gente fresca, depressão cura sozinho.” Eu acho que não cura sozinha. Eu acho que necessita da medicação. Lógico que eu tive outras ajudas: uma religião, eu li muito livro de auto-ajuda, eu procurei outras coisas. Trabalhar, também tem muitas coisas. Então o conjunto das coisas foi que fez... Só que hoje em dia eu morro de medo do Dr. James me dar alta do remédio e eu acabar voltando ao que era antes”. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

O fato da maioria das mulheres preferirem a medicação como uma das principais estratégias de enfrentamento sinaliza alguns pontos importantes nesta pesquisa.

Pereira (2000) ressalta que no início do século XIX o corpo feminino, antes desvalorizado por sua fragilidade e precariedade, passa a sofrer cada vez mais intervenções por parte da medicina como uma forma principalmente de garantir a geração de filhos saudáveis. De acordo com a autora, a mulher foi

paulatinamente se tornando alvo de um processo de normalização e disciplina da sociedade durante esse período, no qual ocorreram diversas mudanças de mentalidade a respeito da higiene, dos hábitos saudáveis, das condições necessárias para a maternidade, trazendo um novo e valorizado papel para a mulher: o de mãe, responsável pela saúde, bem-estar e equilíbrio da família burguesa.

Nesta concepção a respeito da mulher como uma pessoa que se dedica e se sacrifica em prol da família, qualquer uma que se distanciasse desse modelo era considerada anormal, indigna, doente e até mesmo louca, sendo severamente punida pela sociedade, através do isolamento, da internação e do banimento (Pereira, 2000). De acordo com Badinter (1985), formou-se o mito do amor materno como algo instintivo, inato, mas que a realidade francesa acabou por desmentir frente às altas taxas de mortalidade infantil nos séculos XVIII e XIX, além da grande quantidade de bebês abandonados para adoção.

Entretanto, a representação sacralizada da figura materna foi reforçada pela concepção religiosa da época, principalmente na tradição católica, onde a figura de Maria é uma presença constante, símbolo da proteção e intercessão em favor dos homens. Até hoje, a maternidade da mulher e a representação de Maria como mãe de Deus acabam trazendo conseqüências para as mães que continuam vivenciando as desigualdades de gênero. (Lemos, 2006).

Para aquelas mulheres que não correspondem à mulher idealizada pela concepção imposta pela sociedade, pela medicina e pela igreja, não restam muitas alternativas. Conrad (2007) descreve o processo de medicalização da sociedade nos últimos 30 anos, no qual os problemas de comportamento, desvios, estados psíquicos, e condições físicas não médicas, são definidos e tratados como se fossem questões médicas, geralmente descritas como transtornos ou síndromes. As mulheres foram e continuam sendo o principal

alvo deste processo, devido aos processos naturais de gravidez, parto, reprodução e infertilidade, síndrome pré-menstrual, menopausa dentre outros.

“Aí eu fui lá na psicóloga, tomei o remédio e aí melhorou. Quando eu vou na psicóloga, daí melhora um pouco. Sabe o que falou do tratamento, juro, por Damião, melhora um pouco mas depois volta tudo também.”(Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“...Então essa amitriptilina eu tomo dois, ela faz efeito para dois dias, quando eu vejo que não faz efeito, que eu não consigo dormir, eu vou e tomo de novo, daí eu consigo dormir, né? [...] Daí eu tomo, minha filha, olha, o dia que eu tomo esse remédio, se Deus o livre, entrar um ladrão ou qualquer coisa, minha filha, eu não escuto nada. Aí do jeito que eu deito eu acordo.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“a depressão, se eu fico sem o remédio, é, tenho sintomas assim: tristeza, vontade de chorar, vontade de ta num lugar alto, com bastante vento, que ninguém fale comigo, é, tenho dificuldade para dormir. [...] Então é isso, a depressão causa um aperto na cabeça. [...] Então, se eu não tomar o medicamento, aí tenho esses problemas, daí, né! (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Já para Vânia, o uso do álcool amenizava a dor da perda que cada vez mais se tornava incontrolável, a ponto da família simbolizar para ela um freio:

“ eu cabei achando na bebida uma maneira não sei se de sanar aquelas coisas, porque quando eu bebia eu ficava tão... esquecia de quem eu era, parecia que eu

era outra pessoa.” [...] Então eu comecei a sair muito cedo, eu ia aonde eu queria, eu voltava a hora que eu queria, sabe? Eles até tentaram colocar freio, mas não puderam. Daí eu achava, eu falava bem assim: “Se a minha mãe que era a minha mãe foi embora, ninguém vai mandar em mim.”[...] Que alguém me disse que... antigamente achava que esse negocio de psiquiatra e psicólogo era só coisa de gente rica, que eu achava que tinha que só pagar, e eu não tinha condições, e aí uma amiga minha falou que no posto de saúde não! Que tinha esse tipo de tratamento, daí eu vim aqui, contei que bebia bastante, e acabaram me internando.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

Oliveira e Jorge (2007) acrescentam que muitas vítimas buscam nas substâncias psicoativas o alívio para as tensões e para o estresse, como forma de sobrevivência, como foi o caso de Vânia.

Há uma desconexão com o corpo, cujos impulsos são temidos e tem que ser “controlados” pelo medicamento, como relata Cleusa:

“ a época mais que eu entro em depressão até hoje, isso eu tenho é novembro e dezembro. É incrível, que chegou essa época, eu... olhe, chegou novembro e dezembro, gratuitamente, parece que eu entro em depressão. Só o fato de saber que já é novembro e dezembro, pronto. Mas o motivo desse problema eu não sei. Eu não sei, que quando chega essa época eu fico tensa, eu fico nervosa, eu fico agitada, eu tenho dificuldade, é... não consigo quase me relacionar com as pessoas direito, é... tipo de insegurança, vontade de chorar bastante.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Pelo relato de Cleusa, observamos que tal desconexão com o próprio corpo se manifestasse através da falta de controle sobre a própria vida, que padece de um “mal” que toma o corpo e a alma por completo.

No entanto, o que destacamos como desvelamento de nosso estudo é o fato de o médico apresentar-se, nos discursos das mulheres, tão somente como uma fonte fornecedora do medicamento, que é altamente valorizado pelas mulheres. Assim, a despeito da constatação da complexidade de que se reveste a depressão, o que se observa em termos de estratégia terapêutica é a cultura institucional da medicalização de qualquer ordem, fato este discutido por Conrad (2007) em seu trabalho.

Tal serviço iria ao encontro de Neide, que, quando analisa os motivos da depressão, chega a negar esse estado e atribuir seu quadro a uma situação de estresse em função das múltiplas responsabilidades que lhe são atribuídas como cuidadora de seu marido e de seu filho, portadores de necessidades especiais. Neste caso, a solução vai além dos serviços de saúde: um espaço de escuta poderia, em tese, melhorar-lhe a qualidade de vida, mesmo sendo este cuidado circunscrito ao âmbito da saúde.

(3) Atividades físicas, manuais, intelectuais

Algumas mulheres, seguindo a lógica médica, foram incentivadas a realizar atividades manuais para “ocupar a mente”:

[...] “ Mas, o melhor remédio para a depressão, não tem como você sair, fazer trabalhos manuais, é ginástica, fazer cursos, ah, se eu pudesse, eu seria a rainha dos cursos, porque adoro fazer cursos. [...] então

sempre tive é... sempre tive que ta assim... sendo útil, né, eu não consigo ficar parada.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

To levando a minha vida normal. Procuro, sabe, assistir uma TV, ir para o computador e jogar, porque tem muitos joguinhos, sabe, me distrair, fazer meus crochês, entendeu? Você veja bem: como é que eu tenho depressão, se uma pessoa que tem depressão ele não se interessa a fazer nada? E eu, meu... minha vida é lá, é fazer meus crochêzinhos, entendeu? Então procurei ocupar mais minha mente, procurei não ficar parada, entendeu? Fazer uma coisa, outra, fazer um bolo, fazer um café, limpo uma casa, arrumo o guarda-roupa, procurar me ocupar minha cabeça, pra mim não acreditar que eu tenha depressão. (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Outra forma de combater a depressão foi encontrada por Cleusa, Ana Laura e Guida nas atividades físicas:

“vou na ginástica (agora estamos de férias, né), mas tem a ginástica da US, na da 3ª idade, então a gente vai, porque daí lá já tem passeios, tem a convivência com as outras pessoas da mesma idade que a gente, então...” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Faço ginástica. Ando de manhã e faço ginástica. Melhorou, nossa, cem por cento.” (Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

“A única coisa que eu gosto de fazer é ir dançar. Às vezes eu saio assim para se divertir, conhecer pessoas, conversar, entendeu? Não ficar dentro de casa.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Segundo Vânia, a estimulação mental é aspecto fundamental para combater a tristeza e os pensamentos negativos:

“Hoje em dia o que eu procuro é ler bom livros de auto-ajuda, coisas positivas, comprei um notebook que agora fico procurando coisas para a mente, eu procuro ver negócio do pensamento, sabe, pra estar sempre ativando meu cérebro com coisas boas. Eu evito também ver muita desgraceira igual tem hoje em dia na TV. Um coisa ou outra eu até hoje, mas eu procuro não entrar muito e ficar naquilo. [...] A pessoa tem que procurar outras alternativas, que eu acho que ficar só na medicação, só só só, tem que procurar alimentar o cérebro com coisas boas.”(Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

O discurso das mulheres referente às estratégias de atividades físicas, manuais e intelectuais para o enfrentamento da depressão assemelha-se às próprias recomendações médicas prescritas nas consultas.

(4) Trabalho

De acordo com a OMS (1996), o trabalho contribui para a saúde mental, e pode favorecer a independência para as mulheres em situações de violência, além de novos projetos de vida.

Para Vânia e Sirlene, o trabalho serviu como ponte para o contato com as pessoas e para a construção de um novo lugar no mundo:

"Lógico que eu tive outras ajudas: uma religião, eu li muito livro de autoajuda, eu procurei outras coisas. Trabalhar, também tem muitas coisas. Então o conjunto

das coisas foi que fez... (ajudou)(Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

“e meu trabalho, eu gosto do que eu faço, gosto muito de atender as pessoas, mas hoje eu consigo atender as pessoas, sabe, e ganhar elogio por isso. [...] Ah, e vendo joias também, vendo pratas, assim... gosto muito dessa parte de vendas. Então vendo prata, vendo lingerie, então é gostoso fazer. (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Em ambos os casos, pode-se constatar como o trabalho se configurou como uma importante estratégia não só para a geração de renda, mas também pelo seu aspecto relacional e vocacional.

(5) Relação de confiança e desafios para o rompimento do silêncio

1.Terapia individual / grupal

Outras duas mulheres experimentaram a terapia psicológica individual como algo positivo, como relatam Marília e Guida:

“Pra enfrentar isso, ir no psicólogo ajuda bastante.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“nossa, eu adoro desabafar, mas que ter uma pessoa de confiança que você possa falar, a gente não pode chega para qualquer pessoa, sentar e desabafar, não? Pelo menos aqui, olha, tô sentindo bem, aquilo pra mim, mas depois vai ser um alívio, eu joguei tudo pra fora, nossa, se eu tivesse um acompanhamento assim, uma vez por semana, ou a cada 15 dias, para

mim ia ser muito bom. Mas eu queria assim, não em grupos” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Apenas uma das mulheres entrevistadas pôde se beneficiar de um tipo de trabalho de grupo de enfrentamento, conforme descreve Vânia:

“Mas na época, eu freqüentei o AA (Alcoólicos Anônimos) por um bom tempo. [se ajudou] Nossa, bastante. Muito, me ajudaram muito. (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

2. Vínculos familiares significativos

Para Cleusa, Sirlene, e Neide, a convivência e os momentos vistos como positivos em família foram cruciais para o manejo da depressão:

C – As pessoas, né? Você quer me falar um pouquinho mais sobre isso o que te ajuda a superar?

CI – A convivência com a família, que é muito importante, né, ajuda muito. Que nem hoje, tenho a filha que já é casada, tenho os netos, que é a alegria da gente. Hoje eu tenho mais tesão porque eu tenho que cuidar dele, então é uma coisa que eu to me dedicando, já tenho a mãe, que eu tenho que olhar por ela, ta na minha responsabilidade, então nós fazemos companhia uma para a outra, isso ajuda muito, muito, muito mesmo porque quando menina, quase não pude conviver com ela, tinha que trabalhar, né? E depois logo casei, nunca mais voltei a conviver com ela. [...] é assim, então, visitar os familiares lá em Mafra, que daí lá a gente se diverte bastante, são tudo muito legal, eles gostam muito de contar piada e essas coisas, pegadinhas, então a gente ri muito, daí isso é a melhor

coisa. Eu vou pra lá, é como se... é carregar as baterias. Daí quando volto pra cá, nossa, daí continuo tudo, daí tá tudo bem. Daqui a pouco tem que voltar de novo, então... é uma maneira que eu encontrei de viver em paz comigo mesma e... saber lidar com as pessoas, daí, né? (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“Mas assim, ele me ajudou bastante. O meu último filho, ele me ajudou bastante [...] Tanto que quando ele [diz] pra mim: “Mamãe eu te amo” é a melhor coisa do mundo pra mim, sabe? Ele me ajuda bastante. [...] [o que mais me ajuda] Hoje, meus filhos. [...] então eu acho que por eles... eu... tive assim... por eles eu lutei. [Foi isso que ajudou mais] Foi, foi eles. [...] Para me divertir... deito com o meu filho no tapete da sala, adoro [...] A coisa que mais adoro fazer. [...] Às vezes faço frete com o meu marido também, me divirto bastante carregando peso e acho mó barato assim ajudar ele no dia a dia, gosto bastante....(Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“Isso aí é só Deus mesmo pra me ajudar, né? E minhas filhas na medida do possível. E ninguém mais. Então é tocar minha vida pra frente, sabe?” (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Para Guida, ter um animal de estimação trouxe um pouco de felicidade pela companhia e pelo carinho que ela não tem mais com as pessoas que lhe eram queridas:

“Só falta falar! Ele me abraça, põe as patas aqui, sabe? Me cheira, nossa, é meu amigo. Ainda bem que eu tenho eles. Não me sinto assim tão sozinha assim, sabe? Cuida de mim. Eu falo que eles cuidam de mim. Que ele deve ter lembrado, né? Quando eu to muito depressiva, boto a minha pra dormir lá na cama, e ela só dorme do meu lado. É limpinha! Ela só dorme

aqui nas minhas costas. Ela ergue as perninhas assim pra cima e dorme. Às vezes eu não consigo dormir, escuto ela roncar... [...] Ela não desgruda de mim, dorme só aqui do meu ladinho. Então pra mim isso é tão gostoso! Né, não tenho mais filho, não tenho marido, né? Xodó é meu bichinho. (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Para Ana Laura e Beni, abrigadas em instituição de apoio, percebemos que a situação pode se agravar, em vista da convivência com pessoas desconhecidas e das visitas esporádicas que recebem de sua família.

Entretanto, como veremos adiante, a menção à presença de familiares não significa que a mulher esteja recebendo apoio social, dada a presença de aspectos culturais que impedem o compartilhamento de experiências adversas com as pessoas consideradas mais próximas.

A falta de familiaridade com o recurso dos grupos, o apoio psicológico e o suporte emocional podem ser compreendidos à medida que exploramos os discursos e distinguimos a existência de um “segredo”, um silêncio a respeito das situações de violência e de dificuldades vivenciadas ao longo da vida que apresentaram-se nos relatos da maioria das mulheres:

“porque eu era muito fechada. [...] Eu não sou de ir na casa de ninguém, eu não sou de conversar muito, assim, que eu comecei a me abrir mais para o mundo, aí eu vi que eu realmente eu precisava do tratamento. [...] E eu nunca falei disso com ninguém. Com ninguém mesmo. Com o Dr. James eu falei. Mas nem meu marido sabe assim todo meu sentimento. Ele sabe do ocorrido mas não sabe do meu sentimento, sabe? (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Para Krestan e Bepko (1994), os comportamentos adictos, dentre os quais os atos violentos podem ser enquadrados, muitas vezes são mantidos em segredo, fato que bloqueia a possibilidade de troca de informações entre os membros de uma família. As consequências disso são rupturas nos vínculos e consequente falta de intimidade, que os priva dos recursos sociais e emocionais que a interação e o compartilhamento trazem.

Muitas vezes, o segredo é produto de um processo inconsciente de negação do problema e de suas consequências, no qual a dimensão real do problema pode ameaçar a integridade psíquica do indivíduo; neste sentido, a negação pode apresentar-se como um mecanismo funcional que protege o indivíduo frente a seus temores de ruptura. Ela pode apresentar-se através de diversas formas, tais como o evitamento e a minimização dos problemas, a sobrecarga de responsabilidades com relação a eles e o retraimento emocional.

Entretanto, a negação do problema pode ser prejudicial à família, na medida que as suas necessidades não são atendidas e a natureza do problema não é confrontado.

Por outro lado, Krestan e Bepko (op.cit.) afirmam que os indivíduos podem conhecer o fato, porém este vem cercado de diversos aspectos que impedem a sua revelação, tais como ameaça de integridade, sentimentos de vergonha, fracasso e culpa, normas culturais e éticas, dentre outros fatores.

Para Laird (1994), os modos pelos quais aprendemos a agir e a falar são relativos ao gênero e portanto representam construções sociais, transmitidas através dos cuidados maternos, da educação, das cultura, dos meios de comunicação e da arte. Para ela, mesmo após muitas conquistas do movimento feminista, as mulheres continuam não sendo ouvidas, e não possuindo espaços para relatar suas experiências.

Entretanto, o silêncio se caracteriza tanto positiva como negativamente. Pode ser um modo de preservar o equilíbrio familiar, ou pelo menos a aparência deste; pode representar um movimento de resistência a forças de dominação; pode simplesmente representar um meio de preservar tradições culturais ou uma identidade; pode ser utilizado como forma de poder, ou de manter o controle; pode evitar a estigmatização, a condenação e a violência.

Laird (1994) ressalta que os temas ligados aos segredos se referem aos vínculos familiares e amorosos, assuntos até o século passado eram considerados “proibidos” e “privados”, como por exemplo, a sexualidade das mulheres. As mulheres aprenderam historicamente o que deveria ou não ser falado. Deste modo, a questão do segredo só pode ser melhor compreendido a partir dos contextos e valores sociais que permeiam a sua construção.

No caso específico das mulheres em situação de violência, Laird (op. cit.) afirma que o segredo muitas vezes está ligado a uma questão de sobrevivência; o cotidiano de ameaças e coações imobilizam-nas, e trazem consequências como a dissociação e o auto-desprezo.

Além dos diversos motivos que podem contribuir para a manutenção dos segredos e do silêncio das mulheres, a própria postura da sociedade e, em particular, dos profissionais de saúde pode estimular tal comportamento. Geralmente, mulheres que falam suas opiniões e expressam seus sentimentos são rotuladas de pessoas “faladeiras”, “tagarelas”, “matracas”, “inconvenientes.” Por questões culturais de preconceito a falta de acesso à educação formal pode fazer com que sejam consideradas “engraçadas” e “caipiras” pelo seu modo diferente de falar, ou então pelo seu sotaque característico.

Laird prossegue afirmando que, embora com muitos empecilhos como os descritos acima, a possibilidade de expor seus sentimentos e vivências contribui para a catarse, para a possibilidade de entendimento e elaboração de vivências

passadas e presentes. Diversas feridas causadas pelas situações de violência, abuso e outros tipos de sofrimentos poderiam ser amenizados apenas pela abertura de um segredo.

Guida nunca contou para ninguém sobre as agressões que sofria e ainda hesita em abrir-se para os seus filhos, pois demonstra querer desempenhar o seu papel de mãe de forma impecável:

C – Naquela época lá que você tava com seu primeiro marido, né, você chegou a contar para alguém o que estava acontecendo?

G – Com o meu primeiro marido? Com o pai dos meus filhos?

C – Isso, isso. Sobre, né, o que ele estava fazendo, que ele estava te batendo.

G – Não nunca tive psicóloga, nunca passei por nada, minha vida era dedicar aos filhos e casa.

C – Hum hum.

G – Eu era assim tão inocente que não sabia nem ir ao orelhão, ligar, não sabia, sabe? Eu era dedicada a filho e marido e casa.

C – Hum hum. E tem uma série de coisas que você vivenciou que foram muito pesadas, né?

G – Muito pesadas! E essas coisas eu não posso ficar falando pros meus filhos. Acho que desse veneno que eu tomei, com certeza eles nem sabem.

C – Hum hum.

G – Se eles não souberem, vão ficar...nem, nem conto pra eles isso aí porque às vezes eu nem alembro também, né, não sei se por causa de ser filho, também, né, a gente... se reprime um pouquinho, né? (suspiro) (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

O medo de causar a briga dos pais, o conflito com seu “camarada”, fez com que Marília silenciasse o abuso:

“eu não vou contar para meus pais nem para minha mãe porque se eles souber, eles vai... o pai vai matar ele, vão brigar, vão morrer, algum deles. E eu não contei, né? Se eu contasse para a minha mãe, ela também contava para o meu pai e eles iam brigar. Ele era camarada do meu pai. [...]Eu nunca tinha contado isso que passou comigo, nunca tinha contado, nem para ela, nem para o meu pai, nem para ninguém. (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

A situação se agrava à medida em que as pessoas próximas não compreendem o sofrimento pelo qual passam, ou não acreditam nos fatos relatados:

“Mas... mas é triste, porque as pessoas não entendem o que você tem, sabe? Eles acham que você ta de frescurite, que você, sabe? Eles não entendem. Então é complicado você se sentir assim com o peito amargurado, apertado, doendo, e você não saber o que que é (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

“É só eu que sei, a Celina [irmã] não sabe, ela pensa que é eu que to perturbada.. [...] Ela não acredita quando eu faço. [...] Mas meu sofrimento é isso, e eu vou contar para ela, ela não acredita, não sabe nada, católica não entende nada. Ela fala que eu sou assim. Mas não é.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

E podem atingir um nível onde a resolução é alcançada apenas numa esfera transcendente ao mundo real, como relata Marília:

M - A minha mãe não sabia de nada, minha mãe só veio saber agora depois que ela morreu, ela veio encontrar comigo e ela ficou sabendo.

C – E o que que aconteceu?

M – Ela falou: “Não sabia que a minha filha sofria tanto desde criança, meu Deus, sofrer com 5 anos, fazer macumba para mim virar rapariga!” Eu ficava... eu ficava tão agoniada quando ela vinha para fazer aquela macumba mas aí passava aquilo e eu nunca procurava ninguém, não procurava. A minha mãe não sabia de nada, minha mãe só veio saber agora depois que ela morreu, ela veio encontrar comigo e ela ficou sabendo. (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

O fato das mulheres preferirem atividades a falarem sobre suas vivências pode ser relacionado ao estigma da depressão como “frescura”, como “falta de ocupação” e como “vagabundagem”. É como se as mulheres acabassem por se sentir melhores se realizassem as tarefas para as quais fossem designadas. Como Cleusa bem relata, o importante é se “sentir útil”; Guida descreve a sua rotina dizendo “não sou do tipo de mulher que o marido encontra no portão conversando com vizinho”.

Lara e col. (2004) observam que a depressão feminina é vista como um problema pessoal para as mulheres diagnosticadas, e não como algo que seja comum ao gênero. Pelo fato de desconhecem a doença como problema de

saúde pública, muitas vezes interpretam o seu quadro de saúde como um problema particular relacionado a seu fracasso em lidar com a multiplicidade de demandas familiares e sociais. Soma-se ainda o sentimento de vergonha ao ter que relatar a sua história, fato que impede que muitas mulheres procurem ajuda nos serviços e órgãos de direitos.

Outra possível interpretação a respeito desse silêncio é o costume de acumular sentimentos, de “juntar os problemas” – uma característica feminina de ser paciente, de ser “forte”, como relata Sirlene:

“Eu vivia num mundo assim. Embora eu trabalhasse fora, sempre trabalhei, né? Na época eu era empregada doméstica, entendeu? É, eu sempre busquei assim, procurava não levar os problemas da minha casa para o trabalho. Problema sempre fica aonde... Se o problema é meu, porque assim, meu trabalho não tem nada a ver com o meu problema. Eu sempre procurei é... como eu falo...é... não é fingir, não é fingir, eu não sei usar a palavra. Mas eu sempre demonstrei que eu era uma pessoa forte, pra todo mundo, sabe? Embora às vezes eu entrava no banheiro e chorava bastante. (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

As mulheres tendem a subestimar o nível de violência que elas estão experimentando nos seus relacionamentos (Fischbach & Herbert, 1997).

Lara e col. (2004) mostram em seu estudo que as estratégias apresentadas pelas mulheres para lidar com as situações adversas da vida não se mostraram eficientes para lidar com elas. Pelo fato da sociedade ter negado a possibilidade de expressão de tais frustrações, somado à pesada carga de responsabilidades impostas sobre si, muitas mulheres relatam o abandono dos filhos. Isto ainda lhes traz maior culpa e reprovação.

Por isso, estar em depressão de certa forma conferiu a estas mulheres a nomeação de seu sofrimento, ainda que este estivesse difuso, o que se assemelha aos resultados do trabalho de Martin e col. (2007).

Seria este o melhor caminho para lidarmos com a depressão feminina? Para Ayres (2009),

“cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objetivo e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria, o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução inerte e amorfa de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade, de sucesso prático, de quem quer ser cuidado? Que papel temos desempenhado nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?” (Ayres, 2009:37).

4.3. Contextos de violência de gênero, significados da depressão para as mulheres e perspectivas do cuidado em saúde

Em nosso estudo, evidencia-se o fato da importância de não se tratar as mulheres com depressão de forma homogênea, uma vez que elas se colocam, frente a tal vivência, na riqueza de suas singularidades, atribuindo significados diversos ao mesmo fenômeno.

Nesse sentido, algumas considerações a respeito do que caracteriza cada um desses grupos, permite-nos igualmente discutir sobre as possibilidades e desafios que se colocam aos serviços de saúde e suas práticas notadamente no campo da saúde mental.

4.3.1. Considerando a depressão como capítulo da vida:

Nesse grupo, as mulheres entrevistadas apresentam uma experiência profunda com a depressão, tendo, porém ultrapassado o ponto crítico da doença e atualmente convivem com a doença e se encontram rumo ao estabelecimento. Cleusa, Vânia, Sirlene e Neide, em contraste com as demais mulheres, apresentam um quadro no qual graças ao tratamento médico, ao suporte familiar e a outros fatores que têm contribuído para o aumento da auto-estima, tais como satisfação no emprego e realização pessoal, o sentido da vida e a própria existência se mostra com maiores possibilidades.

Cleusa, não trabalha registrada, mas apesar dos diversos problemas de saúde, realiza todos os tratamentos, inclusive o de depressão, cuida do seu marido, de sua mãe, da sua filha e neto, além de ter boa convivência com os seus parentes que moram em outro estado. Adora fazer cursos e atividades manuais. Apesar do início do casamento ter sido difícil e decepcionante para ela, atualmente ela está satisfeita com o relacionamento, e também consigo mesma.

Vânia mora com uma tia, está trabalhando e de vez em quando encontra com o filho, aquele a quem abandonou no momento mais crítico de sua depressão. Esta possibilidade de reparar aquilo que para ela foi um erro, tem sido gratificante. Hoje, diferente da época em que se sentia revoltada pelo abandono de sua mãe aos 4 anos de idade, ela fica feliz com pequenas coisas,

simples prazeres, e com o seu trabalho. Realiza o tratamento e relatou temer a retirada da medicação. Seu sonho é ter uma casa própria e morar com o filho.

Sirlene hoje preza a sua autenticidade. Acostumada por muito tempo a demonstrar força, muitas vezes se escondia no banheiro e chorava. O histórico de alcoolismo do pai e a forma como ele maltratava sua mãe são marcas muito presentes em seu pensamento, assim como a culpa que seu pai lhe atribuiu. Entretanto, os filhos e o marido foram a motivação para ela continuar o tratamento. Antes uma pessoa fechada, hoje Sirlene frequenta uma igreja e possui vários amigos; além disso, se sente realizada na sua profissão, em atender pessoas, chegando a ser elogiada por isso.

Neide já fechou o seu diagnóstico: ela não tem depressão. Seu real problema, segundo ela, é estresse. Cuidar do seu único filho homem, com paralisia cerebral, vítima de erro médico, e mais recentemente de seu marido, vítima de derrame, com sequelas bastante limitantes, ambos totalmente dependentes de seus cuidados, tem sido uma carga muito grande para ela. Suas filhas lhe auxiliam; porém, não podem amenizar o grau de sofrimento ao ver os seus sonhos e os de seu marido frustrados. Sua vida é pautada pelas necessidades de ambos os homens. Sente-se cansada e muitas vezes chora à toa. Mesmo assim, tirou por conta própria o remédio para depressão, pois este lhe atrapalhava na sua dura rotina.

Nesses casos consideramos relevante que, além de um cuidado clínico à depressão, a progressiva retirada da medicação possa ser incentivada (menos no caso de Neide, que já retirou por si) através de acompanhamento da usuária e o seu encaminhamento a atendimento terapêutico. Isso pelo fato de algumas usuárias estarem realizando o tratamento há muitos anos, porém manifestarem o seu temor com relação à possibilidade de retirada da medicação.

4.3.2. Depressão e seus desdobramentos nas condições de vida

O caso de Guida ilustra o drama de uma pessoa que passou por diversos eventos negativos, tais como trabalho infantil, conflitos familiares, violência por parte do companheiro, divórcio, desemprego, e posteriormente apegou-se à possibilidade de viver um relacionamento amoroso como nunca teve antes. Esta vivência teve tanto impacto em sua vida que torna-se difícil pensar que uma tragédia estaria por vir, tal como o diagnóstico de HIV, transmitido por aquele que “realmente me amou” (sic). A entrega displicente, a convivência, a ingenuidade e o caráter ambíguo desta relação amorosa, tal como demonstra o trabalho de Martin (1995) a respeito de mulheres contaminadas pelo vírus por seus companheiros, demonstra que as consequências trazidas pelas questões de gênero, pelas marcas da violência e das adversidades da vida apresentam-se em sua mais profunda complexidade.

No caso de Guida, observamos que tal histórico de violência não foi compartilhado pelas pessoas mais próximas a ela. Conforme já discutido anteriormente, seu comportamento de risco ou vulnerabilidade, somado ao fato de sua filha apresentar dificuldades no relacionamento conjugal, acaba por configurar as implicações da cultura da violência que transmitem-se de geração em geração. O atendimento familiar transdisciplinar se faz necessário nestes casos.

4.3.3. Depressão como estruturante do modo de vida

A história de vida de Marília, Ana Laura e Beni retratam como marcas profundas causadas em tenra idade podem ser profundamente incapacitantes e mutiladoras. Marília sofreu abuso sexual quando criança e não houve nenhum tipo de educação infantil na época além da moral religiosa e das curas místicas. A culpa por ter tido relações sexuais na juventude antes do seu casamento

causa-lhe “perturbações” comparáveis a um purgatório. Na sua cabeça, ela “foi” uma “rapariga”, ou seja, uma “prostituta”, o que lhe traz sentimentos de menosvalia. O fato da sua família não acreditar nela agrava-lhe a condição e a submete a um mundo espiritual no qual vive ansiando pelo paraíso.

Ana Laura teve uma família adotiva porém nunca se deu bem com sua mãe de criação. Sua história é marcada por poucas palavras, porém com momentos cruciais de conflito e fracassos, tais como as tentativas de cursar uma faculdade. Chegou a tentar 3 cursos, sem sucesso. As brigas foram repetitivas e constantes. Casou-se, teve 3 filhos, porém o casamento acabou e ela se separou. Sob forte efeito de medicação para depressão, ela tenta pensar em qualquer outro fato positivo em sua vida, mas não encontra. Seu esforço de ler livros com letra pequena é como uma metáfora da sua vida – apesar das tentativas, ela se cansa e desiste por um tempo. Mas continua tentando.

Beni sofre de convulsões e depressão, e apresenta retardo mental. Diz que sempre andou de ônibus sem rumo, descia de um e pegava outro, tinha as convulsões e chegou a ter um lado do corpo paralisado. Lembra com tristeza quando sua mãe não queria lhe dar de mamar e a jogou aos porcos do sítio onde morava para ser comida por eles. Sua madrinha a tirou da lama e não deixou nada acontecer com ela. Beni foi moradora de rua, usou drogas e andava pelas ruas sem rumo. Quando tinha as convulsões, as pessoas lhe auxiliavam e sua irmã lhe resgatava. E apanhava muito de sua mãe. Quando a sua mãe faleceu, ela foi morar no abrigo. Sua irmã vem lhe visitar nos fins de semana.

No caso destas mulheres torna-se fundamental o espaço de escuta para informação e garantia de direitos. O encaminhamento para oportunidades de capacitação e geração de renda pode abrir possibilidades para a construção de novos sentidos e objetivos de vida, que foram muitas vezes apagados pelas adversidades em sua trajetória de vida.

Estas mulheres e suas trajetórias apontam desafios colocados aos serviços para repensar o cuidado em relação à depressão: as mulheres devem ser consideradas como sujeitos e o cuidado a elas ofertado não pode ser visto como pontual, exclusivamente medicamentoso; elas devem ser compreendidas a partir de suas histórias de vida e assistidas em função do próprio significado que elas atribuem à depressão, pois estas categorias apontam para possibilidades de atividades de atendimento do serviço que contemplem além da assistência médica *strictu sensu*: grupos de convivência, discussão e terapêuticos, onde haja troca de experiências e estratégias de intervenção para a superação/cura da depressão. Nesse sentido, se apresentam como importantes não só as inovações ou diferentes serviços da saúde como ações inter e transdisciplinares.

Outro aspecto que sobressaiu no relato das mulheres relaciona-se aos valores aprendidos como positivos e negativos a respeito da condição do ser feminino, ou seja, à questão de gênero.

Ao nos referirmos ao conceito de gênero, procuraremos enfocar os papéis socialmente atribuídos aos sexos (Saffioti, 1987), as exigências e expectativas que a sociedade apresenta a um indivíduo, a partir de suas características anatômicas, bem como as relações que se estabelecem no contexto deste sistema.

O poder patriarcal, presente em diversos países e que se manifesta de diferentes formas, ainda se impõe enquanto forma de dominação das mulheres, através da manutenção de valores e tradições que afirmam a superioridade do homem em relação à mulher e da exclusão da participação e reconhecimento da sociedade (Villela, 1992).

Um dos aspectos estruturais nesta relação de dominação das mulheres está estreitamente vinculado à dicotomia emoção e razão, sendo esta última

ligada ao conhecimento, à ciência, e portanto, ao mundo masculino, e a primeira, ligada aos aspectos biológicos, naturais, irracionais e portanto, ao mundo feminino (Jaggar, 1997; Fávero, 2010). Desta forma, tudo que provém desta esfera considerada instintiva necessita ser controlado, dirigido, domesticado, como se estivessemos tratando de um animal.

Porém, apesar das experiências emocionais de um sujeito parecerem determinadas biologicamente, na realidade, o que este vivencia e a forma como reage frente às mais diversas situações são aprendidos socialmente, a partir das interações estabelecidas no meio social. Em todo o tempo, o ser humano está aprendendo formas de se comunicar, de dialogar e expressar o que sente, e o seu comportamento varia de acordo com a reação do meio frente à sua ação (Fávero, 2010).

Conforme pudemos constatar no relato das mulheres que participaram da pesquisa, diversos elementos de gênero apresentam-se embutidos em suas falas. Dentre os principais elementos, podemos observar no caso de Guida, a virgindade no casamento trazia valor inestimável para ela e para a sua família:

“Sim, o que a mãe, minha mãe pediu, minha mãe dizia: “Olha, filha, eu quero que você case, mas casa de noiva, virgem, naquela época era assim, né? [...] Casei virgem, de noiva, meu sonho, vendi uma bicicleta pra comprar o meu vestido. [...] Foi o primeiro que eu conheci que eu tive que namorar e casar, porque meu pai não deixava eu sair, trabalhava a semana inteira e ele não deixava eu sair. [...] Então você vê eu sempre fui assim, essa mulher honesta, rígida ali, o primeiro namorado que eu conheci eu casei, sabe?” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

“porque eu graças a Deus eu saía de casa, mas eu não fazia mal pra ninguém, nunca fiz mal para minha mãe, nunca fiz feio para minha mãe, né. Nunca fiz feio

para a minha mãe, né? [...] Fazer feio é ter fio, engravidar.” (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

Para Chauí, citada por Giffin (1994), a sexualidade feminina fora do contexto da reprodução é temida, a ponto de ser considerada inexistente. Valoriza-se a idéia da Virgem Mãe, concepção trazida do século 12, quando todas as virtudes de Maria foram consideradas ideais de aspiração.

Conforme observamos nos relatos de Beni e Guida, a ideia de pureza atrelada à virgindade é demonstrada e acaba por condicionar a vivência da sua sexualidade à moralidade e ao seu valor como pessoa.

Já no caso de Marília, o fato de ter mantido relações sexuais antes do casamento é considerado um erro cometido no passado, que lhe traz castigo até hoje:

“Eu não quero casar mais, porque eu sabia que não merecia casar, né? Eu tinha que casar, eu tinha que casar virgem [...] Não merecia porque tinha perdido a minha honra com os namorado. Daí eu fiquei sofrendo e amava, amava, depois eu mesma deixava deles. [...] E fica castigando, e castigo que eles [os espíritos] querem vai se perder, eles quer que a gente se perde também, para nós ir com eles. Mas eu vou na igreja, assisto a novena, rezo o terço, e falo para Deus me perdoar.” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Diversos estudos mostram como a religiosidade aumenta o bem-estar das pessoas acometidas por enfermidades (Dalgalarrrondo, 2008). Conforme podemos observar nos relatos das mulheres, a maioria delas utiliza-se de tais estratégias nos momentos que julgam necessário.

Rodrigues e Caroso (1998) descrevem como a prática religiosa afro-brasileira pode servir de estrutura para a ressocialização de pessoas em sofrimento emocional, dando subsídios para a construção de novas identidades.

De acordo com Dalgalarro (2008), entretanto, existiriam os aspectos negativos da religiosidade: a exacerbação da culpa caso o sujeito não consiga atingir o patamar de virtude e moralidade valorizada por determinada denominação. Conforme podemos observar no discurso de Marília, a lógica “se eu fiz algo errado, vou ter que pagar a penitência”, transforma a sua doença em sua própria penitência.

Giffin (1994) observa que a mulher sempre foi vista como sedutora, pecadora, responsável pela atração sexual que causa no homem. A partir dessa lógica, ela pode ser culpada pelos ataques sexuais que ela atrai. Há um caráter ambivalente da sexualidade feminina, que opõe a “mulher da rua” à “da casa”. Conforme Lemos (2006) descreve, a mulher continua sendo a tentação ou o veículo para o pecado que acomete o ser humano.

Outro valor relatado foi o casamento como ideal para a mulher, afirmado pela figura materna, conforme descrevem Marília e Beni:

“Eu não quero deixar a Marília em casa, sem casar. Filhas minha tem que casar tudo.”[mãe da Marília] Eu falei: “Tá ruim então”. (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“minha mãe sempre falava, né, quando ela morreu, né, ela disse para mim, sabe o que ela disse? “Eu não quero morrer sem ver você casada minha filha.” [...] Se você casar, você sara. (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

Casar-se e formar uma família na concepção de Lemos (2006), seria uma forma de superar a natureza pecaminosa intrínseca às mulheres, a qual foi herdada da figura bíblica de Eva, responsável por trazer o pecado ao mundo.

No caso de Marília, percebe-se em seu discurso a auto-desvalorização por não ter atingido o ideal para a mulher. Conforme podemos observar, os valores impostos pelo meio não são somente assimilados pelas mulheres, como também transmitidos para a próxima geração, demonstrando a complexidade para se romper o padrão de subordinação feminino e estabelecer um novo objetivo de vida, pautado em seu próprio conceito de felicidade e realização.

Já para Beni, podemos inferir que o fato de não ter atingido o ideal de sua mãe para ela também simboliza a cronicidade da sua doença, e sua incompletude como mulher, preservando o mito do amor romântico que habita nos contos, romances, filmes e novelas veiculados pela mídia, e no próprio imaginário feminino, de que a “cura” e a felicidade serão encontradas apenas no contexto do casamento (Garcia e Tassara, 2001; Fávero, 2010).

Por conta desta valorização do outro (e consequente desvalorização de si mesmas), muitas mulheres creditam a possibilidade de felicidade e sentido na vida à figura masculina, dotando-os de poderes para controlarem sua rotina, sua vida financeira, e inclusive o contato social. Desta forma, a dependência e a falta de autonomia femininas são características presentes no relacionamento conjugal, tal como descrevem Cleusa, Ana Laura e Guida:

“você não pode ficar só dependendo do marido, que na época eu só dependia dele, tudo era ele, eu nem um pão ia comprar sozinha. [...] Olha, hoje pra mim, a mulher ta... é melhor do que antes. Porque hoje ela corre atrás cedo. Ela procura ser independente. Eu fui criada para depender, então o marido era o chefe da casa. Então eu fui criada assim – era ele que mandava e pronto. Então hoje eu já vejo que as meninas de hoje,

elas já tem uma outra visão, elas já procuram é ser independente. Elas não ficam na dependência nem de pai, nem de mãe, nem de marido. Elas correm atrás. Eu acho isso muito importante.” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

“A da mulher [situação atual] é muito boa, é muito boa, pode sair, pode se divertir, pode procurar um trabalho.”(Ana Laura, 57 anos, tratamento desde 2007, abrigada).

“era assim tão inocente que não sabia nem ir ao orelhão, ligar, não sabia, sabe? Eu era dedicada a filho e marido e casa.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

No caso das mulheres relatadas aqui, além da dependência financeira, elas apresentaram concomitantemente uma dependência dos companheiros para tarefas cotidianas básicas, além da dependência para a tomada de decisões a respeito de sua própria vida.

Dentre desse contexto, o casamento representa para a mulher uma submissão ao companheiro, que chegava ao ponto de algumas mulheres suportarem atitudes violentas (Martin e col., 2007), como descreve Marília:

“Aí casei; aí vivemos. Aí ele começou a beber. Quando ele tava sóbrio... Quando ele tava sóbrio, não fazia nada pra mim. Mas quando ele bebia, aí ficava nervoso, começava a falar, né, eu guentando, fui guentando.”(Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Este contraste com a realidade da relação conjugal gera para a mulher, aquilo que Cleusa relata como a decepção com o ideal do casamento, que chegou inclusive a ser um dos motivos pelos quais a depressão se manifestou:

“Deixou eu com muito, muito medo, e vi que a... o que eu imaginava do casamento não era o que eu imaginei, então tudo aquilo acumulou, né? Não que o marido tenha sido ruim, não, não é isso. Mas era a... as dificuldades que a gente passava, aquele sonho que eu tinha, não era aquilo que eu tinha sonhado, então tudo isso ajudou, e as crianças pequenas e eu achava que não ia conseguir superar aquilo e...” (Cleusa, 62 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Para Lemos (2006), na concepção tanto de homens como mulheres, a ideia do sacrifício encontra-se atrelada à maternidade. Isto pode ser observado nos discursos de Sirlene, Neide e Guida, a ponto da doação materna simbolizar a negação de seus próprios sonhos e necessidades:

“Hoje, meus filhos. É... eu tenho muito orgulho dos meus filhos, muito. Hoje eu sei que eu fiz um bom trabalho com eles. Embora eu tenha me anulado como pessoa assim para viver um pouquinho a vida deles, é, meus filhos. Hoje eu olho pro meu filho formado em faculdade, né, tem 23 anos, é gerente de uma empresa grande, né?” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada)

“Depois, chegando aqui, eu procurei melhoria pra ele, procurando recurso pra ele. E até hoje, meu filho não é alfabetizado. Então na verdade, o que eu to, o que eu sou hoje, todos esses problemas meu, veio do meu filho, na verdade, você entendeu? Do meu marido, só aumentou o problema. [...] Meu sonho era alfabetizar ele [filho], colocar ele numa escola. Procurei

escola que nem uma desesperada, sabe, todo ano renovando é avaliação pra ele, matrícula, todo ano buscando, cheguei na Secretaria de educação especial, eles me garantiram pra mim que ia conseguir, me dava uma resposta e nunca. No fim, quando ele completou 19 anos, eu falei pra minha mãe: “Mãe, eu vou abandonar! Não adianta mais.” Por que se eu não consegui até 19 anos, onde que vai ter uma escola que vai aceitar meu filho do jeito que ele é? Não vai ter, entendeu? Mas mesmo assim, ainda no ano de 2006, que aí nasceu a minha neta, e ela começou a ir para a APAE, né? E eu comecei a conversar com as professoras que quando ela ia fazer fisioterapia, tudo, às vezes eu ia levar ela e conversava com a assistente social, da escolinha dela. Ela mandava eu ligar, liguei para aquela 29 de março, já, marcou avaliação, sabe... que me ligava pra abrir vaga e avaliação pra levar, pra me retornar, até hoje nunca me retornaram. Então abandonei, entendeu? Então eu queria porque tan...Eu vejo, você ve nesses Teleton, Criança Esperança, em televisão as pessoas com deficiência trabalha, vai e vem onde quer, sabe, e ele não. Entendeu? Ele é totalmente, já se torna um dependente. E ele é totalmente dependente meu, eu queria que fosse diferente, entendeu? Então vou te falar.”(Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada)

“Não nunca tive psicóloga, nunca passei por nada, minha vida era dedicar aos filhos e casa.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

E para Neide, ela como mulher, se sentia responsável pela felicidade do seu marido, conforme relata:

“ E ele dizia que o sonho dele era ter um filho homem e ser um jogador de futebol. Eu tinha, eu me achava no direito de dar um filho homem pra ele.” (Neide, 56 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

O fato de, após ter tido três filhas, ter gerado um filho para seu marido trouxe grande alegria para Neide, mas também sinaliza a valorização da figura do filho em detrimento das outras três filhas, e a sensação de realização de Neide por poder realizar o sonho de seu marido. Isto corrobora o que diz Martin (1995): que o ser feminino se define não apenas política e culturalmente inferior, mas também orientado para *outrem* (Martin, 1995:129).

Podemos constatar que, embora a configuração familiar tenha se alterado ao longo das últimas décadas, as concepções a respeito da maternidade parecem ter permanecido intactas (conforme descreve Lemos, 2006), bem como algumas estruturas de pensamento, valores e conceitos a respeito da feminilidade, que reforçam a condição limitada da mulher a determinados estereótipos e locais, como por exemplo, o ambiente doméstico.

No discurso de Guida, observa-se a questão do espaço privado como local reservado à mulher, território onde ela pode exercer o seu controle e domínio:

“E eu não merecia isso, porque eu era, eu sou uma mulher, eu gosto assim das coisas muito limpo, eu tinha 3 filhos, se você entrasse na minha casa, e naquela época não tinha fralda descartável, era tudo lavadinha à mão. Aquelas fraldas lavadinha, passadinha, a casa chegava a brilhar, tudo limpinho, porque ele fazia isso comigo? Porque tinha outra mulher fora, entendeu? [...] Porque eu penso assim, se fosse uma coisa que eu merecesse, se eu fosse uma mulher vagabunda, não limpasse a casa, não tivesse comida pronta, não tivesse os filho limpo, não tivesse... estivesse na rua, porque eu sou uma mulher assim, que eu... se eu não...você pode ir na minha casa quantas vezes quiser que você nunca vai me ver no portão conversando com vizinha. Não sei se eu to errada, minha vizinha eu passo – bom dia, boa tarde, tudo bem? – não sou de ficar lá dentro de casa de vizinho,

não gosto de vizinho dentro da minha casa, porque às vezes vizinho vem pra saber da tua vida, então prefiro ficar na minha, sabe? Não sou esse tipo de mulher que fica no portão conversando, na casa de vizinho, sabe? Não, eu fico no cantinho, na minha lá, sabe? Eu sou assim. Toda vida fui assim. Meu marido nunca pegou eu na casa, conversando com vizinho, a deixar meus afazeres dentro de casa, não sou mulher de ficar na frente da televisão, que não gosta de novela, o que assisto na TV é jornal, uma igreja evangélica, uma igreja católica, se ta falando de Deus eu to ali. Não gosto de filme, não gosto de... esses filmes de terror, não gosto nem de ver, sabe? Então não sou aquela esposa assim que o marido chega pra jantar “Ah, não, deixa eu terminar a novela que eu vou fazer a comida!” Não, nunca, nunca meu marido nem o primeiro nem o segundo, nunca chegou e não achou jantinha ali pronta, roupinha lavadinha e passadinha, tudo no seu lugarzinho. Nunca pegou eu no portão conversando com vizinho, nunca! É ali dentro de casa, fazendo minhas obrigação. E acho que eu vou morrer assim!” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Nesta lógica, Guida demonstra a sua indignação contra o comportamento de seu marido, que a agredia, pois foi educada para cumprir o papel que era esperado dela enquanto esposa e mãe, de maneira que chegava a se privar de pequenos momentos de descanso e descontração, como por exemplo, menciona uma novela ou uma conversa com uma vizinha, com o objetivo de preservar a imagem de uma mulher séria, zelosa, ciente dos seus deveres e obrigações, enfim, irrepreensível. Desta forma, ela se questiona o que fez de errado para “merecer” o seu sofrimento.

Muitas mulheres permanecem em relacionamentos violentos porque acreditam sinceramente que se desempenharem corretamente seus papéis de esposa, mãe e cuidadora, seus companheiros também a tratarão com

dignidade e respeito – lógica muitas vezes influenciada pelos valores religiosos. Entretanto, esta não é realidade que se configura para a maior parte das mulheres. De acordo com Giordani (2006), o espaço doméstico tem representado um dos locais mais perigosos para a mulher, onde seus direitos frequentemente estão subordinados aos do homem.

À medida que o ambiente doméstico vai se tornando mais tenso, muitas mulheres procuram manter o segredo da violência, e podem até negá-lo, adotando um comportamento super-responsável pelo agressor, protegendo-o de sua responsabilidade, justificando-o, e minimizando os seus atos violentos (Krestan & Bepko, 1994).

De modo semelhante, Sirlene assumiu a culpa que seu pai lhe atribuiu e conscientemente relata as implicações deste fato:

“É, o fato que eu me lembro muito, que me marcou muito foi... meu pai era motorista de ônibus. E um dia, ele... eu não sei por que razão ele deixou a porta de trás aberta e uma mulher caiu do ônibus. E morreu essa mulher, sabe? E eu era pequena, eu devia ter uns 8, 9 anos. E a gente era... era pobre, né? E eu dormia na sala. Eu dormia na sala e tinha meus outros irmãos. A gente era em 5. Hoje 4, mas a gente era em 5. E nesse, nessa... nesse dia meu pai chegou bêbado e começou a discutir com a minha mãe. E ele falou pra minha mãe assim: “A mulher só caiu do ônibus porque eu tava trabalhando para sustentar vocês, se eu não precisasse trabalhar, ela não teria morrido.” Quer dizer, ele colocou a culpa dele na gente, entendeu? Então isso sempre, toda a vida, toda a vida me marcou assim, sabe? Aí eu escutei aquilo, eu me sentia culpada daquilo. E eu nunca falei disso com ninguém. Com ninguém mesmo. Com o Dr. James eu falei. Mas nem meu marido sabe assim todo meu sentimento. Ele sabe do ocorrido mas não sabe do meu sentimento, sabe?”

(Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Atualmente, Sirlene é capaz de relatar a dificuldade de desvencilhar-se deste sentimento de culpa e a forma como este se manifesta em sua relação com os outros, responsabilizando-se pelos outros:

“qualquer coisa que acontece assim, “Ai, é, aconteceu um fato.”, vamos supor, meu marido saiu para trabalhar e ele faz frete, né? Então, se aconteceu alguma coisa com ele tipo... Ai, o carro quebrou, ou alguém tentou assaltar, então eu já me sinto culpada daquilo. Sabe, eu me sinto mesmo culpada! Não é sabe, ai meu Deus do céu, mas ele saiu para trabalhar , e aí aconteceu isso, e se não tivesse saído, se não tivesse família, sabe, então, não tinha que, não tivera acontecido, então acho que tem tudo a ver com la trás com meu pai, sabe? La trás por ele ter falado aquilo acho, me marcou a vida inteira, até hoje. Entendeu? [...] É, e eu não consigo tirar isso. Eu não consigo. Eu já tentei, eu já tentei, mas eu não consigo. Não consigo superar isso, meu pai já faleceu, Deus que o tenha, onde ele ta, mas eu não consigo.” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

Buscando interpretar tal fato, as reflexões de Critelli (2006) nos remetem à importância da percepção de si para a apropriação do corpo:

“Sendo e percebendo ser, o homem tem que dar conta de ser, que ser está sob sua responsabilidade. Este ser foi dado ao homem, como vida biológica, aparente num corpo. O corpo é de propriedade de cada homem, e desse corpo ele tem que dar conta, ele tem que responder. É a sua projeção, aquilo de que tem que cuidar, inclusive para

se manter vivo; seu corpo lhe é dado, mas é resultante também do cuidado do homem, do que fizer com ele”.

(Critelli, pag. 54)

Mas como fazer se este corpo, no caso destas mulheres, torna-se palco de agressões e violências, a ponto de se justificar o erro de outrem assumindo como responsabilidade própria? E como lidar com esta situação se as mulheres guardam o segredo da violência que viveram por temer a opinião e a crítica da família e comunidade, ou, ainda mais grave, não compreenderam a sua experiência como violência, e sim como parte do que se espera delas, ou daquilo que lhes é cobrado?

Para Critelli (2006), a confirmação da existência de alguém, bem como de sua identidade, só é dada a partir do momento em que outros entrem em contato e conheçam aquilo que existe no isolamento, no oculto. De acordo com a autora, “Não se pode falar das coisas se elas não se manifestarem, ainda que esta manifestação seja expressão da fantasia, da loucura, da imaginação.” (Critelli, 2006, pag. 47).

Ainda é fato que mulheres em depressão estão, como no caso de Beni, Ana Laura, Marília e Guida, em busca de alívio de sofrimentos que se enterram em suas almas, e que não encontram continência nas pessoas próximas a elas.

De acordo com Vieira *et al.* (2008) e Fischbach & Herbert (1997), as mulheres que sofrem violência apresentam dificuldade de reconhecer as agressões como tal; de modo geral, a violência é principalmente percebida quando atinge um ponto onde a integridade física delas é ameaçada, ou há ameaça de morte. Podemos observar que nos casos de Marília, Sirlene, Beni, Ana Laura e Guida, os fatos violentos não foram relatados como tais:

“Daí... aquilo meu... eu com cinco anos ela fez um feitiço para eu virar rapariga. Com cinco anos! Com seis anos um homem me perseguiu. Ela fez aquela macumba e só fazia ele me perseguir.” [...] Aos 6 anos já fui perseguida de homem. A homarada que tava

trabalhando com meu pai. Aí ele.... ele... eu fiquei com tanta raiva, dele que daí ... não fez nada, mas me sujou tudo. Daí eu dormia cedo, levantei, fui no rio com a mãe, se lavei lá, tirei aquela roupa e vim para dentro, eu falei “eu não vou...”, com 6 anos tinha juízo, “eu não vou contar para meus pais nem para minha mãe porque se eles souber, eles vai... o pai vai matar ele, vão brigar, vão morrer, algum deles. E eu não contei, né? Se eu contasse para a minha mãe, ela também contava para o meu pai e eles iam brigar. Ele era camarada do meu pai. Aí ele pegou, agarrou eu, eu fiquei de mal com ele, naquela idade, 6 anos, fiquei de mal com ele, fiquei com raiva dele.”(Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Ghassemi *et al.* (2010) observam que o abuso físico e sexual precoces podem contribuir para o desenvolvimento da depressão em adultos, além de outras consequências devastantes para o desenvolvimento, tais como medo, ansiedade, abuso de substâncias, baixa auto-estima, ideação suicida, hipervigilância e insônia. Cabe ressaltar que as vítimas de abusos acabam muitas vezes tornando-se mais vulneráveis a outros abusos, ou seja, existe uma chance das vítimas apresentarem uma tendência à vitimização. Por exemplo, após ter sofrido abuso sexual ainda criança, Marília continuou sua trajetória de sofrimento, porém num outro contexto, o do casamento. Com as atitudes agressivas de seu marido, Marília permanecia quieta:

“Aí casei; aí vivemos. Aí ele começou a beber. Quando ele tava sóbrio... Quando ele tava sóbrio, não fazia nada pra mim. Mas quando ele bebia, aí ficava nervoso, começava a falar, né, eu guentando, fui guentando. [...] Quando eu trabalhava com ele, não dava nada quando trabalhava. Chegava na vez dele ficar... ficar judiando de mim” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

Até que um dia seu marido cometeu uma tentativa de homicídio contra ela:

“Aí o meu marido um dia foi lá ver na venda, bebeu e veio bêbado, e tinha espírito atentando ele para ele judiar de mim. Então ele veio: “Cadê o meu dinheiro, desgraçada!”daí ele xingava eu . Ele correu lá na cozinha e pegou uma faca que ele tinha de sabão, e veio, eu tava deitada na cama e ele veio, quando ele veio, eu levantei, né? Aí eu levantei, quando vi que ele vinha, ele veio por trás, levantou a faca para tocar ni mim, eu falei: “Valei minha Nossa Senhora Aparecida! Meu anjo da guarda!”Aí ele caiu pra trás com a faca. Não acertou em mim. Aí ele foi guardar a faca, foi lá, guardou e aí veio, disse arrependido: “Oh, meu Deus do céu, ia matando a minha mulher! Perdoa eu, eu tava louco, não sabia o que tava fazendo!” (Marília, 82 anos, tratamento desde 2004, não abrigada).

A mesma tendência à vitimização podemos ver no caso de Guida, que, quando jovem, Guida já lembra de ter sofrido tentativas de abuso, no contexto doméstico, porém relacionada a uma situação de patrão e empregada:

“Fui ameaçada também, o filho dele que tava se formando para doutor um dia queria entrar dentro no meu quarto para ficar comigo. E ali em cima eu bati o pé que não, que não, eu tinha quantos anos ali? 16 para 17 anos. Bati o pé que não, que não, ele chegava, batia na porta (bate na mesa) “Guida, abre aí, deixa eu conversar com você.” “Não, você não vai entrar” Que eu dormia lá no fundo, sabe? Então falei: “Aqui você não vai entrar” E hoje ele é um doutor, dos mais doutores lá de Arapongas.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

E quando estava em sua casa, presenciava cenas de agressão à sua mãe por parte do seu pai:

“quando eu saía ele batia na minha mãe de corda, minha mãe puxando água de poço e ele descendo a corda, um dia meu irmão voou nele, até para bater nele, porque isso aí, não era coisa dele fazer, né? Eu trabalhava a semana inteira, pousava lá no emprego. Aí um fim de semana sim, um não, eu tinha folga no domingo, às vezes sábado ela deixava ir pra casa à tardinha, né? Aí tinha uns amigos a gente queria ir num bar, sempre gostei, né? Nossa, quando eu ia, ele brigava com a minha mãe, batia na minha mãe, sabe? Então aquilo, nossa menina!” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Tal violência vivenciada em sua infância e juventude, acabou se reproduzindo no contexto do seu primeiro casamento:

“Outra coisa que eu passei lá atrás, tomei veneno quando eu tinha meu primeiro marido, eu tinha meu filho, eu já tinha... o menino tinha 3 anos, o mais velho, eu tive a menina e depois eu tive o último que ele tinha 5 meses. Eu esqueci de por café.... açúcar no café. E ele foi tomar café. Ele ameaçou de levar a xícara para mim assim. Quando ele levou assim, eu dei um tapa. Daí ele me empurrou, me jogou, cáí. E daí eu tinha... e daí ele achava que eu tava traindo ele porque naquela época ele trabalhava de motorista de ônibus, ele achava que eu tinha um caso com o cobrador, magine, meu Deus do céu. Então, eu tinha me dedicado a criar meus filhos, só. Eu nunca fiz isso, nunca fiz! A desconfiança dele, sabe? Um dia ele me bateu. Daí tinha um vidro de Baygon. Eu fui lá, peguei, virei aquele vidro de Baygon e tomei. Aí tomei, já cáí. Aí me levaram para a Santa Casa. Eu lembro até hoje a enfermeira falou: “Pô, uma moça, mulher bonita dessas tomar

veneno por causa de um homem desses?”Pô! Tudo bem. Aí lá fizeram lavagem, daí fizeram tudo o que tinha de fazer, vomitei, limparam tudo. Ainda bem que deu tempo de acudir.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

Guida ainda relembra de detalhes do seu relacionamento conturbado com o primeiro marido:

“ele chegava ele me batia, pegava foto dentro da bolsa dele, sabe? Ele chegava às vezes ele quebrava as coisas, eu não admitia que ele batia nos meus filhos, sabe daí, eu não aguentei e a gente teve que separar.” (Guida, 51 anos, tratamento desde 2005, não abrigada).

De acordo com Adeodato e col. (2005), um dos principais motivos para a mulher não ter deixado um parceiro agressivo é a dependência financeira, principalmente quando esta possui filhos. Entretanto, um ponto fundamental ao se analisar os casos de Guida e Marília se refere ao fato de que tais vivências podem levar a uma postura de desamparo aprendido, conforme descrito por Solomon (2002), e a uma menor capacidade de defesa contra outros abusos. Outra questão descrita por Oliveira e Jorge (2007) se refere aos sentimentos de impotência, apatia, inutilidade, que podem minar quaisquer possibilidades de superar a violência.

Já para Sirlene, um movimento contra a submissão foi necessário para a defesa da integridade física de sua mãe:

“Independente. Às vezes audaciosa. Queria ser mais for... Queria que elas fosse mais forte. Tem muita mulher muito, muito fraca ainda, né? Que aceita muita coisa dos homens. Queria que elas fossem mais forte.

Mas eu acho elas independentes, assim. Do que o que a minha mãe viveu, por exemplo, minha mãe aceitava meu pai beber, sabe? Aceitava meu pai às vezes... meu pai só não batia nela porque a gente não deixava, né, 5 filhos a gente nunca deixou. Mas assim, se a gente se anulasse também, ele batia nela, né? Então, hoje em dia, eu acho que a mulher não deve aceitar isso, não tem porque aceitar isso, entendeu?” (Sirlene, 43 anos, tratamento desde 2008, não abrigada).

De acordo com Safiotti (2002), a impotência vivida cotidianamente pelas mulheres, pode levá-las à repetição da violência ou o que a autora denominaria de “síndrome do pequeno poder.” Isto fica claro à medida que olhamos a história de Vânia e de como a vivência do desamparo frente ao abandono de sua mãe acabou trazendo como consequência o abandono do seu próprio filho.

“ a minha mãe foi embora quando eu tinha 4 anos, sabe abandonou nós” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

De vítima de abandono, Vânia passou à posição de agressora, o que traz o sentimento de culpa, conforme Badinter (1985) descreve, por não ter se “portado” como uma mãe considerada autêntica:

“Eu sinto um remorso muito grande por ter deixado meu filho ir morar com o pai dele. E acho que faltou bastante... a mesma coisa que eu não recebi eu não dei pro meu filho. Isso é uma coisa que me incomoda muito ainda. Eu tenho tentado trabalhar esse lado mas ainda não consegui. E eu não me vejo como uma boa mãe. [...] Se eu começar a pensar nisso, isso me traz tristeza, e aí eu já tenho, sabe? E daí eu me lembro que eu também já tive em tratamento psicológico. E daí eu ia conversar muito uma vez por semana com uma psicóloga, e eu contava essas coisas. E eu sempre me lembro algumas coisas que ela me dizia,

então eu tento forçar a pensar isso. Ela falava pra mim que eu tinha que tentar me perdoar, que ninguém é perfeito, que eu tive meus motivos, e que eu não tinha condições de cuidar de mim, que dirá de uma criança, mas mesmo assim isso ainda me incomoda. [...] Ele tem 19 anos de idade. Ele mora perto daqui. Às vezes eu convido ele para almoçar junto, mando mensagem para o celular, às vezes a gente conversa. Eu tento quebrar uma barreira que eu sentia, sabe? Eu tinha uma barreira que eu não conseguia abraçar meu filho, eu não sei o que era. Hoje em dia eu já consegui quebrar isso, fazer carinho nele, o afeto, o calor humano, isso era coisa que eu não conseguia. Alguma coisa me travava. Então hoje em dia eu consigo. Eu expliquei tudo pra ele, como foi, como não foi, porque eu não queria que ele tivesse o pensamento que eu tinha da minha mãe: que ela não gostava de mim, que ela me abandonou, que ela foi embora. E que eu não presto, que eu sou um bicho, que eu sou isso que eu sou aquilo.” (Vânia, 42 anos, tratamento desde 2006, não abrigada).

Teles e Melo, citados por Giordani (2006), apontam a questão da socialização como elemento fundamental no fenômeno da violência, que é transmitida de uma geração a outra. Em certos casos, as mulheres exercem violência contra a sua própria categoria, como em diversos países da Ásia e da América Central, onde a preferência pelo filho do sexo masculino leva as meninas a receberem menos alimentação, até a serem mortas pelo simples fato de pertencerem ao sexo feminino.

Beni relembra a primeira lembrança de sua mãe como o cenário de uma tentativa de infanticídio:

“Daí quando minha mãe ganhou eu, ela ia para a roça, daí ela não queria dar de mamar, né, porque eu

queria mamar. Daí quando foi o dia de noite, ela me pegou e me jogou para os porcos comer (suspiro). [...] Ela... pegou e.... os porcos queria comer eu e minha madrinha entrou dentro do chiqueiro, né. Me tirou tudo lambuzada de barro. Me levou eu para casa e aí ela disse assim para a minha mãe: “Olha, Dna Zeferina, a Sra. não pode fazer isso pra ela! A Sra. só tem que pegar e dar de mamar (voz rouca) e aí porque ela pode... porque ela ta doente desse tipo! Ela é uma pessoa que é toda doentinha, essa mia afiada e... [...] Se você visse o que eu sofri, eu já apanhei bastante, minha mãe me surrou bastante. Me deixou eu sem poder falar. [...] Quando ela surrava, ela dizia assim: “Vem aqui já”, né. “Vem aqui já. Se você não vim, eu te pego.” Ela surrava e ponhava no quarto sem poder comer sem tomar água.” (Beni, 53 anos, tratamento desde 2009, abrigada).

Para Schraiber e col., (2009), a violência de gênero, como questão de saúde pública, ainda se constitui como um grande desafio para a prática dos profissionais de saúde, visto que ainda existe o entendimento por parte destes de que a sua atuação se restringe às consequências, tanto físicas como mentais, geradas pelos atos violentos, e de que o fenômeno em si pertenceria a outros campos disciplinares. Entretanto, para esta autora o campo da saúde demonstra amplas possibilidades de intervenção não apenas na recuperação, como também na prevenção, conforme preconiza a Organização Mundial da Saúde.

A violência de gênero e os agravos dela resultantes implicam diversos danos à saúde física, mental e psicológica, cujos cuidados demandam muito mais que simples curativos. Em geral, a vítima de violência, ao realizar a denúncia, já está há algum tempo sofrendo o impacto das agressões, além do

fato bastante comum que é a superposição das violências física, sexual e psicológica. Existe uma progressiva perda da identidade do sujeito, que continuamente tem seus direitos negados, com graves sequelas em sua linguagem, seu sentido de vida, referenciais e interação social. Por toda esta invisibilidade que cerca o fenômeno da violência, pela dificuldade de ser assumida e reconhecida, somada ao impacto e sofrimento gerados por ela, a autora nomeou a violência como *a dor que não tem nome* (Schraiber e col., 2009).

Schraiber acrescenta que a violência geralmente ocorre nas relações de gênero como forma de dominação do outro, quando este questiona ou busca libertar-se da situação de dominação (Schraiber e col., 2009).

Apenas com uma intervenção externa os participantes de uma relação violenta podem realizar mudanças significativas no seu modo de ser, se comunicar e de amar. Oliveira e Jorge (2006) sugerem a educação para trabalhar o desenvolvimento de papéis sociais nos quais os direitos e o respeito à dignidade humana sejam priorizados.

Diferentemente da depressão atribuída à perda do sentido trazido pelo individualismo contemporâneo que prega o culto ao corpo e o consumismo (Spencer Jr., 2009), ou da depressão originada numa cultura baseada na obsessão pelo sucesso e que pressiona o indivíduo a encontrar as respostas em si mesmo e no seu desempenho (Ehrenberg, 2010), as histórias destas mulheres diagnosticadas com a depressão ainda são permeadas por sentimentos de vergonha, baixa auto-estima e culpa, como se tivessem contribuído para que a agressão ocorresse. Como bem descreve Pais (2001):

*“desçamos ao inferno da vida
quotidiana e logo vemos como*

*as teorias tidas como
inabaláveis caem nas dúvidas
do purgatório.” (2001: 48)*

Senna (1999) ressalta que os serviços de saúde constituem-se em locais onde o sofrimento humano pode expressar-se, em suas múltiplas formas. Por isso os profissionais de saúde precisam estar capacitados para reconhecer os sinais e as queixas por trás das demandas e urgências que ocorrem no seu cotidiano. Heise (1994) ressalta a importância do treinamento dos profissionais de saúde para assegurar que as vítimas não sejam “re-vitimizadas” por estes serviços.

Está posta, desta forma, a importância de grupos nos quais as mulheres possam falar sobre o tema da violência e refletir sobre as vivências e ressignificá-las, além de ouvir o relato de outras mulheres como uma forma de “parar” e deixar os sentimentos aflorarem, assumindo sua essência e entrando em contato consigo. É um movimento contrário ao “não parar”, ao encher-se de atividades e afazeres, que é incentivado pela lógica biomédica de que a deficiência hormonal seria responsável pelo desenvolvimento da depressão, bem como a ausência de atividades pertinentes à mulher que possam contribuir para o bom desempenho dos papéis sociais.

Oliveira e Jorge (2007) observam escassas iniciativas de acolhimento e atenção ao grupo de mulheres vítimas de violência. E além disso, conforme observamos nas falas destas mulheres, o atendimento psicológico não faz parte do repertório de estratégias delas. Portanto, os grupos se configurariam como importante fonte de apoio social para a superação da depressão, conforme descreve Almeida Filho (2002).

Para Ayres (2004), seriam necessárias novas tecnologias de abordagem e vínculo com estas mulheres, no sentido de permitir que suas demandas possam surgir no contexto do cuidado.

Para que as mulheres em depressão possam ser adequadamente tratadas em sua integralidade, é importante a abertura de espaços de diálogo, ensino e informação sobre seus direitos fundamentais, para que possam participar da resolução de seus problemas, levando a um aumento de poder, de autonomia, enfim, a seu empoderamento. Empoderar significa tornar as relações cada vez mais horizontais, esfacelando as relações hierárquicas seculares, bem como seus símbolos de opressão, discriminação e inferioridade social, seja em nível pessoal, grupal ou estrutural. Significaria fortalecer os indivíduos de tal forma que estas possam dar suporte, cooperar num plano coletivo e participar de movimentos sociais e políticos (Kleba e Wendausen, 2007).

No tocante aos transtornos mentais, para as mulheres o empoderamento através da escuta se constituiria como uma forma de libertar-se das interpretações psicologizantes e moralizantes a respeito de suas condições, reconhecendo e resistindo às estruturas de poder que as mantêm sob dominação. Para os profissionais de saúde mental, surgiria um novo sujeito, que tem desejos, vontades, necessidade de trabalho, relações afetivas, lazer, sonhos (Lancetti e Amarante, 2006).

Deixo aqui um questionamento, que não visa dominar os discursos destas mulheres, desvendar os seus sentidos (Lima, 2003), conquistá-los como a uma cidade tomada por seus inimigos; pelo contrário, a partir do que estas mulheres estão sinalizando em suas falas, pode-se refletir sobre as formas com as quais se vem atendendo à saúde da mulher e especificamente à sua saúde mental. A partir desta ótica, novas formas de investigação e compreensão do

fenômeno se apresentam, para além da concepção medicalizante das tradicionais práticas de saúde.

5. DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS À ABERTURA DE QUESTÕES

A partir das reflexões apresentadas, podemos fazer algumas considerações a respeito dos resultados do trabalho.

Em primeiro lugar, a questão do diagnóstico da depressão, conforme pudemos observar neste estudo, abarcou uma gama diversa de sintomas físicos, bem como manifestações emocionais e dimensões sociais talvez não equivalentes à descrição da doença conforme o DSM-IV, ou ainda o CID10. Entretanto, a partir da influência das questões culturais no processo saúde-doença, podemos chegar a questionar se estas mulheres apresentariam o quadro clínico de que trata a depressão, ou se a sua enfermidade retrataria muito mais uma condição social ou um momento difícil na vida (Martin, 2007) ou, ainda, um quadro de sofrimento (Maluf, 2006).

Nesta questão do diagnóstico da depressão, permanece o desafio de mais pesquisas sobre o tema, conforme as palavras de Levi-Strauss (1982):

“Esta dificuldade é dupla, de um lado podendo tentar-se definir, para cada atitude, uma causa de ordem biológica ou social, e de outro lado procurando por que mecanismo atitudes de ordem cultural podem enxertar-se em comportamentos que são de natureza biológica e conseguir integrá-los a si. Negar ou subestimar a oposição é privar-se de toda compreensão dos fenômenos sociais e ao lhe darmos seu inteiro alcance metodológico corremos um risco de converter em misterio insolúvel o problema da passagem entre as duas ordens. Onde acaba a natureza? Onde começa a cultura?

(Levi-Strauss, 1982, p.42)

Da mesma forma, a questão da alta incidência em mulheres pode ser um foco para outros estudos acadêmicos, visto que além dos problemas epistemológicos enumerados neste estudo, existe a questão da socialização de gênero, que pode fornecer pistas para estudos que problematizem a baixa taxa de diagnósticos de depressão em pessoas do sexo masculino.

Em segundo lugar, o fenômeno da depressão é apreendido nos discursos das mulheres como uma questão médica, farmacológica ou psiquiátrica, devido à priorização dos fatores biológicos em detrimento dos aspectos socioculturais. A lógica dos serviços de saúde, bem como a atuação de seus profissionais está voltada para as manifestações somáticas que as pacientes trazem enquanto demanda.

A racionalidade médica predomina até sobre as próprias mulheres, quando elas mesmas acreditam e, através da sua adesão ao tratamento medicamentoso, evidenciam que a sua desordem é “controlável” através da medicação. Esta, portanto, demonstrou ser uma das principais estratégias empregadas por ela para o enfrentamento da doença e suas implicações, de diferentes ordens.

Pode-se observar que na relação das mulheres com o Serviço de Saúde, a figura do profissional de saúde - bem como o próprio local onde se prestam os cuidados em saúde - estavam colocados numa posição coadjuvante à da medicação, como se constituíssem os “meios” para que tais mulheres pudessem alcançar os seus fins, em outras palavras, o medicamento.

Para Bourdieu (1997), uma entrevista de pesquisa pode ser considerada o que ele chamou de “exercício espiritual”, “visando a obter pelo esquecimento de si, uma verdadeira conversão do olhar que lançamos sobre os outros nas circunstâncias comuns da vida. A disposição acolhedora que inclina a fazer seus os problemas do pesquisado, a aptidão a aceitá-lo e a compreendê-lo tal

como ele é, na sua necessidade singular é uma espécie de amor intelectual: um olhar que consente com a necessidade, à maneira do ‘amor intelectual de Deus’ [...]. Deste modo, “oferecendo-lhe uma situação de comunicação completamente excepcional, livre dos constrangimentos, principalmente temporais, que pesam sobre a maior parte das trocas cotidianas e abrindo-lhe alternativas que o incitam ou o autorizam a exprimir mal-estares, faltas ou necessidades que ele descobre exprimindo-os, o pesquisador contribui para criar as condições de aparecimento de um discurso extraordinário, que poderia nunca ter tido e que, todavia, já está lá, esperando suas condições de atualização.” (Bourdieu, 1997:704). Transportando este tipo de encontro descrito pelo autor para o ambiente das práticas de saúde, podemos refletir no papel de “pesquisador” do profissional de saúde, que embora dotado de um saber e de tecnologias para intervir na enfermidade que se apresenta a ele, permite que a pessoa surja em meio aos discursos, aos sintomas, àquilo que aparentemente se manifesta enquanto demanda.

O terceiro ponto que se mostrou importante nas falas destas mulheres, foi a influência das questões de gênero sobre a saúde mental, apontando para a necessidade de reflexão e atualização por parte dos serviços de saúde: tanto introduzindo abordagens sobre processos saúde-doença capazes de ir além da visão biomédica, de olhar positivista, assim como incorporando a contribuição das ciências humanas e sociais, e a fala dos próprios usuários destes serviços.

Dentre as principais questões que podemos citar em nossa discussão está o fato de que as emoções não são totalmente involuntárias, mas construídas socialmente. Isto significa que estas também podem ser reconstruídas. É fundamental a reeducação emocional de homens e mulheres, a reconstrução do conhecimento e de nós mesmos; novas respostas emocionais podem ser aprendidas em relação a eventos passados e presentes. Se as mulheres estão historicamente acostumadas a suprimir suas

necessidades e desejos, a procurar agradar o outro como forma de encontrar realização, a silenciar-se a fim de preservar relacionamentos, a utilizar máscaras para encobrir sua real condição, tal como percebemos nos discursos das mulheres sujeitos da pesquisa, tais padrões de comportamento podem ser reinterpretados, repensados e reeducados, para a compreensão do sistema de dominação.

Para Levi-Strauss (1982),

“A resposta do sujeito constitui verdadeira integração das fontes biológicas e das fontes sociais de seu comportamento. [...] ‘E que a cultura não pode ser considerada nem simplesmente justaposta nem simplesmente superposta a vida. Em certo sentido, substitui-se a vida, e em outro sentido utiliza-a e a transforma para realizar uma síntese de nova ordem.”

(Levi-Strauss, 1982, p.41 e 42)

Aproprio-me do discurso de Simone de Beauvoir quando esta descreve a mulher como um ser vivendo grandemente na imanência, mas também capaz de viver a transcendência. Não é uma tarefa fácil, nem rápida, visto que um indivíduo não se desvencilha facilmente de um padrão de resposta habitual; somos fundamentalmente influenciados pela visão dominante do mundo; e no nosso caso, trata-se de uma sociedade ainda patriarcal e machista, que molda nossas mentes, percepções, valores, emoções, nossa linguagem e nossa ciência. Por esse motivo, é necessária a formulação e a implantação de políticas públicas que promovam a igualdade de gênero em todos os setores da sociedade, mas principalmente no campo da educação e da saúde.

Como quarto ponto, além da medicação, a outra estratégia para se lidar com a doença foi a prática religiosa, o que abre questões a respeito de como os conceitos e valores destas mulheres podem ser considerados no atendimento em saúde. Além disso, sentimentos de vergonha e culpa tornam estas mulheres silenciosas a respeito de suas mais profundas vivências. Este pode ter sido um motivo para algumas mulheres terem recusado a participar do estudo. Desta forma, apresenta-se como importante atividade de cuidado a estas mulheres a estratégia dos grupos de reflexão como forma de abrir espaços de escuta para estas subjetividades, e também oferecer uma possibilidade de auto-reflexão e transformação do significado de suas vivências.

Como quinto ponto, a questão da violência de gênero, epidemia que já não se restringe mais apenas ao campo da justiça, porém a todos os setores de serviços públicos e privados, exigindo uma constante atualização e capacitação por parte dos profissionais envolvidos. No campo da saúde, muitas vezes a violência não é reconhecida nas consultas nem nos diagnósticos, quanto mais registrada em prontuários; muitos profissionais demonstram descrédito com relação aos fatos vivenciados pelas vítimas, e emitem juízos de valor destas, e ainda, não possuem preparo para lidar com a questão quando esta é mencionada nos atendimentos, o que pode tornar esta mulher duplamente vitimizada, desta vez institucionalmente (Schraiber, 2007).

É fundamental a postura profissional que permita que as vozes silenciadas sejam ouvidas, de modo individualizado, para que as mulheres possam, em sua diversidade, romper as inúmeras barreiras que impedem a sua autenticidade. Às vezes, o profissional pode representar o único vínculo de confiança que estas mulheres possuem, com quem podem compartilhar sobre suas vidas.

Ayres (2003-2004) coloca que o termo “cuidar” nas práticas de saúde está relacionado à abertura de espaços onde se possa promover um genuíno

encontro intersubjetivo, no qual se exercita uma sabedoria prática para a saúde que se apoia na tecnologia, mas não se resume a ela: saúde e doença não representam apenas objetos da ação em saúde, mas configuram modos de “ser-no-mundo”.

Nossa hipótese interpretativa é o de que, ao se estudar a depressão ou se buscar intervir em nível dos serviços de saúde implica considerá-la como um fenômeno complexo, que demanda o redimensionamento de processos investigativos e intervencionistas.

Neste estudo sobre a depressão feminina, pudemos observar que a doença se apresenta e assume uma multiplicidade de aspectos e significados diferenciados passíveis de serem considerados a partir das seguintes categorias de grupos de mulheres: a depressão como capítulo de vida, a depressão e seus desdobramentos nas condições de vida e a depressão como estruturante do modo de vida.

A partir de tal categorização podemos inferir sobre a complexidade da depressão como objeto de estudo, mas igualmente refletir sobre as práticas dos serviços de saúde, que se colocam como detentoras de um saber capaz, em tese, de oferecer respostas a este tipo de sofrimento, atualmente considerado um problema de saúde pública estreitamente relacionado ao modo de vida e visão de mundo de nossa sociedade patriarcal contemporânea.

Diante disso, podemos concluir, em termos interpretativos, sobre as possibilidades e a importância de formulação, em nível das práticas de serviço de saúde, de uma política de saúde mental que leve em conta as especificidades da condição feminina e abarque múltiplas questões envolvendo o tratamento da depressão. Desta forma, o fenômeno da violência e as questões de gênero podem ser incorporadas ao se tratar do tema saúde da mulher, além da proposição de novas formas de intervenção.

6. REFERÊNCIAS

1. Adelman, M. e Grossi, M.P. Entre a psicanálise e a teoria política: um diálogo com Jane Flax. *Rev. Estudos Feministas*, ano 10, 2º sem./2002, 371-388.
2. Adeodato, V. G. e col. Qualidade de de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Rev. Saúde Pública*, vol. 39 (1): 108-13, 2005.
3. Almeida Filho, N. *et al. Brazilian multicentric study oif psychiatric morbidity. Methodological features and prevalence estimates.* *The British Journal of Psychiatry*, 1997, 171:524-529.
4. _____ *et al. Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity, and social class. Social Science and Medicine*, 59 (2004), 1339-1353.
5. Alvarado, R. *et al. Factores psicosociales asociados a cuadros depresivos em mujeres adultas de la isla de Chloé. Revista de Salud Pública*, 2 (1): 8-16, junio 2008.
6. Alvarez, A.M.S.; Alvarenga, A.T.; Della Rina, S.C.S.A. Histórias de vida de moradores de rua, situações de exclusão social e encontros transformadores. *Saúde e Sociedade*, V. 18, n. 2, p.259-272, 2009.
7. Alves, B. M.; Pitanguy, J. O que é feminismo. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1982.
8. Alves, P.C. O discurso sobre a enfermidade mental. IN: _____. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
9. _____. Nervoso e Experiência de Fragilização: narrativas de mulheres idosas. IN: Minayo, M.C.S. (Org.) *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.
10. Amarante, P. Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
11. Andrade, L.H.S.G.; Viana, M. C.; Silveira, C. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2): 43-54, 2006.
12. _____ e col. Epidemiologia dos transtornos mentais em uma área definida de captação da cidade de São Paulo, Brasil. *Rev. Psiquiatria Clínica*, 26 (5), 2011.

13. Arilha, M. Nações unidas, população e gênero: homens em perspectiva. Jundiaí, São Paulo: Editora InHouse, 2010.
14. Ayres, J.R.C.M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v.8, n. 14, p.73-92, set. 2003-fev.2004.
15. _____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, v.13, n. 3, p. 16-29, set.-dez.2004.
16. _____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. IN: _____. Cuidado: trabalho e interações nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009.
17. Azambuja, M.P.R.; Nogueira, C. Introdução à Violência contra as Mulheres como um problema de Direitos Humanos e de Saúde Pública. Saúde e Sociedade, São Paulo, V. 17, n.3, p.101-112, 2008.
18. Badinter, E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
19. Baptista, D.M.T. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. IN: Martinelle, M.L. Pesquisa qualitativa: um instigante desafio. São Paulo: Veras Editora, 1999.
20. Barbieri, T. *Sobre la categoria Género: una introducción teórico-metodológica*. Isis Internacional, Santiago: Ediciones de Las Mujeres, n. 17, p.111-128, 1992.
21. Baroni, D.P.M. e col. Diagnóstico como nome próprio. Psicologia e Sociedade, 22 (1): 70-77, 2010.
22. Bourdieu, P. A miséria do mundo. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Relatório de gestão 2003-2006: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 128p. il.(Série C. Projetos, Programas e Relatórios).
24. Bromberger, J.T. e Matthews, K.A. *A longitudinal study of the effects of pessimism, trait anxiety, and life stress on depressive symptoms in middle-aged women*. Psychology and Aging, 1996, vol. 11,n. 2, 207-213.
25. Brown, GW. *Clinical and psychosocial origins of chronic depressive episodes*. British Journal of Psychiatry, 165 (1994), 447-56.
26. Caponi, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. Ciência e Saúde Coletiva, 14(1): 95-103, 2009a.

27. _____. *Un análisis epistemológico del diagnóstico de depresión*. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, vol. 13, n. 29, p.327-38, abr./jun. 2009b.
28. Caregnato e Mutti, 2006.
29. Casey, M.B. *Developmental perspectives on gender*. IN: Kornstein, S.G. & Clayton, A.H. *Women's Mental Health*. The Guilford Press New York, USA, 2002.
30. Chodorow, N. *The reproduction of mothering : psychoanalysis and the sociology of gender*. The University of California Press, California, USA, 1999.
31. CID 10. Classificação Internacional de Doenças. 10ª Revisão. Edusp, Volume 1, 1998.
32. Conrad, P. *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007.
33. Costa, C. L. O tráfico do gênero. Cadernos pagu, (11) 1998:pp.127-140.
34. Critelli, D.M. *Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 2006.
35. Dalgalarondo, P. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
36. Dalmida, S.G. *Spirituality, mental health, physical health and health-related quality of life among women with HIV/ AIDS: integrating spirituality into mental health*. Issues in Mental Health Nursing, 27:185–198, 2006.
37. Del Priore, M. *História das Mulheres no Brasil*. 7ª ed. São Paulo: Contexto, 2004.
38. Desjarlais, R. e col. *World Mental Health: problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press, 1996.
39. DSM-IV. *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1995.
40. Duarte, L.F.D. *A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral?* IN: Alves, P.C. *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

41. Ehrenberg, A. O culto da performance: da aventura empreendedora à depressão nervosa. Trad. Pedro F. Bendassoli. Aparecida, SP: Idéias e Letras, 2010.
42. Fabrega, H.J. *Problems implicit in the cultural and social study of depression*. Psychosomatic Medicine, vol. 36, n. 5 (september-october 1974).
43. Fávero, M.H. Psicologia do Gênero: psicobiografia, sociocultura e transformações. Curitiba: Ed. UFPR, 2010.
44. Férida, P. Dos benefícios da depressão: elogio da psicoterapia. São Paulo: Escuta, 2002.
45. Ferrari, D.C.A. e Vecina, T.C.C. O fim do silêncio na violência familiar: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.
46. Fischbach, R.L. e Herbert, B. Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. Soc. Science Medicine, Britain, Vol. 45, n. 8, pp1161-1176, 1997.
47. Foucault, M. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
48. Garcia, C.C. Ovelhas na névoa: um estudo sobre as mulheres e a loucura. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1995.
49. Garcia, M.L.T. e Tassara, E.T. Estratégias de enfrentamento do cotidiano conjugal. Psicologia: reflexão e crítica, 2001, 14 (3), pp. 635-42.
50. Gastal, F.L. Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000. Rev. Psiquiatria Rio Grande do Sul, set./dez. 2006, 28 (3): 245-54.
51. Ghassemi, G.R. *et al.* *Early experiences of abuse and current depressive disorders in Iranian women*. Eastern Mediterranean Health Journal, vol. 16, n. 5, 2010, 498-504.
52. Giffin, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 146-155, 1994.
53. Gilligan, C. Uma voz diferente. Psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta. Trad. de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.
54. Giordani, A.T. Violências contra a mulher. S. Caetano do Sul, São Paulo: Yendis Editora, 2006.

55. Goffman, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982.
56. Grinberg, L. Culpa e depressão. Trad. Carla Montágua. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.
57. Guimarães, M.F. Trajetória dos feminismos: introdução à abordagem de gênero. IN: Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Marcadas a Ferro. Brasília, SEPM, 2005.
58. Harris, T. *Recent developments in understanding the psychosocial aspects of depression*. British Medical Bulletin, 2001; 57:17-32.
59. Hough, E.S. *Social support, demands of illness and depression in chronically ill urban women*. Health Care for Women International, 20:349–362, 1999.
60. Jadhav, S. *The cultural origins of western depression*. The International Journal of Social Psychiatry, vol. 42, p.269-82, Wint'96.
61. Jaggar, A.M. Amor e conhecimento: a emoção na epistemologia feminista. IN: Jaggar, A.M. e Bordo, S.R. Gênero, corpo e conhecimento. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.
62. Kleba, M.E. e Wendausen, A. Empoderamento: processo de fortalecimento dos nos espaços de participação social e democratização política. Saúde e Sociedade, São Paulo, V. 18. n.4, p.733-743, 2009.
63. Kornstein, S.G. e Wojcik, B.A. *Depression*. IN: Kornstein, S.G. & Clayton, A.H. Women's Mental Health. New York, The Guilford Press, 2002.
64. Krestan, J. & Bepko, C. Mentiras, segredos e silêncio: os múltiplos níveis de negação em famílias adictivas. IN: Imber-Black, E. e col. Os segredos na família e na terapia familiar. Porto Alegre, ArtMed, 1994.
65. Laird, J. Segredos das mulheres: os silêncios das mulheres. IN: Imber-Black, E. e col. Os segredos na família e na terapia familiar. Porto Alegre, ArtMed, 1994.
66. Lancetti, A; Amarante e P. Saúde Mental e Saúde Coletiva. IN: Campos, G.W.S. et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Fiocruz, 2006.
67. Lara e col. *La depresión femenina vista desde la subjetividad de las mujeres*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20 (3): 818-828, mai-jun, 2004.
68. Lemos, C.T. Maternidade e devoções marianas: uma âncora na manutenção das desigualdades de gênero. IN: Souza, S. D. (Org.) Gênero e religião no

- Brasil: Ensaios Feministas. São Bernardo do Campo: Editora da Umesp, 2007.
69. Levi-Strauss, C. As estruturas elementares do parentesco. Trad. Mariano Ferreira. Petrópolis, Vozes, 1982.
 70. Lewis, G. & Araya, R. *Classification, disability and the public health agenda*. British Medical Bulletin, 2001, 57:3-15.
 71. Lima, M.E.A.T. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 9, n. 13, p. 76-88, jun. 2003.
 72. Lotufo Neto, F. e col. Influências da religião sobre a saúde mental. Santo André, São Paulo: Esetec Editores Associados, 2003.
 73. Magalhães, T.A. Um breve olhar sobre os movimentos feministas no Brasil.
 74. Maluf, S.W. Gênero, “saúde mental” e subjetividades: o caso nova esperança. Sociologia e Política. Anais do I Seminário de Sociologia e Política UFPR 2009. Grupo 1. Gênero, corpo, sexualidade e saúde.
 75. Manson, S.M. *et al. The depressive experience in American Indian communities: a challenge for psychiatric theory and diagnosis*. IN: Kleinman, A. & Good, B. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985, p. 487-501.
 76. _____. *Culture and major depression: current challenges in the diagnosis of mood disorders*. Psychiatric Clin. North Am, 1995, 18 (3): 487-501.
 77. Marsella, A.J. *et al. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview*. IN: Kleinman, A. & Good, B. *Culture and depression: studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press; 1985, p. 299-324.
 78. Martin, D. Mulheres e AIDS: uma abordagem antropológica. Dissertação de mestrado. Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP. São Paulo, 1995.
 79. _____. e col. Noção de significado nas pesquisas qualitativas em saúde: a contribuição da antropologia. Rev. Saúde Pública, 2006, 40 (1):178-80.
 80. Martin, D. e col. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. São Paulo, Rev. Saúde Pública, 2007a; 41 (4): 591-7.

81. _____; Mari, J.J.; Quirino, J. *Views on Depression among patients diagnosed as depressed in a poor town on the outskirts of São Paulo, Brazil*. Transcultural Psychiatry, 2007b, 44;637.
82. Martire, L.M. et al. *Emotional Support and well-being of midlife women: role-specific mastery as a mediational mechanism*. Psychology and Aging, 1998, vol. 13, 396-404.
83. Matos, M.I.S. Estudos de gênero: percursos e possibilidades na historiografia contemporânea. Cadernos pagu (11) 1998: pp.67-75.
84. Matos, V.C.S. Um estudo histórico das relações de gênero e classe. Revista Multidisciplinar da UNIESP, Saber Acadêmico, n. 7, jun. 2009.
85. McGirr, A. e col. Aspectos genéticos da depressão. IN: Lacerda, A.L.T. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: ArtMed, 2009.
86. Minayo, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
87. Moneyham, L. *Patterns of Risk of Depressive Symptoms Among HIV-Positive Women in the Southeastern United States*. JANAC, Vol. 16, No. 4, July/August 2005.
88. Moraes, M.L.Q. Usos e limites da categoria gênero. Cadernos pagu (11) 1998: pp.99-105.
89. Murray, C.J.L. & Lopez, A.D. *Global Mortality, and the contribution of risk factors: global burden of disease study*. Lancet, 1997; 349:1436-42.
90. Oliveira, E.N. e Jorge, M.S.B. Violência contra a mulher, sofrimento psíquico e adoecimento mental. Ver. RENE, Fortaleza, V. 8, n. 2, p. 93-100, maio-agosto 2007.
91. Pais, J. M. Vida cotidiana: enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.
92. Patel, V. *Cultural factors and international epidemiology*. British Medical Bulletin, 2001; 57:33-45.
93. Paykel, E.S. *Continuation and maintenance therapy in depression*. British Medical Bulletin, 2001; 57:145-159.
94. Pegoraro, R.F. e Caldana, R.H.L. Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. Revista Saúde e Sociedade, v.17, n.2, p. 82-94, 2008.

95. Pereira de Queiroz, M.I. Relatos orais: do indizível ao dizível. In: Von Simon, O.M. (Org.) Experimentos com História de vida (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, 1988.
96. Pereira, W.R. O processo de medicalização do corpo feminino. IN: Scavone, L. Batista, L.E. Pesquisas de gênero: entre o público e o privado. Araraquara, Faculdade de Ciências e Letras, Laboratório Editorial, 2000.
97. Peveler, R. & Kendrick T. *Treatment delivery and guidelines in primary care*. British Medical Bulletin, 2001; 57:193-206.
98. Pill, R. et al. *Lay attitudes to professional consultations for common mental disorders: a sociological perspective*. British Medical Bulletin, 2001; 57: 207-219.
99. Rago, M. Descobrimos historicamente o gênero. Cadernos pagu (11) 1998: pp.99-105.
100. Razzouk, D. e col. O impacto econômico e o custo social da depressão. IN: Lacerda, A.L.T. Depressão: do neurônio ao funcionamento social. Porto Alegre: ArtMed, 2009.
101. Rigotto, R.M. As técnicas de Relatos Orais e o Estudo das Representações Sociais em Saúde. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, III (1), 1998.
102. Rodrigues, N. e Caroso, C.A. Idéia de 'Sofrimento' e Representação Cultural da Doença na Construção da Pessoa. IN: Duarte, L.F.D. (Org.) Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
103. Romero, M. et al. *Characteristics of Mexican women admitted to emergency care units: alcohol consumption and related problems*. Salud Publica Mex, 2001; 43:537-543.
104. Rosen, G. Uma História da Saúde Pública. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Unesp-Abrasco, 1994.
105. Saffioti, H.I.B. Violência contra a mulher e violência doméstica. IN: Bruschini, C. e Unbehau, S.G. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas: Editora 34, 2002.
106. Saffioti, H.I.B. Gênero e patriarcado: a necessidade da violência. IN: Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Marcadas a Ferro. Brasília, SEPM, 2005.

107. Santos, J.F.Q. e col. A compreensão da depressão na população pobre, uma ocorrência mas (fortemente) social, do que uma doença (fracamente) clínica. *Mediações*, Londrina, vol. 12, n. 1, p.313-322, jan./jun 2007.
108. Sartorius, N. The economic and social burden of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, V. 62, suppl. 15, p.8-11, 2001.
109. Scavone, L. O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. IN: W. Villela e Monteiro, S. (Org.) *Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em questão*. São Paulo: Abrasco/UNFPA/Arbreit Factor, p. 99-109, 2005.
110. Schraiber, L.B. Violência e saúde: estudos científicos recentes. *Rev. Saúde Pública*, 2006; 40(N Esp):112-20.
111. _____. e col. Violência contra mulheres entre usuárias de service públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*, 2007a;41(3):359-67.
112. _____. e col. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 2007b; 41(5):797-807.
113. _____. e col. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, vol. 11, n. 23, p. 485-501, set./dez.2007.
114. _____. e col. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup.2:S205-S216, 2009.
115. Schwartz, S. *Women and depression: a durkheimian perspective*. Great Britain, Soc. Science Medicine, Vol. 32, n. 2, pp. 127-140, 1991.
116. Scott, J. *Cognitive therapy for depression*. *British Medical Bulletin*, 2001; 57:101-113.
117. Scott, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*, vol. 20, n. 2, p.71-99, 1995.
118. Senna, D.M. As mil faces de Ananké: o sofrimento feminino e a prática de saúde. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.
119. Silveira, M.L. O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

120. Soihet, R. História das mulheres e história de gênero: um depoimento. Cadernos pagu (11) 1998:pp.77-87.
121. Solomon, A. O demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.
122. Spencer Jr. e Caldas, M.T. Depressão: resistência ou desistência existencial? Recife: EDUPE, 2009.
123. Teles, M.A.A. Breve História do Feminismo no Brasil. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1993.
124. _____. O que são os direitos humanos das mulheres. São Paulo, Ed. Brasiliense, 2007.
125. Touraine, A. Um novo paradigma: para compreender o mundo de hoje. Trad. Gentil Avelino Tilton. 3ª ed., Rio de Janeiro, Vozes, 2007.
126. Vasconcelos, E.M. O poder que brota da dor e da opressão: *empowerment*, suas histórias, teorias, estratégias. São Paulo: Paulus, 2003.
127. Veras, A.B. e Nardi, A.E. Depressão na mulher. Revista Brasileira de Medicina 65 (6): 154-163, jun. 2008.
128. Vieira, L.J.E.S. e col. Fatores de risco para violência contra a mulher no contexto doméstico e coletivo. Saúde e Sociedade, São Paulo, V. 17, n.3, p.113-125, 2008.
129. Villela, W.V. Mulher e saúde mental: da importância do conceito de gênero na abordagem da loucura feminina. Tese (doutorado). Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1992.
130. World Health Organization. The world health report 2001: mental health, new understanding, new hope. Geneva 2001. Disponível em <http://www.who.int/whr/2001/en/>>. Acesso em: 25/05/2012.
131. World Health Organization. Gender and Mental Health. 2002.
132. Wolpert, L. Stigma of depression: a personal view. Briutish Medical Bulletin, 2001; 57:221-224.

ANEXOS

Anexo 1 - Cópia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública - USP

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/400/11

04 de novembro de 2011

Prezadas pesquisadoras e pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 84/11 Sessão Ordinária, realizada em 07/10/2011, analisou de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o cadendo referente ao protocolo de pesquisa nº 2233, intitulado "SOBRE MUIHERES E DEPRESSÃO A CONDIÇÃO DE NÃO SUJEITO" do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora Cristina Shizue Yuasa e orientação da Professora Augusta Thoreza de Alvarenga, que comunique a mudança de cenário para a Secretaria Municipal de Saúde do município de Curitiba - Paraná, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):

- 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar a reanálise deste Comitê de Ética em Pesquisa para a continuidade da pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, incluindo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual de auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e finais; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Im. A Sr.ª

Prof.ª Dr.ª Augusta Thoreza de Alvarenga
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

Anexo 2 - Cópia da aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Christina Shizue Yuasa protocolou sob o número 85/2011 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Sobre mulheres e depressão: a condição de não sujeito." FR nº 434205

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 196/96.

Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 23 de novembro de 2011.

Coordenador do CEP/SMS

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que eu, _____, decidi por livre e espontânea vontade participar da pesquisa intitulada “Sobre mulheres e depressão: a condição de não sujeito”, realizada por Cristina Shizue Yuasa, mestranda do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo:

Fui informada sobre os objetivos da pesquisa e do item V da Resolução CNS 196/96, que considera que “toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco”, e que “o dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade”, que foram objetos de qualquer pesquisa. Fui informada, que na presente pesquisa, os riscos serão mínimos, comprometendo-se a pesquisadora responsável, na eventual ocorrência dos mesmos, encaminhar-me à Unidade de Saúde de minha região.

Autorizo a gravação da entrevista, que servirá apenas para fins acadêmicos, sabendo que não serei identificada de forma alguma.

Estou ciente da minha total liberdade em desistir da participação, sabendo que minha desistência não acarretará nenhum tipo de prejuízo ou constrangimento para a minha pessoa, nem de prejuízo ao meu tratamento realizado na Unidade de Saúde.

Fui informada sobre o sigilo das informações fornecidas por mim, e que estas serão apenas de conhecimento da pesquisadora responsável.

Tive minhas dúvidas esclarecidas sobre a pesquisa, antes de decidir participar dela.

Recebi uma cópia deste documento, que foi lido em voz alta juntamente com a pesquisadora responsável e assinado por mim.

Data: _____ Assinatura: _____

RG: _____

Dados da pesquisadora: Cristina Shizue Yuasa

Instituição: Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo

Área de Concentração: Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Tel. (011) 3061-7149 / 8522-9422

Data: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César Tel. (011) 3061-7779 / 3061-7742

Anexo 4 – Caracterização Sociodemográfica do Sujeito da Pesquisa

Nome fictício: _____ Número do Sujeito: _____

Idade: _____ Escolaridade: (ver classif.) _____

Nacionalidade: _____ Raça/cor (auto-identificação): _____

Estado civil: (ver classif.) _____ Renda familiar mensal: _____

Chefe da família: _____ Responsável pela família: _____

Número de pessoas na família: _____ Posição na família atual: _____

Número de filhos: _____ () nº de filhas () nº de filhos () não possui filhos

Ocupação (descrever função e atividade): _____

Situação de trabalho: () trabalhando registrada () em licença () trabalho informal
() não trabalha () desempregada () do lar () outro: _____

Saúde: diagnóstico médico de depressão () sim () não Data: _____

Diagnóstico: _____

Nome do médico / clínica: _____

Tratamento para depressão? () sim, está fazendo () não

Indique o tipo de tratamento realizado: _____

Medicação para depressão? () sim. Qual? _____ () não

Medicação para outra enfermidade? () sim. Qual? _____ () não

Uso de alguma substância psicoativa? () sim. Qual? _____ () não

Tempo de tratamento na Unidade de Saúde: _____

Legendas

1 – Escolaridade do sujeito

1 – Analfabeto	4 – 1º grau completo	7 – Superior incompleto
2 – Analfabeto funcional	5 – 2º grau incompleto	8 – Superior completo
3 – 1º grau incompleto	6 – 2º grau completo	9 – sem informação

2 – Estado marital e tipo de união do sujeito

1 – Solteiro(a) vivendo só	4 – Casado(a) com companheiro(a)	7 – NSA
2 – Solteiro(a) com companheira(o)	5 – Separado(a)/ divorciado(a)/ Viúvo(a) vivendo	8 – Sem informação
3 – Casado(a) vivendo só	6 – Separado(a)/ divorciado(a)/ Viúvo(a) com companheira(o)	

Anexo 5 - Roteiro Temático para a Entrevista em Profundidade

1. Nome fictício (*escolhido pela própria mulher*):_____
2. Conte p'ra mim como você está se sentindo atualmente com relação à sua saúde. (*explorar aspectos emergentes de interesse para o tema da pesquisa*)
3. Gostaria que você comentasse agora como é estar com depressão. (*explorar o que ela identifica como obstáculo ou não para sua vida cotidiana em geral*)
4. Por que você acha que ficou com depressão? (*explorar como era sua vida naquele momento, se identifica motivos/razões, explorar se teve episódios anteriores*)
5. Como foi receber o diagnóstico de depressão? (*explorar sentido/significado atribuído ao diagnóstico*)
6. No que esse diagnóstico alterou a sua vida? (*explorar sentido/significado atribuído ao diagnóstico*)
7. Você tem ou teve familiares com o mesmo problema de depressão?
8. Que aspecto(s) da sua vida a depressão mais afetou?
9. Quando e por que você decidiu buscar ajuda médica? Como foi essa busca? (*descrever a trajetória até chegar na Unidade de Saúde*)
10. O que te ajuda a enfrentar este momento de depressão? (*explorar estratégias utilizadas, recursos, apoio, habilidades e competências, potencialidades*)
11. O que você acha que é ser mulher hoje na nossa sociedade?
12. Como você se sente como mulher?
13. Como é a sua relação com o seu companheiro/marido?
14. Como mulher, como são as suas relações familiares?
15. Como você se cuida, como mulher? (*explorar se ela tem percepção do corpo, como vê o cuidado de si*)
16. Que valores você acha mais importantes para conduzir a sua vida atualmente?
17. O que você faz para se distrair e divertir nos momentos livres?
18. Como está o seu tratamento aqui na Unidade de Saúde?
19. 'Está fazendo tratamentos complementares? Descreva.

CURRÍCULO LATTES

07/03/2016

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Cristina Shizue Yuasa)

Depositar
currículo
[Dados gerais](#)
[Formação](#)
[Atuação](#)
[Eventos](#)
[+](#)
Cristina Shizue Yuasa Endereço para enviar seu CV: <http://lattes.cnpq.br/02002400240000>

Obter atualização do currículo em 06/05/2016

Graduada em Psicologia pela Universidade Presbiteriana Mackenzie (1997). Atualmente é psicóloga da Fundação de Ação Social, na cidade de Curitiba - PR. Tem experiência com crianças, adolescentes e adultos em situação de risco, e na área de saúde mental da mulher. (Texto informado pelo autor)

Identificação**Nome**

Cristina Shizue Yuasa

Nome em situações formais/acadêmicas

YUASA, C. S.

Endereço**Formação acadêmica/titulação**

1993 - 1997

Graduação em Psicologia
Universidade Presbiteriana Mackenzie, UNICAMP, Brasil.
Título: Desenvolvimento e avaliação de técnicas em psicologia breve: pesquisa documental.
Orientador: Maria Lúcia Baptista de Moraes.

Formação Complementar

2004 - 2006

Extensão universitária em Direitos Humanos: Teoria e Prática. (Carga horária: 10%).
Fundação Getúlio Vargas - SP.

2003 - 2003

Trabalho Complementar: psicologia e profissão. (Carga horária: 10%).
Instituto Seden September, SEDES, Brasil.

1998 - 2000

Pós-Graduação. (Carga horária: 10%).
Instituto Seden September, SEDES, Brasil.

Atuação Profissional

Fundação de Ação Social, FAS, Brasil.

Vínculo Institucional

2011 - Atual

Título: Sênior FAS, Enquadramento Funcional: Psicólogo, Carga horária: 40

<http://buscatelacred.cnpq.br/buscatelacred/visualizaov.do?id=K4441520P6>

1/3