

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA  
VIDA E SAÚDE

Muriel Closs Boeff

**UM RETRATO DA DEPRESSÃO:**

**Investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na  
Atenção Básica**

Porto Alegre  
2019

Muriel Closs Boeff

**UM RETRATO DA DEPRESSÃO:**

**Investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na  
Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

*Orientadora: Tatiana Souza de Camargo*

Linha de Pesquisa: Educação Científica: implicações das práticas científicas na constituição dos sujeitos.

Porto Alegre  
2019

## CIP - Catalogação na Publicação

Closs Boeff, Muriel

Um Retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica / Muriel Closs Boeff. -- 2019. 194 f.

Orientadora: Tatiana Souza de Camargo.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Depressão. 2. Gênero. 3. Atenção Básica. 4. Estudos Culturais. 5. Educação em Saúde. I. Souza de Camargo, Tatiana, orient. II. Título.

Muriel Closs Boeff

**UM RETRATO DA DEPRESSÃO:  
Investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na  
Atenção Básica**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Instituto de Ciências Básicas da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências.

Aprovada em: \_\_\_\_\_

---

Profa. Dra. Tatiana Souza de Camargo – Orientadora

---

Profa. Dra. Nádia Geisa Silveira de Souza – Relatora/Banca Avaliadora

---

Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer – Banca avaliadora

---

Profa. Dra. Sônia Weidner Maluf – Banca Avaliadora

Dedico este trabalho à minha mãe, com quem aprendi sobre a importância do amor. Obrigada pela luta e por nunca ter desistido, mesmo nos piores dias da depressão. Te amo, sempre mais.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas incontáveis vezes em que conversamos e Ele sempre soube me ouvir.

À minha mãe, por cada palavra e gesto de amor e por nunca ter duvidado dos meus sonhos. Um dia ainda te levarei ao supermercado, como sempre te prometi.

Ao meu pai, pelas tentativas de mudança.

Aos meus avós, Gilberto e Alicie, com quem já vivi tantos momentos felizes. Em um mundo perfeito, meu desejo seria que vocês vivessem para sempre.

À minha tia, Carina, que em 2017 me deu um presente maravilhoso: minha afilhada, Manuela. Obrigada pela confiança e por não deixar de lutar, do teu jeito, até nos dias mais difíceis.

Ao meu amor, Eder. Nestes últimos dois anos, vivemos muito mais os meus sonhos do que os teus, ou até mesmo os nossos. Obrigada por tentar compreender, até nos dias mais difíceis. E também por me lembrar que, mesmo quando tudo estiver dando errado, nosso amor ainda permanecerá.

À minha orientadora, Tatiana. Por cada palavra, cada abraço, cada chimarrão, cada ida a Porto Alegre, por cada evento, por cada troca de mensagens, por cada acalento e por toda confiança. Nunca vou esquecer do quanto tu tens me ajudado na realização dos meus sonhos. Obrigada, por tudo.

À Tânia, que lá em 2012 me incentivou a ter coragem frente às mudanças. Tudo que aconteceu depois disso me trouxe até aqui. Quero tua amizade para sempre.

À Bruna, por estar presente nos dias de alegria e de tristeza. Tua amizade foi um dos melhores presentes da graduação.

À Débora, por me enxergar como sou e por estar sempre presente, não importando a distância que nos separe.

Ao Diego, por ser meu melhor amigo desde sempre.

Ao Gilson, pelas conversas e telefonemas revigorantes e por cada piada que aprendi a interpretar contigo. Essas risadas são salvadoras, sabia?

À professora Geraldine, minha primeira orientadora de pesquisa. Nunca vou me esquecer do dia em que me convidastes para ingressar na iniciação científica. Minha vida e meus sonhos mudaram depois desse convite. Gratidão eterna, profe.

Ao Aldo e a todos os colegas da Associação Gaúcha de Psicologia Humanista, com os quais mantive aceso o amor pela Psicologia.

Ao Enrique, pois em um momento muito decisivo da minha vida, ele foi comigo exatamente como eu sempre o observei sendo com os outros: alguém que acredita nas pessoas. Tu nem imaginas o poder transformador que este tipo de atitude pode ter na vida de alguém.

À Carla, alguém que muito mais do que ser minha professora de inglês, acreditou que eu conseguiria superar minhas limitações. Não há nada no mundo que pague o valor das tuas palavras de incentivo. Obrigada, de coração.

À Laura, pela energia, amor e comprometimento dedicados à pesquisa. Sinto muito orgulho das tuas conquistas.

Aos colegas do grupo de pesquisa, pelas mensagens e cafés revigorantes. Foi muito bom conhecer cada um de vocês.

Aos alunos da disciplina de Educação Contemporânea, do curso de Licenciatura em Educação do Campo, meus sinceros agradecimentos pela paciência e por todo apoio ao longo do meu estágio de docência.

À banca desta dissertação. Cada professora convidada marcou minha caminhada ao longo destes dois anos. Obrigada por toda disponibilidade em ensinar, isso realmente muda a vida das pessoas.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, pela oportunidade de realizar esta pesquisa e por toda acolhida, sempre que necessário.

À CAPES, Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela oportunidade de cursar este mestrado recebendo uma bolsa de estudos.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a todos os professores com que tive o prazer de estudar ao longo destes dois anos, tendo acesso a um ensino público de muita qualidade.

À Secretaria Municipal de Saúde e a Prefeitura Municipal da comunidade na qual esta pesquisa foi realizada, agradeço por toda receptividade, confiança e apoio ao longo da realização deste estudo. A ciência cresce com este tipo de oportunidade.

À Equipe da Estratégia de Saúde da Família que, ao longo destes últimos dois anos, não dividiu comigo somente um campo de pesquisa. Foi lugar de acolhimento, de risadas, de lágrimas e de muito apoio. Meus mais sinceros agradecimentos pela nossa parceria.

Por fim, um agradecimento especial a todas as mulheres que participaram deste estudo. Cada história, cada sorriso, cada lágrima, cada abraço e cada chimarrão fizeram toda diferença neste trabalho. Obrigada pela confiança, não sei se em algum momento da minha vida serei capaz de retribuir tudo que aprendi com cada uma de vocês.

Eu não tinha este rosto de hoje,  
assim calmo, assim triste, assim magro,  
nem estes olhos tão vazios,  
nem o lábio amargo.

Eu não tinha essas mãos sem força,  
tão paradas e frias e mortas;  
eu não tinha este coração  
que nem se mostra.

Eu não dei por esta mudança,  
tão simples, tão certa, tão fácil:  
- Em que espelho ficou perdida  
a minha face?

(Cecília Meireles, Retrato, 1939)



## RESUMO

A prevalência do diagnóstico de depressão, especialmente em mulheres, vem crescendo tanto em âmbito nacional quanto mundial. Segundo dados da OMS (2002), até 2020 a depressão será uma das doenças mais incapacitantes do mundo. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo investigar a construção do diagnóstico de depressão em 17 mulheres assim autodeclaradas, maiores de 18 anos, pacientes de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família da cidade de Solanum, localizada na região da Encosta da Serra do Rio Grande do Sul. Para tanto, buscou-se examinar as possíveis relações entre o marcador social gênero, a organização do trabalho, a posição social ocupada pela mulher e a cultura teuto-brasileira local, entendendo que estes aspectos poderiam manter relação com os modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais da Atenção Básica da comunidade. Como metodologia, este trabalho delineou-se como um Estudo de Caso que utilizou ferramentas de cunho etnográfico, entre elas a entrevista semiestruturada, a observação participante e o Diário de Campo. Através da análise combinada de todos os materiais coletados, as seguintes categorias foram delimitadas e discutidas: O corpo como depósito de sintomas; O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas; O valor do trabalho e o controle dos corpos; Experiências singulares para além do DSM; Estar mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família; Morar no campo: entre o imaginário e o “real”; Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde e concepções sobre saúde mental, mulheres e cuidado. Dessa maneira, entendendo as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Básica como práticas educativas que ensinam aos pacientes atendidos conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, identificou-se que a construção do diagnóstico de depressão em Solanum mantinha ligação com os jogos de poder instituídos desde o estabelecimento da relação entre profissionais e pacientes, perpassando também a própria organização da gestão de saúde da comunidade, aspectos que acabavam por exercer influência sobre a percepção que estas mulheres desenvolviam sobre suas condições de saúde mental. A partir disso, muitas delas compreendiam o uso de medicações como o processo mais viável de cura, além de buscarem a legitimação de sua doença através do diagnóstico médico. Da mesma forma, também foi possível observar que estas mulheres vivenciavam experiências de sofrimento e preconceito que ocorriam em ambientes familiares, relacionamentos conjugais e, em grande parte dos casos, nas próprias condições de trabalho à que estavam submetidas. Observou-se então, a importância de considerar às condições de vida das mulheres tanto no momento da realização de um atendimento por um profissional capacitado até mesmo na formulação de políticas de saúde mental, a fim de que o diagnóstico e os próprios dados epidemiológicos não sejam responsáveis por invisibilizar, antes de tudo, violências e opressões de gênero à que tantas mulheres podem estar expostas.

Palavras-chave: Depressão. Gênero. Atenção Básica. Estudos Culturais. Educação em Saúde.

---

BOEFF, Muriel Closs. **Um retrato da depressão:** investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica. Porto Alegre, 2019. 194 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Instituto de Ciências Básicas da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

## ABSTRACT

The prevalence of the diagnosis of depression, especially in women, has been growing both nationally and globally. According to WHO data (2002), by 2020, depression will be one of the most disabling diseases in the world. This research aimed to investigate the construction of the diagnosis of depression in 17 self-reported women, older than 18 years, patients of a Family Health Strategy Team in the city of Solanum, located in the hillside region of the Rio Grande do Sul, Brazil. From this, it was sought to articulate the social gender marker with the organization of work, the social position occupied by women and the German-Brazilian culture in the place, understanding that these aspects were related to the ways of living, to feel and to interpret the diagnosis of depression, both by the women and by the professionals of the Basic Attention of the community. As a methodology, this work was outlined as a case study that used ethnographic tools, among them the semi-structured interview, the participant observation and the field diary. Through considering all the materials collected in a combined manner, the following categories were delimited and discussed: The body as a reservoir of symptoms; The scientific discourse, the legitimation of the disease and the investment in medicine technologies; The value of work and the control of bodies; Unique experiences beyond the DSM; Being a woman in Solanum: body, care, work and family; Living in the countryside: between the imaginary and the “real”; Loads and confrontations of caregivers: health professionals and conceptions about mental health, women and care. Thus, understanding the actions of health promotion carried out by Primary Care professionals as educational practices that teach patients the knowledge, values and ways of being in the world, it was identified that the construction of the diagnosis of depression in Solanum had a connection with the power games instituted since the establishment of the relationship between professionals and patients, running through the organization of community health management itself, aspects that influenced the perception of these women about their mental health conditions. So, many of them understood the use of medications as the most feasible process of cure, and sought to legitimize their disease through medical diagnosis. Similarly, it was also observed that these women were experiencing experiences of suffering and prejudice occurring in familiar environment, marital relationships and, in most cases, in their own working conditions to which they were subjected. It was then observed the importance of considering the living conditions of women both at the time of a care provided by a trained professional even in the formulation of mental health policies, so that the diagnosis and the epidemiological data themselves be not responsible for making gender-based violence and oppression to which so many women may be exposed.

Keywords: Depression. Gender. Basic Attention. Cultural Studies. Health Education.

---

BOEFF, Muriel Closs. **Um retrato da depressão:** investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica. Porto Alegre, 2019. 194 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Instituto de Ciências Básicas da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário(a) de Saúde  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
CONEP – Conselho Nacional de Ética e Pesquisa  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
COMPESQ – Comissão em Pesquisa  
DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais  
ESF – Equipe de Estratégia de Saúde da Família  
OMS – Organização Mundial da Saúde  
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde  
UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial  
PNSM – Política Nacional de Saúde Mental  
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial  
FETAG/RS – Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado do Rio Grande do Sul

## SUMÁRIO

<b>1 TRAJETÓRIAS DA PESQUISA: O INÍCIO DA CAMINHADA</b> .....	14
<b>2 POR QUE ESTUDAR A DEPRESSÃO?</b> .....	17
<b>3 COMPREENSÕES TEÓRICAS E A CONSTRUÇÃO DE EIXOS NORTEADORES</b> .....	19
3.1 DEPRESSÃO .....	19
3.2 GÊNERO .....	20
3.3 ILLNESS, DISEASE, SICKNESS .....	22
3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE .....	23
3.5 ESTUDOS CULTURAIS .....	25
3.6 CONCEITOS DE MICHEL FOUCAULT .....	26
<b>3.6.1 Saber-Poder</b> .....	26
<b>3.6.2 Discurso</b> .....	28
<b>3.6.3 Biopolítica</b> .....	28
<b>4 ENTRE QUESTIONAMENTOS E PROPOSIÇÕES</b> .....	30
<b>5 PERCURSOS METODOLÓGICOS</b> .....	31
5.1 METODOLOGIA DE PESQUISA .....	31
<b>5.1.1 Solanum: Local de Pesquisa</b> .....	33
<b>5.1.2 ESF Girassol</b> .....	37
<b>5.1.3 Universo Empírico</b> .....	38
<b>5.1.4 Critérios de Inclusão</b> .....	42
<b>5.1.5 Questões Éticas</b> .....	42
<b>5.1.6 Riscos</b> .....	44
5.2 FERRAMENTAS DE COLETA DE DADOS.....	44
<b>5.2.1 Entrevistas</b> .....	44
<b>5.2.2 Observação Participante</b> .....	46
<b>5.2.3 Diário de Campo</b> .....	46
5.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS .....	47
5.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	48
<b>6 UM RETRATO DA DEPRESSÃO: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, GÊNERO E DIAGNÓSTICO</b> .....	52
6.1 INTRODUÇÃO.....	52
6.2 PRÁTICAS EDUCATIVAS, BIOPOLÍTICA E CONTROLE DOS CORPOS.....	54
6.3 CONCEITO DE DEPRESSÃO.....	56
6.4 SAÚDE MENTAL E DIAGNÓSTICO .....	57
6.5 METODOLOGIA.....	58

6.6 ESTAR MULHER EM SOLANUM: CORPO, CUIDADO, TRABALHO E FAMÍLIA	59
6.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	62
6.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
6.9 REFERÊNCIAS	67
<b>7 PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM UMA COMUNIDADE RURAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL</b>	<b>71</b>
7.1 INTRODUÇÃO	71
7.2 METODOLOGIA	74
7.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	76
7.4 DISCUSSÃO	78
7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
7.6 REFERÊNCIAS	83
<b>8 RETRATOS DA DEPRESSÃO: DIAGNÓSTICO, MULHERES E RELAÇÕES DE PODER</b>	<b>87</b>
8.1 RETRATOS DA DEPRESSÃO: VIVÊNCIAS DA PESQUISA	87
8.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E MULHERES	88
<b>8.2.1 Caminhos históricos da construção da Política Nacional de Saúde Mental</b>	<b>89</b>
<b>8.2.2 Mulheres, Gênero e a Política Nacional de Saúde Mental</b>	<b>91</b>
8.3 TRAÇADOS METODOLÓGICOS DE PESQUISA E ANÁLISE	93
8.4 A BAGAGEM DA PESQUISA: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	94
<b>8.4.1 O corpo como depósito de sintomas</b>	<b>94</b>
<b>8.4.2 O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas</b>	<b>97</b>
<b>8.4.3 O valor do trabalho e o controle dos corpos</b>	<b>101</b>
<b>8.4.4 Experiências singulares para além do DSM</b>	<b>106</b>
<b>8.4.5 Estar mulher em Solanum: representações acerca do feminino</b>	<b>111</b>
<b>8.4.6 Morar no campo: entre o imaginário e o “real”</b>	<b>117</b>
<b>8.4.7 Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde, concepções sobre saúde mental, mulheres e cuidado</b>	<b>120</b>
8.5 ENCERRANDO A VISITA	126
8.6 REFERÊNCIAS	127
<b>9 UMA PAUSA NA CAMINHADA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DESTA EXPERIÊNCIA</b>	<b>131</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>134</b>
<b>APÊNDICES</b>	<b>137</b>

## **1 TRAJETÓRIAS DA PESQUISA: O INÍCIO DA CAMINHADA**

Esta pesquisa começou, efetivamente, há dois anos. Entretanto, minha história com o tema de pesquisa, a depressão, já tem aproximadamente 10 anos. Tudo teve início quando eu, aos 15 anos de idade, tive de aprender a cuidar da minha mãe, diagnosticada com depressão. O ano era 2008 e, aparentemente, tinha tudo para ser um ano feliz, porque minha mãe, professora de séries iniciais da Rede Estadual de educação há bastante tempo, estava finalmente realizando um sonho: formar-se em Pedagogia. Porém, os sintomas da depressão começaram a aparecer exatamente em meio à escrita do seu Trabalho de Conclusão de Curso aliados, é claro, a uma rotina desgastante como professora 40 horas semanais e tantos outros problemas de ordem pessoal.

Ninguém sabe o que a depressão representa na vida de uma pessoa até vê-la passar por isso. Não tenho receio algum de escrever esta frase, porque em minha experiência ela é a mais pura verdade. Há dias em que tudo parece estar bem e há outros em que a única solução é sentar, chorar e esperar a crise passar. Convive-se com o medo, com o silêncio, com a dor e com a solidão. E a depressão nunca é igual para ninguém, o que na minha opinião, às vezes a deixa ainda mais assustadora.

Aos 16 anos, depois de um ano de amadurecimento forçado, escolhi minha profissão. A Psicologia apareceu na minha vida por causa da minha mãe, porque até hoje não sei exatamente como explicar meus sentimentos toda vez que eu a via voltando da sua consulta psicológica: estava de cara lavada, de tanto chorar, mas havia esperança em seu olhar. Talvez essa fosse apenas uma interpretação minha, sedenta que estava por ver a melhora de minha mãe. Isso hoje não importa, porque no fim das contas decidi que era isso que eu queria fazer pelos outros através da minha profissão: escutar, compreender e fazer renascer a esperança. Ousadia ou inocência, não sei precisar, sei apenas que minha história com esta pesquisa começou a se construir naquela decisão, mesmo que eu ainda nem imaginasse.

Aos 17 anos recém completados iniciei a graduação de Psicologia. No segundo ano do curso, fui selecionada para um estágio extracurricular na Secretária Municipal de Saúde da minha cidade, ocupando cargo de recepcionista de uma das equipes de Estratégia de Saúde da Família. Depois disso, tudo mudou. Meus conhecimentos sobre saúde pública eram inexistentes e tive de ir aprendendo com o passar do tempo, desde o fluxo de trabalho até mesmo sobre as demandas das pessoas, que em muitos casos me pareciam inatingíveis. Trabalhar na porta de entrada de um serviço público de saúde me colocou frente a frente com a necessidade do outro.

Me ensinou a exercitar a calma e a paciência, a ser empática com o sofrimento, a perceber que ninguém resolve nada sozinho e que a vida, muitas vezes, é extremamente injusta.

Ao longo dos meus dois anos como recepcionista desta ESF, percebi a extensa demanda por tratamentos medicamentosos em saúde mental, principalmente por parte das mulheres, quase todas com diagnóstico de depressão. Eram receitas e mais receitas para renovação mensal, caixas e caixas de medicamentos sendo entregues, consultas e mais consultas sendo marcadas. Mais ou menos neste mesmo período, fui convidada para ingressar em um grupo de iniciação científica na universidade em que estudava Psicologia e, desde então, comecei a imaginar que em algum momento da minha vida eu poderia voltar à minha comunidade para pesquisar o fenômeno da depressão.

E assim aconteceu. Minha primeira ideia de pesquisa centrava-se sobre marcadores químicos e suas influências frente a transgeracionalidade da depressão, ou seja, a presença do diagnóstico em avós, mães e filhas de uma mesma família. Meu intuito era provar que apenas o marcador genético não poderia ser suficiente para justificar o desenvolvimento da doença. Mas, como os caminhos da vida se constroem somente ao caminhar, neste período fui orientada pelo médico da ESF a procurar minha atual orientadora, a professora Tatiana, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Esperei mais de um mês para fazer contato, porque a UFRGS parecia muito distante da minha realidade. Porém, em um dia de coragem, resolvi mandar uma mensagem e, depois disso, tudo mudou.

Após esta breve apresentação, também considero pertinente apresentar a estrutura em que esta dissertação está organizada. Em um primeiro momento, apresento a justificativa para o estudo da depressão. Após, todos os principais conceitos teóricos utilizados neste trabalho são anunciados, considerando aqui uma apresentação de seus significados e de suas relações com as discussões neste trabalho. Em um terceiro momento, trago o problema e os objetivos de pesquisa. Posteriormente, numa sessão estará apresentado e discuto os percursos metodológicos utilizados tanto na coleta das informações quanto na construção da análise dos dados.

O Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, tem como modalidade de apresentação das dissertações a organização de artigos. Dessa maneira, optamos por estruturar este trabalho através da elaboração de três artigos. O primeiro foi intitulado *Um retrato da Depressão: Práticas de Promoção da Saúde, Gênero e Diagnóstico*; o segundo, *Prescrição e consumo de Psicotrópicos em uma Comunidade Rural do interior do Rio Grande do Sul*; e o terceiro e último, *Retratos da Depressão: diagnóstico, mulheres e relações de poder*. Um breve resumo de suas discussões é apresentado na sessão destinada à metodologia.

Através da elaboração deste trabalho, esperamos poder discutir a construção do diagnóstico de depressão em mulheres moradoras de Solanum<sup>1</sup>, levantando questionamentos e interrogações que englobam desde a organização da gestão em saúde no local, as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais, entendidas como práticas educativas que ensinam aos pacientes conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, até as relações familiares e conjugais, as condições de trabalho e a própria organização da cultura teuto-brasileira no local. Procuramos mostrar, assim, que investigar um diagnóstico em saúde mental exige do pesquisador, antes de tudo, a capacidade de transitar, investigar e buscar compreender os mais diferentes espaços que circundam a vida, neste caso, de mulheres, sem esquecer, é claro, das relações de poder que neles - e a partir deles - se estabelecem.

<sup>1</sup> Nome fictício adotado para preservar a identidade da comunidade na qual está pesquisa foi realizada.



## 2 POR QUE ESTUDAR A DEPRESSÃO?

Em sua última Pesquisa Nacional de Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013)<sup>2</sup> registrou a presença de depressão em mais de onze milhões de brasileiros, tendo maior prevalência entre as mulheres (10,9%) quando comparadas aos homens (3,9%). Já em 2017, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a campanha “Depressão: vamos conversar”, alusiva ao Dia Mundial da Saúde, comemorado anualmente em 07 de abril, demonstrando a necessidade de falar sobre a depressão, doença atualmente considerada como a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo, atingindo mais de 300 milhões de pessoas, segundo a organização. Além disso, o slogan da campanha da OMS também denunciava o estigma e a falta de apoio às pessoas com transtornos mentais, o que, em grande parte dos casos, acaba impedindo que as mesmas busquem ou tenham acesso aos tratamentos necessários.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) registrou, em 2015, cerca de 50 milhões de pessoas com depressão nas Américas, representando 5% da população. Apesar dos altos números os investimentos em políticas de saúde mental ainda são considerados escassos no mundo inteiro, até mesmo em países de alta renda, nos quais quase 50% das pessoas com depressão não recebem tratamento, segundo a OPAS. Em média, apenas 3% dos orçamentos governamentais destinados à área da saúde são investidos em saúde mental, variando entre 1% em países de baixa renda e 5% em países de renda superior (OPAS, 2017). Este baixo investimento em saúde mental, segundo a OMS (2017), pode resultar em uma perda econômica global de um trilhão de dólares americanos a cada ano, afinal, a doença acaba afetando, em muitos casos, a capacidade de trabalho do indivíduo, o que, conseqüentemente, pode diminuir sua renda e a renda de sua família, além de considerar que os empregadores têm de arcar com trabalhadores menos produtivos e os governos têm de pagar mais despesas com saúde e bem-estar.

Em 2009, o relatório *Mulheres e Saúde*, apresentado pela OMS, apontou para um maior desenvolvimento de transtornos relacionados a ansiedade e depressão em mulheres do que em homens, estimando a prevalência destes diagnósticos em 73 milhões de mulheres adultas no mundo inteiro. Em relação ao tratamento, em países de alta e baixa renda mulheres que vivem em condições econômicas mais precárias relataram maiores problemas de saúde mental, recebendo menos tratamentos apesar de concentrarem-se em maior número. Ainda segundo a

<sup>2</sup> Todas as referências utilizadas, entre os tópicos 2 e 5, estão descritas a partir da página 134.

OMS (2009), o suicídio é registrado como a sétima causa de morte entre mulheres com faixa etária variando entre 20 e 59 anos no mundo inteiro, sendo a segunda causa de morte nos países de baixa renda da região do Pacífico Oeste e a primeira causa de morte em mulheres adultas, trabalhadoras rurais, na China. Além disso, no mundo um em cada três suicídios ocorre em mulheres entre 25 e 44 anos de idade, ficando à frente até mesmo dos acidentes de trânsito. Sobre os fatores que aumentam a prevalência de questões de saúde mental em mulheres, incluindo aqui também o suicídio, o relatório da OMS (2009) refere a exposição ao abuso sexual na infância, a violência do parceiro íntimo, o consumo abusivo de álcool, as diferenças nos papéis de gênero, a desigualdade social e a vinculação a famílias extremamente patriarcais.

Pensando agora na comunidade em que esta pesquisa foi realizada, os dados sobre depressão em mulheres aparecem, frequentemente, nos relatos de todos os profissionais de saúde. Não há como demonstrá-los estatisticamente nesta pesquisa, mas sua percepção pelos envolvidos nas esferas de saúde da cidade são inegáveis, tanto que surpreenderam a mim mesma enquanto recepcionista da ESF entre 2012 e 2014, período em que pude, pela primeira vez, entrar em contato com a dimensão e a grande prevalência do diagnóstico no município.

Buscando trazer elementos para a justificativa deste tema, o segundo artigo desta dissertação, intitulado “*Prescrição e consumo de Psicotrópicos em uma Comunidade Rural do interior do Rio Grande do Sul*”, abordará o uso de psicofarmacos na comunidade, medicações estas comumente prescritas para tratamentos de saúde mental. Este levantamento foi realizado a partir da análise de receitas de medicações psicotrópicas distribuídas pela Secretaria Municipal de Saúde por um período de um ano, fazendo comparativos entre as medicações usadas por mulheres e homens. Apenas para apresentar uma pequena porção do que foi identificado, das nove medicações analisadas, em oito delas as mulheres alcançaram prevalência de uso maior do que os homens, corroborando com pesquisas semelhantes tanto em nível nacional quanto mundial.

Em nosso entendimento, isso mostra a relevância do tema estudado, ainda mais quando se considera que, mesmo com uma alta prevalência de diagnósticos de depressão em esfera mundial, tão poucos investimentos continuam sendo destinados para a criação de estratégias de cuidado em saúde mental.

### 3 COMPREENSÕES TEÓRICAS E A CONSTRUÇÃO DE EIXOS NORTEADORES

Antes mesmo de iniciar as discussões propostas nesta dissertação, torna-se importante apresentar as compreensões teóricas adotadas ao longo da pesquisa e como estas se relacionam com a construção dos eixos norteadores do estudo.

#### 3.1 DEPRESSÃO

A Associação Americana de Psiquiatria (APA) apresenta-se como o órgão responsável por elencar e definir os critérios diagnósticos utilizados para determinar a presença ou ausência de condições de saúde mental na população. As descrições destas diferentes categorias nosológicas estão todas reunidas no *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, abreviadamente denominado de DSM, estando este já em sua quinta edição, tendo sido elaborado em um período de 12 anos e lançado em 2014. Um dos primeiros esboços do que hoje se constitui o DSM foi publicado, pela primeira vez, em 1844 (APA, 2014).

O DSM-5 tem como propósito reunir, em um único documento, o conjunto de psicopatologias atualmente reconhecidas pela comunidade científica, apresentando-se como um “guia para o diagnóstico de transtornos mentais.” (APA, 2014, p. 5). Está subdividido por seções, sendo elas: Seção I – Informações básicas sobre o DSM-5, a qual inclui uma descrição de todas as alterações da nova versão; Seção II – Critérios Diagnósticos e Códigos, que engloba todos os transtornos mentais descritos no manual; e Seção III - Instrumentos de avaliação e instrumentos emergentes, a qual descreve pesquisas em desenvolvimento, outras perspectivas de interpretação frente aos transtornos mentais, além de apresentar modelos de instrumentos utilizados como ferramentas de apoio ao diagnóstico (APA, 2014).

Com relação ao estabelecimento de um diagnóstico, o DSM-5 determina uma lista de sintomas que devem ser manifestados pelo paciente, estando estes presentes por determinado período de tempo, variando conforme o transtorno, e causando prejuízo significativo à vida do indivíduo. Especificamente no caso desta pesquisa que utiliza como material de estudo o diagnóstico de depressão, denominado pelo manual como Transtorno Depressivo Maior, o DSM-5 (APA, 2014) prevê a descrição dos seguintes critérios diagnósticos:

(A) Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo período de duas semanas e representaram uma mudança em relação ao funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda de interesse ou prazer.

1 – Humor deprimido na maior parte do dia;

- 2 – Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades;
- 3 – Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta;
- 4 – Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
- 5 – Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
- 6 – Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7 – Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
- 8 – Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar;
- 9 – Pensamentos recorrentes de morte.

(B) Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

(C) O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Apesar de elencar os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior, conforme apresentados pelo DSM-5 (APA, 2014), nesta pesquisa se adotará apenas a nomenclatura depressão, pois pretendemos discutir uma visão processual do diagnóstico, ou seja, considerando-o como uma construção que perpassa as mais diferentes instâncias da comunidade estudada, englobando desde a posição social ocupada pelas mulheres, as relações familiares, a organização do trabalho, a cultura e a própria maneira de relacionar-se com o cuidado em saúde oferecido no município, não limitando-se assim aos critérios diagnósticos utilizados pelo manual.

Ressaltamos, contudo, que em nenhum momento esta pesquisa teve o intuito de questionar a validade de um diagnóstico elaborado a partir de uma classificação oficial, mas sim, buscamos investigar como os diagnósticos estavam sendo construídos na comunidade estudada.

### 3.2 GÊNERO

Pensar no termo gênero pressupõe lembrar também das lutas dos movimentos feministas contemporâneos. Na Europa, a partir do século XX, movimentos que lutavam pela garantia do direito ao voto às mulheres começaram a ganhar força. Este período foi denominado de sufrágismo e, devido à sua grande importância para a disseminação das lutas feministas, passou a ser representado como a primeira onda do feminismo. Em nosso país, o Brasil, desde a Proclamação da República em 1890, movimentos semelhantes também foram adquirindo força, culminando, em 1934, na concessão do direito ao voto às mulheres (MEYER, 2004).

Entretanto, torna-se importante ressaltar que esta primeira onda do feminismo estava à serviço do interesse de mulheres brancas e de classe média, incluindo reivindicações sobre organização familiar, oportunidades de estudo e ingresso em certas profissões, ainda sem considerar, todavia, mulheres que se concentravam em outras classes sociais e econômicas e que, em muitos casos, ainda não tinham assegurados nem seus direitos mínimos, como acesso a boas condições de saúde (LOURO, 2003).

Já no final da década de 1960, após intensos conflitos intelectuais e políticos liderados por movimentos americanos e europeus, o feminismo identificou a necessidade de construir conhecimento, atingindo assim também o âmbito teórico. Para que isso fosse possível, as denúncias políticas e sociais sobre as violências e desigualdades sofridas pelas mulheres tiveram também de ser discutidas e teorizadas dentro das universidades. Este período então passou a ser conhecido como a segunda onda do feminismo, sendo que foi a partir dele que o conceito de gênero começou a ser discutido (MEYER, 2004).

Entretanto, o conceito de gênero não foi inventado pelos movimentos feministas. Segundo Dorlin (2009), pela metade do século XX, médicos que estudavam recém-nascidos denominados de hermafroditas ou intersex, buscando um tratamento especialmente hormonal e cirúrgico para corrigir a intersexualidade, acabaram por criar protocolos para redesignação de sexo e, dessa forma, utilizaram o termo gênero. A visão destes profissionais, contudo, buscava a correção de um sexo tomado como errôneo, como algo que não foi capaz de definir a identidade de homem ou mulher, ou seja, era preciso garantir que estes corpos possuíssem não só um sexo, mas sim um sexo correto, um sexo bom (DORLIN, 2009).

Percebemos assim que muitas desigualdades sociais entre homens e mulheres foram e continuam sendo justificadas através da questão biológica, usando uma diferença sexual para justificar uma desigualdade social. É exatamente a partir das lutas para implodir a noção biológica como justificativa para as desigualdades entre os sexos, que o termo *gender* passou a ser utilizado de forma distinta do termo *sex*, ressaltando, mais uma vez, o caráter essencialmente social que é utilizado na construção da noção de sexo (LOURO, 2003).

Nesse sentido, neste trabalho o termo gênero foi entendido como um aspecto que constitui a identidade do sujeito. O conceito de identidade aqui utilizado tem suas vertentes nos Estudos Feministas e nos Estudos Culturais, os quais concebem os sujeitos como detentores de identidades plurais, não sendo fixas ou permanentes, podendo até mesmo ser contraditórias. Dessa forma, quando se afirma que “o gênero institui a identidade do sujeito (assim como a etnia, a classe, ou a nacionalidade, por exemplo) pretende-se referir, portanto, a algo que

transcende o mero desempenho de papéis, a ideia de perceber o gênero *fazendo parte* do sujeito, constituindo-o.” (LOURO, 2003, p. 25, grifo da autora).

Ademais, considerando também as discussões sobre saúde mental e gênero, os trabalhos de Zanello (2014), Andrade (2014) e Maluf (2010) foram tomados como base para problematizar as complexas relações de poder estabelecidas entre o discurso hegemônico da biomedicina, os dados epidemiológicos em saúde mental e as opressões e violências de gênero que continuam permeando a vida de tantas mulheres destacando-se, especialmente, o estabelecimento de diagnósticos gendrados.

Ao adotar o entendimento de que o sujeito se constitui através das relações de gênero, Zanello (2014) afirma que não devemos deixar de considerar a participação destes estereótipos, valores e concepções de gênero na formação e expressão dos sintomas de uma doença. Segundo a autora, podemos perceber que culturalmente as mulheres são compreendidas como mais propensas ao choro quando comparadas aos homens. Através deste estereótipo, muitos homens tentam reprimir, desde muito cedo, toda e qualquer manifestação de choro em suas vidas, buscando comprovar sua virilidade e sua estrutura identitária.

Entretanto, Zanello (2014) afirma que não é porque um homem não manifesta a tristeza através do choro que ele não possa senti-la. Dessa maneira, quando um profissional da saúde interpreta o diagnóstico a partir de uma concepção particular acerca das relações de gênero instituídas sobre mulheres e homens, tolerando, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, corre-se o risco de estabelecer diagnósticos gendrados em saúde mental. Este processo, segundo a autora, poderia ser responsável pela constante elevação dos índices epidemiológicos de depressão em mulheres e uma conseqüente invisibilidade da doença nos homens.

### 3.3 ILLNESS, DISEASE, SICKNESS

Profissionais e pacientes podem construir compreensões muito diferentes sobre os significados de saúde e doença, mesmo que estejam circunscritos por culturas e posições sociais semelhantes. Este aspecto pode, em alguns casos, apresentar-se como um fator de distanciamento no relacionamento entre ambos.

Pensando na importância da relação entre profissional-paciente frente ao estabelecimento de um diagnóstico de depressão, por exemplo, este trabalho buscou explorar alguns dos conceitos definidos por Arthur Kleinman (1998), sendo eles *Illness, Disease e Sickness*. Estes termos, segundo o autor, foram cunhados a partir de pesquisas que buscavam

investigar a relação existente entre os aspectos psicológicos e sociais de uma cultura e a manifestação de determinadas doenças, considerando sempre a perspectiva de interpretação do próprio paciente.

Dessa maneira, *Illness* está relacionado ao que é sentido pelo paciente ao longo da manifestação de uma doença, ou seja, seria resultado de sua própria percepção. Esta percepção, entretanto, não refletiria a doença em si, mas sim, seria uma representação de como a mesma afetaria a vida do indivíduo, de seus familiares e da comunidade em que vive, envolvendo questões morais, sociais e psicológicas (KLEINMAN, 1998).

Enquanto isso, *Disease* representa o reflexo da própria doença, sendo caracterizado pelo diagnóstico que é recebido pelo indivíduo. Este conceito envolveria um processo determinado pelo modelo médico, refletindo-se então na presença de uma patologia (KLEINMAN, 1998).

Como último conceito, *Sickness* envolve a resposta que a sociedade costuma dar para uma patologia e, ao mesmo tempo, para o indivíduo que a apresenta, englobando assim as representações que as pessoas possuem sobre determinada doença. Nesta esfera, comumente se encaixam respostas de preconceito, podendo ser citado, como exemplo, o próprio estigma envolvendo diagnósticos em saúde mental (KLEINMAN, 1998).

A partir da apresentação dos conceitos de *Illness*, *Disease* e *Sickness*, nesta dissertação buscamos realizar discussões sobre a necessidade de encontrar ferramentas que auxiliem os profissionais a ultrapassar o modelo de atendimento pautado em uma visão estritamente biológica do corpo, o qual entende a manifestação dos sintomas de uma doença apenas como produto exclusivo da presença de uma fisiopatologia. Dessa perspectiva, problematizar o diagnóstico de depressão, talvez, possa auxiliar no desenvolvimento de uma visão mais holística de saúde, englobando a pessoa e suas relações no mundo, com a cultura, com a família e com a comunidade.

### 3.4 PROMOÇÃO DA SAÚDE

Nos últimos vinte e cinco anos, o conceito de Promoção da Saúde vem sendo desenvolvido e consolidado principalmente em países em desenvolvimento, como Canadá, Estados Unidos e na Europa Ocidental. Como ilustração deste desenvolvimento, podemos citar três grandes conferências internacionais sobre o tema, realizadas em Ottawa, no Canadá (1986), Adelaide, na Austrália (1988) e Sundsvall, na Suécia (1991), responsáveis pelo estabelecimento das bases conceituais e políticas que norteiam o conceito de Promoção da Saúde. Somente em

1992, realizou-se a primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde no Brasil (BUSS, 2009).

O desenvolvimento do conceito de Promoção da Saúde, segundo Buss (2009), surge como uma tentativa de reação ao intenso processo de medicalização nas esferas de cuidado, incluindo até mesmo o próprio sistema de saúde. Inicialmente, o termo foi utilizado somente para, segundo Leavell e Clark (1965), designar um dos níveis de atenção realizados pela medicina preventiva. Entretanto, sua concepção foi mudando ao longo do tempo e, atualmente, como refere Buss (2000, p. 165):

Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a Promoção da Saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento e resolução.

Nesse sentido, atualmente o conceito também mantém relação com um conjunto de valores, englobando a vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, entre outros, buscando estabelecer parcerias entre as estratégias de Estado, citando aqui as políticas de saúde, as estratégias da comunidade, como o exercício de ações comunitárias, as estratégias dos indivíduos, considerando o desenvolvimento de habilidades pessoais, e as estratégias do próprio sistema de saúde e de setores intersetoriais, defendendo assim uma noção de responsabilidade compartilhada frente ao enfrentamento de problemas de saúde e também frente ao alcance de possíveis soluções (BUSS, 2009).

A perspectiva da Promoção da Saúde valoriza, fortemente, a presença da participação social em sua organização e, conseqüentemente, da presença de conhecimentos populares frente ao processo de saúde-doença-cuidado. Além disso, mantém relação com os movimentos feministas, uma vez que as ações de mulheres estão presentes em diversas declarações e documentos contemporâneos ligados ao tema (BUSS, 2009).

Tomando então como referência a Carta de Ottawa (1986), elaborada no mesmo ano em que foi realizada a conferência internacional na cidade, entendemos que o conceito de Promoção da Saúde envolve “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (BRASIL, 2002).



Nesta dissertação, o conceito de Promoção da Saúde adquire centralidade uma vez que o campo de pesquisa aconteceu em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família<sup>3</sup>, a qual, segundo as próprias premissas da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2018), atua sobre a promoção, prevenção e proteção da saúde da população, através de ações realizadas em territórios geográficos específicos, tendo como um de seus focos o estabelecimento de vínculos duradouros com a comunidade. Segundo Gutierrez (1997, p. 117) as ações de Promoção da Saúde podem ser entendidas como:

Conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo.

Dessa forma, as ações de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais da ESF participante desta pesquisa, se apresentaram como práticas educativas, as quais além de orientar para o tratamento também ensinavam aos pacientes conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, integrando o processo constitutivo de suas subjetividades. Tal entendimento torna importante que investiguemos as práticas implicadas na produção dos diagnósticos.

### 3.5 ESTUDOS CULTURAIS

O campo dos Estudos Culturais surgiu em 1964, quando, frente a uma crise nos valores tradicionais da classe operária da Inglaterra pós-guerra, Richard Hoggart, inspirado em sua pesquisa *The Use of Literacy (1957)*, fundou o *Centre for Contemporary Cultural Studies*. Este centro mantinha ligação com a universidade de Birmingham, desenvolvendo-se com um espaço de pesquisa da pós-graduação e tendo como temas centrais de seus estudos as relações entre a cultura, sociedade, instituições e práticas culturais, além de analisar as relações entre a sociedade e as mudanças sociais (ESCOSTEGUY, 1998).

Além de Hoggart, outros autores importantes na área foram Raymond Williams, o qual realizou estudos sobre a história literária e defendeu que a cultura conecta a análise literária ao

<sup>3</sup> Visa à reorganização da Atenção Básica, contando com equipe multiprofissional, buscando ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-benefício (BRASIL, 2018). Na comunidade em que está pesquisa foi realizada, a ESF contava com uma equipe básica, sendo formada por um Médico, uma Enfermeira, uma Técnica de Enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde. Assim, não se constituía como uma estrutura de Unidade Básica de Saúde (UBS), pois a UBS também engloba, além de uma equipe de ESF, profissionais de outras especialidades.

processo de investigação social. E Thompson, o qual introduziu aspectos do marxismo nas discussões dos Estudos Culturais, compreendendo a cultura como uma rede de práticas e relações políticas que constituem a vida cotidiana, sendo esta afetada pelas relações político-econômicas estabelecidas. Além disso, Thompson não entendia a cultura como uma forma de vida global, mas sim, como uma forma de enfrentamento entre modos de vida diferentes (ESCOSTEGUY, 1998).

Johnson, Escosteguy e Schulman (2006) referem que os Estudos Culturais se constituem como um espaço intelectual e político, mantendo relações com disciplinas acadêmicas, discutindo paradigmas teóricos e tendo objetos de estudos bem delimitados, como, por exemplo, o papel das práticas culturais na produção dos sentidos atribuídos pelos sujeitos. Neste trabalho, a perspectiva dos Estudos Culturais torna-se importante uma vez que este campo defende a vinculação entre os processos culturais e as relações sociais, considerando, por exemplo, as formações de classe e as divisões sexuais.

Ademais, nesta dissertação também buscamos discutir as relações entre cultura e poder, denunciando a produção de desigualdades nas relações entre os grupos sociais, estando estas também interligadas com a construção de um diagnóstico em saúde mental, especificamente em nosso caso, a depressão.

### 3.6 CONCEITOS DE MICHEL FOUCAULT

Os conceitos de Michel Foucault mais utilizados para pensar a construção e discussão desta dissertação foram: Saber, Poder, Enunciado, Discurso e Biopolítica, os quais serão brevemente apresentados.

Entendendo que cada um destes conceitos poderia se colocar como o produto exclusivo de análise de uma dissertação ou tese devido a sua riqueza e complexidade, percebo que todos os esforços desprendidos em leituras, aulas e discussões foram muito importantes ao longo do curso deste mestrado. Porém, também sigo observando a necessidade de continuar meus estudos sobre as obras de Foucault, buscando desenvolver, cada vez mais, meu processo de aprendizagem neste campo de estudo.

#### 3.6.1 Saber-Poder

Para Foucault (2010) há poder em todas as relações. Nesta afirmação, o autor não busca delimitar o exercício do poder de alguns indivíduos privilegiados sobre os outros. Pelo

contrário, ele refere que em qualquer relação humana o poder se faz presente. Todavia, para que ocorram as relações de poder, deve haver a presença de liberdade, ou seja, o indivíduo deverá ter espaços de ação onde seja possível criar resistências. Assim, segundo Revel (2005), ao falar de poder Foucault não estaria referindo-se a existência de um poder fundamental, mas sim, de um “agenciamento no qual se cruzam as práticas, os saberes e as instituições, e no qual o tipo de objeto perseguido não se reduz somente a dominação, pois não pertence a ninguém e varia ele mesmo na história.” (p. 67).

Para Revel (2005), ao analisarmos o poder, torna-se importante atentarmos para os seguintes aspectos: o poder se constitui e tem capacidade de ação, pois se constrói a partir de um sistema de diferenciação, sendo possível utilizar como exemplos os privilégios que garantem a apropriação da riqueza, as diferenças culturais e até mesmo o lugar ocupado em um sistema de produção; como segundo ponto, a autora refere que devemos observar qual o objetivo da ação do poder de uns sobre os outros, citando aqui, por exemplo, uma possibilidade de manutenção dos privilégios; o terceiro ponto discutido por Revel, nos leva a considerar quais são as modalidades utilizadas para colocar o poder em prática, tais como os discursos e os mecanismos de controle; após, a autora apresenta as formas de institucionalização do poder, representadas pelas instituições jurídicas e até mesmo pelo sistema de Estado; e, como quinto e último ponto, Revel refere a necessidade de observarmos o grau de racionalização do poder, ou seja, quais os indicadores de eficácia que o traduzem, retratados, por exemplo, através da estatística.

É através da análise destes pontos que se pode buscar compreender a relação entre poder e saber, através da qual, segundo Foucault (1979, p. 30), “não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”. Assim, o discurso que ordenará uma sociedade, segundo Foucault, será sempre o discurso de quem detém o saber.

Contudo, Foucault faz uma distinção entre conhecimento e saber. Segundo Revel (2005), para o filósofo, o conhecimento diz respeito ao processo constitutivo dos discursos, das classificações, dos procedimentos, mantendo relação com as verdades produzidas pela e na ciência. O conhecimento não tem sua origem na natureza humana, não é natural, pois foi inventado em um determinado momento, sendo uma criação humana a partir da violação das coisas a conhecer.

Enquanto isso, o saber está relacionado ao poder desde o período da idade clássica, atuando através do discurso da racionalidade, o qual defendia uma separação entre aquilo que era entendido como científico, racional e normal e todo o restante que era tomado como não-

científico, irracional ou anormal. Exatamente através dessa busca por uma reorganização do mundo, segundo Revel (2005), os indivíduos passaram a ser submetidos a uma forma de governo oriunda tanto do Estado quanto de procedimentos disciplinares. Ou seja, houve uma disciplinarização do próprio poder, onde “o poder disciplinar, para exercer-se nesses mecanismos sutis, é obrigado a formar, organizar e pôr em circulação um saber, ou melhor, aparelhos de saber.” (FOUCAULT, 1979, p. 49).

É por isso que, segundo Revel (2005, p. 78) “o poder não pode disciplinar os indivíduos sem produzir igualmente, a partir deles e sobre eles, um discurso de saber que os objetiva e antecipa toda experiência de subjetivação.”

### **3.6.2 Discurso**

Pensar em discurso significa, para Foucault (2010), pensar em um conjunto de enunciados que obedecem à algumas regras de funcionamento comuns. Estas regras, segundo Revel (2005), não são apenas linguísticas ou formais, pois representam rupturas ao longo da história, tais como a definição de razão e desrazão. Nesse sentido, “a ordem do discurso própria a um período particular possui, portanto, uma função normativa e reguladora e coloca em funcionamento mecanismos de organização do real por meio da produção de saberes, de estratégias e de práticas”. (REVEL, 2005, p. 37).

Foucault (2010) refere que a noção de discurso também implica na presença de um acontecimento histórico, fazendo com que uma produção discursiva nunca seja formulada aleatoriamente, pois sempre estará se construindo a partir das relações de poder/saber vigentes. Exatamente por isso, segundo o autor, existem diversos mecanismos responsáveis por controlar a produção de discursos ao longo do tempo, sendo que esta produção é “ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade.” (p. 9). Através dessa afirmação, Foucault demonstra que a produção dos discursos sempre estará permeada por relações de poder, delimitando assim os indivíduos que possuem legitimidade de fala.

### **3.6.3 Biopolítica**

Segundo Revel (2005), o termo biopolítica está relacionado à uma mudança no campo de atuação do poder, entre os séculos XVIII e XIX, deixando este de governar apenas os

indivíduos através de determinadas técnicas disciplinares, para voltar seu foco também para o controle da população. Dessa forma, segundo a autora, a biopolítica, através do exercício dos biopoderes locais, “se ocupará portanto da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, etc., na medida em que elas se tornaram preocupações políticas.” (p. 26).

Historicamente, o nascimento da biopolítica mantém relação com o surgimento do liberalismo. Segundo Revel (2005) esse novo princípio de governamentalidade entende a população como um conjunto de seres vivos que podem ter sua condição biológica, seus possíveis traços patológicos e, conseqüentemente, sua própria vida controlada pelo governo, a fim de se alcançar e se assegurar uma força de trabalho cada vez melhor. Então, a biopolítica, segundo a autora, “representa uma grande ‘medicina social’ que se aplica à população a fim de governar a vida: a vida faz, portanto, parte do campo do poder.” (p. 27, aspas da autora).

Foucault (2008, p. 134, aspas do autor) defende que “deveríamos falar de ‘biopolítica’ para designar o que faz com que a vida e seus mecanismos entrem no domínio dos cálculos explícitos, e faz do poder-saber um agente de transformação da vida humana.” Dessa maneira, o autor refere que a biopolítica vai buscar conhecer melhor o corpo do indivíduo através de mecanismos de regulação que, não tenham interesse somente em descrevê-lo e quantificá-lo, mas de produzir dados sobre nascimentos, mortes, fecundidade e longevidade para governá-lo. O que se busca, agora, é operar com estas descrições e quantidades, comparando-as e prevendo estimativas para o futuro. Nasce daí, por exemplo, os estudos da estatística e da medicina sanitária.

Encerrando esta discussão inicial, ressaltamos que todos os conceitos até aqui apresentados serão retomados nos artigos que compõe esta dissertação, articulando-os exclusivamente a três grandes temáticas: gênero e saúde mental, uso de medicações psicotrópicas e experiências com o diagnóstico de depressão. Esperamos, com isso, poder estabelecer ligações mais estreitas entre os conceitos teóricos aqui brevemente discutidos e o material produzido ao longo da pesquisa.

#### **4 ENTRE QUESTIONAMENTOS E PROPOSIÇÕES**

Após a definição de que a temática desta pesquisa estava centrada no diagnóstico de depressão em mulheres, considerando os altos índices de prevalência da doença em esfera nacional e mundial e compreendendo que as ações de Promoção da Saúde dos profissionais atuavam como práticas educativas que ensinavam conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, foi sendo elaborado como problema de pesquisa o seguinte questionamento: **como a produção de determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental, tanto por pacientes quanto por profissionais, pode estabelecer relação com a construção do diagnóstico de depressão, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul?**

A partir disso, considerando a prevalência do diagnóstico de depressão em mulheres, em níveis mundiais, tivemos como objetivo deste estudo examinar a articulação do marcador social gênero com o papel social ocupado pela mulher na comunidade, com a organização do trabalho e com a cultura teuto-brasileira local, entendendo que estes aspectos poderiam estabelecer relações com os modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes.

## 5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, serão apresentados os percursos metodológicos adotados ao longo da construção e realização desta pesquisa. Além disso, serão apresentadas as ferramentas de análise e construção dos dados, bem como a proposta de apresentação das etapas da pesquisa através da construção de três artigos, os quais compõem a estrutura desta dissertação.

### 5.1 METODOLOGIA DE PESQUISA

Antes mesmo de apresentar os caminhos metodológicos escolhidos para esta pesquisa, sinto a necessidade de contar como eu fui me construindo como pesquisadora ao longo destes últimos dois anos. Esta breve narrativa<sup>4</sup> não se apresenta como qualquer tentativa de assumir um papel neutro nesta pesquisa, até porque como afirma Fonseca (1998, p. 65) “não há pesquisador que ainda nutra a ilusão de ser neutro”. Coloca-se, entretanto, como a oportunidade de falar e pensar, mesmo que brevemente, a experiência de pesquisar no mesmo local onde eu vivo/moro.

Sou psicóloga. Tecnicamente conheço todos os critérios do DMS-5 (APA, 2014) exigidos para definir o diagnóstico de depressão. Ao longo da graduação, fui ensinada a realizar entrevistas, a coletar informações e a distinguir quais delas seriam “realmente” importantes. A partir desses conhecimentos, criei um roteiro de entrevista. Comprei um gravador. Escolhi cuidadosamente a roupa que eu ia usar: algo simples, porque onde moramos é assim: menos é mais, na grande parte dos casos.

Entretanto, quando cheguei na ESF para minhas primeiras observações participantes, nada disso foi suficiente. Me explico melhor. Ao entrar na sala do grupo de acupuntura, primeiro contato que tive com as mulheres participantes deste estudo, percebi que não seriam o meu roteiro de entrevista, ou mesmo o gravador parcelado em dez vezes, de tão caro que foi, os responsáveis por fazer meu trabalho alcançar algum sentido. Seria, antes de mais nada, o relacionamento que eu poderia estabelecer com cada uma daquelas mulheres.

Assim, por diversas semanas, eu chegava cedo a ESF para tomar chimarrão com as mulheres, uma vez que, praticamente todas, chegavam com bastante antecedência à Unidade

<sup>4</sup> Por narrativa entendemos que “cada pessoa encontra-se já imersa em estruturas narrativas que lhe preexistem e em função das quais constrói e organiza de um modo particular a sua experiência, impõe-lhe um significado. Por isso, a narrativa não é o lugar da irrupção da subjetividade, da experiência de si, mas a modalidade discursiva que tanto estabelece a posição do sujeito que fala (o narrador), quanto as regras de sua própria inserção no interior de uma trama (o personagem) [...]”. (LARROSA, 1994, p. 70).

de Saúde, pois dependiam do transporte das indústrias de calçados, o qual já chegava ao centro da cidade antes das sete da manhã. Em nossos encontros matinais, elas trouxeram pão-de-queijo para mim. Me ensinaram uma receita de bolo. Perguntaram sobre as flores na casa da minha avó. Queriam saber como eu ia para Porto Alegre toda semana e desde quando eu não morava mais na casa dos meus pais. Questionaram se a minha mãe ainda estava dando aula e se meu namorado estava no ambulatório para entregar algumas medicações (ele é enfermeiro). Também me contaram sobre a festa de São João da escola, sobre os filhos que estavam crescendo rápido demais, sobre as dores que sentiam no corpo, sobre as vantagens da aposentadoria, sobre as viagens até a outra cidade para fazer compras, sobre a dificuldade de perder peso e sobre como o inverno estava sendo difícil esse ano.

Foram semanas e meses em que, mesmo após terem me perguntado sobre os propósitos do meu trabalho e, a partir disso, desenvolvermos conversas sobre a depressão desde nosso contato inicial, eu também tive de aprender, primeiro, a simplesmente estar lá. Tive de adicionar quase todas as mulheres no *facebook* e responder, diariamente, todas as mensagens recheadas de corações, flores, orações e desejos de bom dia, boa noite e boa semana. Tive de parar para conversar no supermercado, na igreja, na fila do banco, no velório, na festa da comunidade. Abracei e fui muito abraçada, quase todas às vezes em que nos víamos. Conheci as mulheres e deixei que elas me conhecessem. Gostei de cada parte desse início e percebi que elas também gostaram. Depois deste processo, pude fazer meu convite para pesquisa. Naquela altura, a entrevista e o gravador já nem me preocupavam mais.

Nesse sentido, minhas vivências iniciais na companhia destas mulheres reforçaram uma das premissas apresentadas por Camargo (2012), ao discutir os percursos metodológicos envolvidos com os Estudos Culturais em Educação, campo no qual a presente dissertação está inserida. Segundo a autora, neste campo a escolha dos métodos de pesquisa não deve ser feito *a priori*. Pelo contrário, o caminho metodológico deverá ser escolhido ao longo da trajetória de pesquisa, pois neste campo de estudo, o qual não tem uma metodologia própria, “entende-se que não há qualquer garantia sobre quais são as questões importantes a serem levantadas em dados contextos nem como respondê-las.” (CAMARGO, 2012, p. 30). Dessa maneira, o pesquisador deverá buscar adquirir sensibilidade e conhecimento sobre seus “objetos” de pesquisa e, a partir deles, organizar um conjunto metodológico apropriado para sua investigação.

Considerando estes aspectos, esta dissertação se desenhou como um Estudo de Caso que utilizou ferramentas de cunho etnográfico, tais como a entrevista semiestruturada, as observações participantes e a construção de um Diário de Campo. Sarmiento (2003) refere que



a etnografia “visa aprender a vida tal qual ela é quotidianamente conduzida, simbolizada e interpretada pelos atores sociais nos seus contextos de ação.” (SARMENTO, 2003, p. 153). A meu ver, era o que já vínhamos fazendo, eu e as mulheres, todas juntas.

A etnografia, como afirma Magnani (2009), oferece ao pesquisador a possibilidade de entrar em contato com o universo dos pesquisados a fim de compartilhar seus horizontes. Porém, o pesquisador não busca encontrar uma comprovação para as visões de mundo com que se defronta, mas sim, procura acompanhar os participantes até onde for possível, estabelecendo uma relação de trocas e fazendo despertar, a cada novo contato, novas pistas e novos caminhos de entendimento, muitos deles anteriormente sequer previstos.

Nesse sentido, traçar um caminho metodológico foi (e será muito importante) para a minha pesquisa. Mas, estar perto e junto às pessoas, também tornou-se fundamental.

### **5.1.1 Solanum<sup>5</sup>: Local de Pesquisa**

Caracterizar o local de pesquisa torna-se fundamental, ainda mais nesta dissertação que tomou como um dos seus objetivos olhar a relação entre a cultura teuto-brasileira e o processo de construção do diagnóstico de depressão. Além disso, considero esta descrição como uma oportunidade para que cada leitor, a partir de dentro do seu processo individual, possa experimentar um pouco do que este estudo me permitiu vivenciar.

Os primeiros habitantes do município de Solanum chegaram em 1853, vindos da Alemanha, mais especificamente da região agrícola do Hunsrück. Estes alemães vieram ao Brasil por diversas causas, entre elas: a crise econômica, oriunda das constantes guerras comandadas por Napoleão; a seca, que prejudicava o plantio e acabava dificultando o acesso à renda; o período da Revolução Industrial, onde as indústrias produziam em grande quantidade e com preço baixo, levando artesãos à miséria; as inúmeras vantagens oferecidas pelo governo brasileiro para imigrantes na época, incluindo viagem gratuita até o país, pagamento de despesas por um período de dois anos, ganho de terras, animais e sementes para plantio, além de promessas de liberdade religiosa e isenção de impostos por 10 anos (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

Com relação aos benefícios oferecidos pelo governo Brasileiro, Meyer (2003) refere que a imigração alemã, no Rio Grande do Sul, foi motivada, principalmente, por duas políticas

<sup>5</sup> Nome fictício escolhido para representar a identidade do local, respeitando assim as questões éticas de sigilo e privacidade em nosso trabalho. Este nome foi escolhido por manter relação com a batata, um dos principais produtos produzidos na comunidade.

implementadas pelo Primeiro Império: a urgência na ocupação de territórios da fronteira, os quais eram constantemente invadidos por países vizinhos; e o estímulo ao desenvolvimento da agricultura voltada para o abastecimento do mercado interno, sendo organizada em pequenas propriedades e realizada através do trabalho familiar. Assim, segundo Rost et al. (2010), estes aspectos puderam ser observados na história de Solanum, pois os registros acerca dos primeiros 55 imigrantes enviados à comunidade registravam que os mesmos foram encaminhados para Solanum a fim de estancar as ocupações irregulares e o comércio de terra ilegal, suprindo assim interesses específicos das autoridades. Porém, Meyer (2003) também denuncia que muitas das promessas e dos incentivos oferecidos pelo governo brasileiro não foram cumpridos, dificultando a processo de adaptação dos moradores na comunidade.

Sobre o perfil religioso dos imigrantes, a grande maioria afirmava seguir o Protestantismo. Já em relação às profissões, houve uma diversificação, incluindo lavradores, marceneiros, alfaiates, carpinteiros, chapeleiros, entre tantas outras. Além disso, a partir da chegada do primeiro grupo de moradores, rapidamente o espaço de Solanum foi sendo ocupado tanto por aqueles que chegavam da Alemanha quanto pelos imigrantes que já haviam se estabelecido em outras áreas de colonização e decidiram migrar para outras comunidades, apesar das dificuldades (ROST et al., 2010).

Como já apresentado anteriormente, o não cumprimento de algumas promessas por parte do governo brasileiro implicou na presença de diversos desafios para os imigrantes. A administração da comunidade foi realizada quase que em sua totalidade somente pelos seus moradores. Foi através disso que, com intuito de que pudessem se reunir e ajudar-se mutuamente através da fé e das orações, os imigrantes decidiram organizar uma comunidade religiosa. Assim, em 1856 construíram um pequeno prédio de madeira, servindo tanto como escola quanto para leitura do catecismo e da Bíblia. Como a maioria seguia a religião Protestante, eventualmente um pastor passava pela comunidade e realizava um culto religioso. Com relação a comunidade católica, os moradores deslocavam-se até uma das cidades vizinhas para participar das missas religiosas até 1860, quando então 12 colonos se reuniram e mesmo com poucos recursos, iniciaram a construção da primeira capela católica da cidade, inaugurada em 1862 (ROST et al., 2010).

De forma semelhante, a organização das escolas quase sempre ficava sob a responsabilidade dos próprios imigrantes, sendo que estes ocupavam-se tanto da construção dos prédios quanto da contratação dos professores. Em diversos registros históricos pode-se encontrar descrições sobre a importância da igreja e da escola na vida destas pessoas, sendo

estas instituições, em muitos momentos, responsáveis por ditar as normas da comunidade (ROST et al., 2010).

A maioria das pessoas que ocupava a posição de docente ministrava às aulas em alemão, mais especificamente em um dialeto conhecido por *Hunsrückisch*, única língua utilizada por praticamente todos os imigrantes na época (ROST et al., 2010). Segundo Knorst (2003), a educação foi ministrada em alemão até 1938, quando iniciou o movimento de nacionalização do ensino, no qual o Governo proibiu a comunidade de falar alemão tanto na escola quanto na igreja, muito pela influência da iminência da Segunda Guerra Mundial.

Entretanto, muitos registros históricos deste período costumam sustentar a ideia da existência de uma homogeneidade cultural entre os imigrantes, declarando que esta era apenas quebrada pela diferença religiosa – católica ou protestante. Porém, torna-se relevante perceber que muitos descendentes de alemães que chegaram ao Brasil não formavam um grupo homogêneo, a não ser pelo aspecto religioso. As profissões eram diferenciadas e muitos provinham de diferentes regiões, sendo que até mesmo a língua não era compartilhada por todos, afinal em cada província haviam dialetos específicos que formavam idiomas à parte (MEYER, 2003).

Em relação a organização da saúde em Solanum, pressupõe-se que os primeiros anos após a imigração tenham sido difíceis. A maioria das mulheres dava luz a seus filhos em casa, com ajuda de vizinhas, sujeitas a infecções e sem qualquer tipo de medicação disponível. Com o passar do tempo, os imigrantes começaram a conhecer ervas medicinais e, gradativamente, também aumentaram as parteiras no local. Quando havia necessidade de solicitar um médico, este vinha a cavalo da província central, que era São Leopoldo. Somente em 1930 alguns médicos instalaram-se na comunidade, atendendo ainda em condições precárias, mas facilitando a questão do deslocamento (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

Em 1949 a comunidade decidiu reunir esforços e construir um hospital, aprovando assim a criação de uma sociedade beneficente. A partir do mutirão da comunidade para a construção do prédio, e dos associados que contribuíram com valores em dinheiro, o hospital foi inaugurado, em 18 de novembro de 1951, tendo sido organizada uma festa contando com a presença de mais de quatro mil pessoas. O estabelecimento funcionou por 1 ano com auxílio de irmãs de uma congregação e, após, foi administrado por freiras, até 1966 (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

Mas, as dificuldades financeiras e a perda de um processo trabalhista tornaram insustentável o funcionamento do hospital, sendo este vendido a um médico, morador da comunidade. Ele o administrou de 1973 a 1985, quando também teve dificuldades financeiras

e voltou a vendê-lo para a administração pública. Atualmente, o estabelecimento funciona como Ambulatório Municipal, tendo funcionamento 24 horas por dia, atendendo urgências e emergências, sendo financiado pelo Município, Estado e União (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

No que diz respeito a momentos de lazer e diversão, a tradição germânica dos moradores de Solanum introduziu o apreço pela música, dança, corais de homens com ligação religiosa, festas em comunidades e criação de sociedades beneficentes, como a sociedade de bolão, tiro e canto. Em 1937, foi instalada, na comunidade, uma rede de energia elétrica a partir da construção de uma usina hidrelétrica, facilitando tanto a vida doméstica quanto o trabalho e o lazer, pois, até então, eram usadas apenas lamparinas que funcionavam com óleo querosene. Em 1942, também foi implementada a primeira linha de ônibus de Solanum até a cidade vizinha (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

Com relação a sua administração econômica e política, Solanum pertencia ao município de São Leopoldo/RS, ficando sob sua jurisdição de 1846 a 1959. Naquele último ano, a localidade de Morros Altos<sup>6</sup> foi emancipada, tornando-se município e fazendo com que Solanum ficasse sob sua jurisdição. Em 1987, a comunidade de Solanum decidiu formar uma Comissão Emancipadora e, em abril de 1988, foi realizada a consulta plebiscitária, aprovada pela Assembleia Legislativa do Estado por ampla maioria, aprovando a emancipação política do município, assinada, oficialmente, em 12 de maio de 1988, através do Decreto de Lei nº 8.634/88, pelo então Governador Pedro Jorge Simon (KNORST, 2003; ROST et al., 2010).

Atualmente, 30 anos depois de sua emancipação, Solanum é distribuída em 193km<sup>2</sup> de extensão, tendo uma população de 6.295 habitantes (IBGE, 2014) dos quais 50% residem em meio rural. Na cidade, grande parte da população comunica-se através do dialeto alemão *Hunsrückisch*. Sua economia distribui-se entre comércio, indústrias de calçados, agricultura e pecuária, com produção de acácia negra, batata, feijão, milho, verduras, fruticultura, aviários, leite, ovos e abate de bovinos e suínos.

Em sua estrutura de rede de saúde, o município conta com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, a ESF Girassol<sup>7</sup> e a ESF Margarida<sup>8</sup>. Além disso, há um Ambulatório de Pronto-Atendimento 24 horas equipado para o atendimento de urgências e emergências. Esta pesquisa foi realizada na ESF Girassol. Esta escolha se deu pelo vínculo que a pesquisadora já

6 Nome fictício criado para preservar a identidade de Solanum, pois através da apresentação de fatos históricos sobre a emancipação dos municípios, talvez a cidade onde esta pesquisa se realizou possa ser identificada, rompendo então com o propósito do anonimato.

7 Nome fictício.

8 Nome fictício.

possuía com o local, uma vez que lá realizou estágio extracurricular por um período de dois anos, identificando, desde então, o alto índice de depressão em mulheres.

### 5.1.2 ESF Girassol

A equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol era formada por um médico de Família e Comunidade, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, dois agentes comunitários de saúde, dois estudantes de medicina de uma universidade privada da região, que realizavam estágio curricular obrigatório, um residente em Medicina de Família e Comunidade<sup>9</sup>, uma recepcionista e uma auxiliar de limpeza. A única profissional contratada sem regime de concurso público era a recepcionista, sendo esta estagiária da prefeitura. Além disso, em sua mesma estrutura física, a ESF compartilhava o prédio de atendimentos com uma equipe de saúde bucal, contando com uma dentista e duas auxiliares de saúde bucal. Entretanto, a equipe de saúde bucal apresentava-se como independente, ou seja, apenas dividia as mesmas instalações físicas com a ESF e tinha a mesma gestão de saúde municipal, porém, não participava de reuniões ou atividades em parceria com a ESF.

Em relação à sua estrutura física, a ESF contava com uma recepção, uma sala de vacina, uma sala de acolhimentos/triagem, uma sala de espera, três consultórios médicos, uma sala para pacientes em observação, uma sala de curativos, uma cozinha, uma dispensa para roupas e materiais contaminados, uma sala de reuniões, dois banheiros para funcionários, dois banheiros para pacientes e uma sala destinada a equipe de saúde bucal. Todos os espaços utilizados para atendimentos a pacientes contavam com computadores e ar-condicionado, com exceção deste último item na sala de acolhimento/triagem e na sala de espera.

Os atendimentos a pacientes aconteciam de segunda à sexta-feira, sendo que o médico, os estudantes de medicina e o residente não atuavam em sextas-feiras, permanecendo apenas a equipe de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. As reuniões de equipe aconteciam toda segunda-feira à tarde e dela participavam todos os trabalhadores da Unidade, com exceção da auxiliar de limpeza. Terças-feiras a enfermeira dedicava-se exclusivamente à sala de vacinas, recebendo auxílio da enfermeira da outra ESF da cidade, ESF Margarida, ou de alguma técnica em enfermagem cedida pelo Pronto-Atendimento. A sala de vacina da ESF Girassol tinha seu

<sup>9</sup> A ESF Girassol atua como campo de estágio para estudantes de medicina de uma universidade privada da Serra Gaúcha. O tempo de permanência destes estudantes na unidade de saúde varia de um a três meses. Entretanto, a ESF não atua como espaço de residência multiprofissional, sendo que a presença do médico residente no momento da minha pesquisa ocorreu por uma escolha pessoal do profissional, previamente combinada com o médico responsável pela unidade.

funcionamento restrito às terças-feiras devido a validade de seus produtos os quais, após abertos, deveriam ser aplicados, em grande parte dos casos, em um período máximo de 10 dias. Ou seja, restringir o dia para aplicação de vacinas fazia com que não houvessem tantas sobras e assim, conseqüentemente, não se expirasse a validade do produto.

Em terças-feiras também eram realizados pequenos procedimentos pelo médico da equipe, com auxílio da técnica em enfermagem, como infiltrações de medicações para dores nas articulações, cantoplastias (retiradas de unhas), biópsias de verrugas, estas encaminhadas para análise patológica em laboratórios especializados, colocação de dispositivos intrauterinos (DIU), entre outros. As visitas domiciliares geralmente aconteciam em quartas-feiras, no final do dia, sendo realizadas, em grande parte, pelo médico e pelos estudantes. Entretanto, exceções também ocorriam, principalmente em visitas domiciliares solicitadas com urgência, ou mesmo em visitas realizadas apenas pela enfermeira ou técnica em enfermagem. Uma vez por mês, em quintas-feiras, ocorria o grupo de gestantes coordenado pela enfermeira. Toda semana a equipe também mantinha atividades com um grupo de acupuntura para mulheres. E, além disso, a técnica em enfermagem era estudante de psicologia e trabalhava aspectos de gestão e controle emocional, aliados a técnicas de meditação, em escolas da comunidade, em parceria com a psicóloga que atuava na rede de assistência social do município.

A ESF Girassol era responsável pelo atendimento de, mais ou menos, 4000 pessoas, tendo uma demanda maior em quantidade numérica de pacientes do que a ESF Margarida. O atendimento era destinado para toda e qualquer pessoa, independente de faixa etária, que residisse dentro da área geográfica de responsabilidade da equipe, compreendendo nove bairros da comunidade.

Em relação ao desenvolvimento da pesquisa na ESF Girassol, todos os profissionais envolvidos mostraram-se extremamente disponíveis, auxiliando-me em todos os momentos em que foi necessário, além de permitir minha participação nas reuniões de equipe e garantir minha livre circulação por todos os espaços da Unidade de Saúde, com exceção, é claro, dos locais em que se encontrava em atendimento algum paciente que não havia dado seu consentimento para participar desta pesquisa.

### **5.1.3 Universo Empírico**

O universo empírico deste estudo foi constituído por mulheres, autodeclaradas, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão e usuárias da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol. Todas as participantes selecionadas para a pesquisa foram indicadas pelos

próprios profissionais atuantes na ESF. Estas indicações aconteciam sempre que eu estava presente na reunião de equipe, sendo-me passado o nome da mulher e um breve relato do seu histórico de consultas na Unidade, limitando-se à ocorrência do diagnóstico de depressão.

Após receber a indicação dos profissionais, busquei realizar os primeiros contatos com as participantes, sendo estes quase todos feitos presencialmente quando as encontrava em atendimento na ESF, tanto em atividades em grupo, como por exemplo na acupuntura, ou quando estavam na sala de espera aguardando atendimento. Além disso, realizei alguns contatos por telefone, questionando sobre a disponibilidade da participante para se deslocar até a ESF a fim de que eu pudesse explicar adequadamente os objetivos da pesquisa, ou mesmo me oferecendo para ir até sua casa e lá conversarmos pessoalmente.

Em uma tentativa de apresentar as mulheres<sup>10</sup> que participaram deste estudo, trago alguns aspectos de suas vivências que foram narrados por elas ao longo das entrevistas:

Andréia, 49 anos, mãe de três filhos, divorciada de seu primeiro companheiro após a descoberta de uma traição. Atualmente, está aposentada e em nova união estável. Recebeu diagnóstico de depressão há seis anos, através do Médico da ESF Girassol.

Carina, 29 anos, há 4 anos saiu da casa de seus pais, pois não suportava mais os intensos conflitos com o pai alcoolista. Desde os dezesseis anos trabalha em uma indústria de calçados, terminou o ensino médio no tempo regular e, até o momento, não sabia qual profissão gostaria de escolher. Recebeu diagnóstico de depressão há 4 meses, através do Médico da ESF Girassol.

Carmen, 38 anos, mãe de dois filhos, escondeu a primeira gestação até o oitavo mês, por medo da reação de seu pai. Seu primeiro companheiro pediu que ela abortasse, mas ela não quis e então ele a abandonou. Conheceu seu atual marido na fábrica, onde trabalha desde os 14 anos, e com ele teve o segundo filho. Atualmente, está há mais de 1 ano sem trabalhar. Recebeu o diagnóstico de depressão há 8 anos, após ter procurado um médico psiquiatra particular, em função de problemas nos nervos, como ela mesmo relatou.

Débora, 19 anos, na infância pensava em cometer suicídio, principalmente por sofrer *bullying* em relação ao seu peso corporal. Concluiu o ensino médio e agora fazia cursos para realizar o sonho de abrir um salão de beleza. Vítima de assédio sexual na fábrica de calçados, local em que trabalha desde os dezesseis anos de idade, recebeu o diagnóstico de depressão há um mês, através do Médico da ESF Girassol.

Gabriela, 35 anos, refere que ainda sente muita culpa por ter tido dificuldades para cuidar de seu filho após o nascimento. Em sua segunda gestação, sofreu muito em seu antigo

10 Todos os nomes utilizados serão fictícios a fim de preservar a identidade das participantes.

local de trabalho, principalmente após o aborto ter sido confirmado. Hoje, sente-se muito contente com o novo emprego e diz que aprendeu a fazer mais coisas para e por ela mesma.

Júlia, 51 anos, mãe de três filhos, divorciada, descobriu-se rejeitada pelo pai há pouco tempo, em uma conversa com o mesmo por telefone. Mora sozinha desde os dezesseis anos, conseguiu concluir o ensino superior, fez pós-graduação e decidiu que, se até os cinquenta anos de idade sua vida não encontrasse sentido, ela daria fim ao sofrimento. Ultrapassou a meta e hoje ama assistir *Netflix*. Recebeu o diagnóstico de depressão há 18 anos, através de uma médica psiquiatra de um centro de atenção psicossocial (CAPS) localizado em outra cidade.

Jéssica, 18 anos, desde os dezesseis tinha o desejo de engravidar. Aos dezessete conseguiu, hoje é mãe de um menino. Já morou em mais de cinco cidades diferentes, teve muita dificuldade para amamentar e hoje está desempregada, buscando novas oportunidades. Lembra de ter os sintomas de depressão desde os doze anos de idade, mas, recebeu o diagnóstico e buscou tratamento há 1 ano, através do médico da ESF Girassol.

Jacinta, 62 anos, não tem filhos, me contou várias histórias sobre a época em que morava na fronteira, sobre os sonhos de estudar matemática, os cursos que fazia pelo correio e as dificuldades financeiras que sempre enfrentou, junto com seu companheiro. Há alguns meses, vem sofrendo com a descoberta de que seu marido voltou a beber, mesmo com sérios problemas de saúde. Tem medo que a depressão a pegue outra vez, como mesmo me disse. Porém, na verdade, já recebeu o diagnóstico há 20 anos, através do médico clínico geral da rede de saúde pública de Solanum.

Janete, 40 anos, mãe de um menino, seu bem mais precioso, era casada, mas vivia e sustentava a casa sozinha, pois seu marido era caminhoneiro e há tempos não retornava da estrada. Seu sonho era aprender a tosar cachorros, mas trabalhava na indústria de calçados há mais de 20 anos. No auge de seus sintomas de depressão, via-se no caixão e até sentia os cheiros das flores do cemitério. Não sabe como conseguiu sobreviver. Recebeu o diagnóstico há seis anos, através do médico da ESF Girassol.

Marina, 22 anos, estudante universitária, teve tentativa de suicídio com ingestão de medicações. Nunca se esqueceu do dia em que um médico perguntou se ela era borderline ou bipolar, o que a fez ficar pensando qual plaquinha deveria escolher. Desconfiou de todos os profissionais depois disso, até que encontrou alguém que teve calma e a acompanhou. Recebeu o diagnóstico de depressão há seis anos, através do médico clínico geral da rede de saúde pública de Solanum.

Nádia, 53 anos, mãe de duas filhas, veio de Santa Catarina em busca de emprego há mais de 20 anos. Queria ter voltado para sua terra natal, mas o marido nunca mais quis. Sofria



com dores do corpo, já tendo feito três cirurgias na coluna. Não teve mais coragem de tentar a quarta. Cuidou de seu pai em seus últimos anos de vida e foi até ameaçada de morte por ele. Nunca tiveram um bom relacionamento. Me disse várias vezes que realmente tinha muitos motivos para estar como estava e que o que mais doía, na depressão, era saber que não tinha cura. Recebeu o diagnóstico há três anos, através do médico da ESF Girassol.

Sandra, 51 anos, veio de uma família com 13 irmãos, trabalhou desde muito cedo e sempre lutou pelos seus objetivos. Casou-se, foi morar na casa da sogra e lá ficou por 13 anos. Acompanhou as brigas diárias entre seu esposo e sua sogra, cuidou do sogro, fez tortas, pastéis, horas extras na fábrica, tudo para poder ter uma casa só sua. Comprou um terreno, construiu a nova casa sozinha e, após alguns meses da mudança, seu marido morreu, pois colocou fogo na casa e queimou junto. Sandra ficou sem absolutamente nada, a não ser o filho, que mais tarde começou a usar drogas, mas hoje, graças a Deus, como ela mesmo me disse, estava bem e esperando sua primeira filha. Sandra tinha um novo namorado, construiu uma casa nova e aguardava a chegada da primeira neta. Foi diagnosticada com depressão há 10 anos, pelo médico de família e comunidade do município vizinho, local de residência naquela época.

Tina, 26 anos, recém-formada no ensino superior, mãe de uma menina de um mês, terminando de construir sua casa e trabalhando no comércio da cidade, começou a sentir os sintomas da depressão através das palpitações no coração. Levou mais de quatro meses para buscar ajuda, com medo do preconceito e por acreditar que poderia resolver sozinha. Seu marido não sabia do tratamento, apenas a sua mãe. Recebeu o diagnóstico há um ano, através do médico clínico geral da rede de saúde pública de Solanum.

Vitória, 64 anos, saudosamente contou-me sobre a história da construção de sua casa, sobre a perda do marido ainda jovem, o medo de buscar outro relacionamento e ser enganada e a vida de dificuldades que já enfrentou. Hoje, sentia-se muito bem quando podia dar uma caminhada até o centro da cidade, comprar material para o seu artesanato, ir até as consultas com a ESF e voltar para cuidar da cunhada que não podia ficar tempo demais sozinha. Tinha cinco filhos e quase todos moravam em volta da sua casa. Recebeu o diagnóstico de depressão há cinco meses, através do médico da ESF Girassol.

Cecília, 34 anos, recentemente tornou-se viúva após a morte do esposo por câncer. Não tinha filhos e referia que o que mais gostava de fazer era ocupar a cabeça com coisas novas. Estava fazendo muitos cursos e visitando novas cidades, o que a deixava bastante animada. Sobre a depressão, relata que já participou das atividades de psicoterapia online oferecidas na ESF Girassol, as quais lhe ajudaram muito a não carregar problemas que não eram seus. Não sabia dizer quando tinham lhe falado, pela primeira vez, sobre o diagnóstico de depressão.

Verônica, 27 anos, trabalhava na fábrica de calçados desde os dezesseis e, atualmente, tinha iniciado seus estudos no ensino superior, cursando Pedagogia. Tinha o sonho de trabalhar com crianças, pois elas a acalmavam. Sentia-se ansiosa, referindo que quase ninguém compreendia suas oscilações de humor. O que estava lhe ajudando eram as caminhadas que fazia, perto da onde morava com os pais, todas as noites. Também estava enfrentando problemas no relacionamento amoroso, principalmente por sua diminuição da libido, o que nem sempre, segundo relato, era compreendido pelo namorado. Recebeu o diagnóstico de depressão há seis anos, através da médica psiquiatra da rede de saúde pública do município vizinho, local onde mora seu companheiro.

Virgínia, 43 anos, tinha o sonho de ingressar na Marinha, mas teve de parar de estudar na quarta série para cuidar dos irmãos. Casou-se aos vinte e um anos e, desde os 11 anos, todo o dinheiro, que ganhava trabalhando, ela dava aos seus pais. Seu pai bebia e a mãe não podia trabalhar fora porque tinha de cuidar dos filhos. Hoje, a mãe e o pai de Virgínia já morreram, ela estava em seu segundo casamento, tinha dois filhos e convivia com os altos e baixos da depressão. Sentia-se mais forte do que em alguns anos atrás, mas ainda sofria por não poder fazer algumas atividades que ela considerava básicas, como cuidar de sua própria horta, afinal sentia muitas dores no corpo, resultado da fibromialgia. Recebeu o diagnóstico de depressão há três anos pelo psicólogo da rede de saúde pública de Solanum.

Por fim, com relação aos profissionais da ESF Girassol, participaram desta pesquisa o médico, a enfermeira, a técnica em enfermagem, a recepcionista, os dois agentes comunitários de saúde, o médico residente em Medicina de Família e Comunidade e os dois estudantes de medicina que estavam realizando estágio curricular obrigatório no período da coleta de dados.

#### **5.1.4 Critérios de Inclusão**

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram aceitar participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ser mulher, autodeclarada, com 18 anos ou mais, possuir vínculo de atendimento com a ESF Girassol, ser indicada por algum dos profissionais da Unidade de Saúde e ter o diagnóstico de depressão.

#### **5.1.5 Questões Éticas**

Seguindo os pressupostos do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e do Conselho Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP), através da Resolução 510/2016, a qual regulamenta a

realização de pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, esta dissertação de mestrado englobou os seguintes aspectos éticos ao longo de sua realização:

- a) Obteve aprovação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da UFRGS; (ANEXO A, p. 189).
- b) Obteve aprovação pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) do Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS), da UFRGS; (ANEXO B, p. 190).
- c) Foi submetida à Plataforma Brasil para posterior aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, através do CAAE 69593617.6.0000.5347. (ANEXO C, p. 191).

Após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP da UFRGS, todos os participantes que demonstraram interesse em participar desta pesquisa assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A, p. 137), permanecendo uma cópia com o participante e outra com a pesquisadora responsável. Neste documento constavam todas as informações relevantes sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, além da disponibilização de um telefone institucional para esclarecimentos de quaisquer dúvidas, caso fosse necessário. Da mesma maneira, todo e qualquer nome utilizado nesta dissertação foi fictício, respeitando assim as premissas de sigilo e confidencialidade.

Como este estudo foi realizado em uma instituição pública de saúde, o Termo de Instituição co-participante foi elaborado (APÊNDICE B, p. 139), tendo sido assinado em duas vias, permanecendo uma com a Secretária de Saúde do município, responsável pela gestão da ESF Girassol, e outra com a pesquisadora responsável.

Aos participantes, deixei claro que a sua participação na pesquisa era voluntária. Dessa forma, mesmo após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, se algum(a) deles(as) optasse por retirar seu consentimento, isso poderia ser feito sem sofrer quaisquer danos ou prejuízos, sendo que qualquer dado coletado a seu respeito não seria mais utilizado e os arquivos descartados.

Em relação ao material coletado, todos os dados e documentos permanecerão em arquivo, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e de sua orientadora por no mínimo 5 anos, sendo estes armazenados na Faculdade de Educação, situada na Avenida Paulo Gama, SN, sala 825, Porto Alegre, Brasil, CEP, 90046-900 e telefone para contato 3308-4155. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.

Após a defesa desta dissertação, serão organizados encontros com: as mulheres (em grupo, a partir do grupo de acupuntura, caso elas ainda estejam participando, ou então encontros individuais na ESF ou em seus domicílios, conforme às suas disponibilidades); com a equipe

da ESF Girassol (em seu dia de reunião, com autorização prévia, a fim de não prejudicar a organização de trabalho da Unidade); e com a Secretaria Municipal de Saúde de Solanum (também com agendamento prévio). Todos estes encontros terão como finalidade a apresentação dos resultados alcançados neste estudo, dando assim uma devolutiva da pesquisa.

### **5.1.6 Riscos**

Defender a ideia de que a realização de uma pesquisa que aborde a temática da depressão não poderá envolver a presença de certos riscos aos participantes, talvez seja impossível. Ao abordarmos a temática da depressão, seja com as mulheres ou mesmo com os profissionais atuantes na ESF Girassol, estávamos adentrando em um campo formado por experiências singulares. Dessa maneira, o impacto que determinados questionamentos, olhares ou gestos podem exercer em cada indivíduo participante torna-se era praticamente imensurável.

Entretanto, busquei seguir com o máximo rigor possível todos os preceitos éticos previstos pelo CNS e pelo CONEP, os quais, muito mais do que artigos listados em uma resolução, envolvem respeito, empatia, transparência e compreensão dos limites por parte do próprio pesquisador. Além disso, caso algum participante necessitasse de suporte profissional após participar da pesquisa, encaminhamentos e contatos seriam realizados, a fim de que o mesmo pudesse ter garantida a preservação de seus direitos.

## **5.2 FERRAMENTAS DE COLETA DE DADOS**

### **5.2.1 Entrevistas**

A escolha pela realização das entrevistas manteve relação com o problema de pesquisa definido neste trabalho, o qual se propôs a investigar a construção do diagnóstico de depressão. A partir disso, elaborou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE C, p. 140), o qual continha algumas perguntas norteadoras e que foram utilizadas com todas as mulheres participantes da pesquisa. A entrevista foi adotada através de uma prática compreensiva, sem estruturas rígidas em seus questionamentos e permitindo que as questões pudessem ser alteradas conforme surgissem novas necessidades de investigação.

Com relação a quantidade de entrevistas realizadas, tornava-se difícil definir um número *a priori*, pois o foco era a qualidade e a riqueza dos dados coletados, e não sobre a quantidade de entrevistas realizadas (ZAGO, 2003). Dessa maneira, ao final da coleta de dados, 18

entrevistas haviam sido realizadas. Destas, 17 entrevistas individuais com as mulheres e 1 entrevista coletiva com a equipe de profissionais da ESF Girassol, tendo duração, em média, de 60 minutos cada.

Das 17 entrevistas realizadas com as mulheres, 11 aconteceram nas próprias dependências da ESF Girassol, em uma sala de atendimento individual, garantindo assim o sigilo e a confidencialidade da conversa. As demais 6 entrevistas foram realizadas nos domicílios das participantes, com consentimento das mesmas.

Enquanto isso, a entrevista com a equipe foi realizada na sala de reuniões da Unidade de Saúde, contando com a participação do Médico de Família e Comunidade, da Enfermeira, da Técnica em Enfermagem, dos dois Agentes Comunitários de Saúde, da Recepcionista, dos dois estudantes de medicina que estavam realizando estágio curricular obrigatório e do residente em Medicina de Família e Comunidade. Como o roteiro de entrevista não foi utilizado neste momento, a entrevista iniciou com uma pergunta bastante ampla acerca das experiências dos profissionais com o diagnóstico de depressão e, após as respostas, novas perguntas foram sendo elaboradas, tais como a percepção dos profissionais sobre a organização do trabalho na comunidade, a prevalência do diagnóstico de depressão em mulheres, os limites da atuação profissional e os desafios diários enfrentados pela equipe.

Todas as entrevistas foram gravadas com auxílio de um aparelho de áudio digital e posteriormente transcritas, gerando-se um arquivo no Microsoft Word. Ao final das transcrições, somaram-se 265 páginas de material para análise. Como já mencionado anteriormente, todos os participantes receberam cópia da sua entrevista em formato impresso ou por meio digital. No momento da entrega das cópias, quase todos os participantes não mencionaram o conteúdo da entrevista, apenas afirmaram que leriam o material e entrariam em contato caso alguma dúvida surgisse. Além disso, também costumavam me perguntar como estava o andamento da pesquisa e desejavam-me sorte até o final do processo.

Ressaltamos que todos os trechos das entrevistas utilizados nesta dissertação, foram transcritos em sua íntegra, preservando o seu conteúdo e a disposição do texto exatamente como foram narrados pelos(as) participantes. Da mesma forma, todas as 18 entrevistas realizadas encontram-se, com seu texto completo, disponíveis para acesso, unicamente pela banca avaliadora deste trabalho, através do seguinte link:

[https://drive.google.com/drive/folders/1weVcl\\_6qdvWmbpj-JxWPfY7N04sCQA-2?usp=sharing](https://drive.google.com/drive/folders/1weVcl_6qdvWmbpj-JxWPfY7N04sCQA-2?usp=sharing)

### **5.2.2 Observação Participante**

No processo da observação participante ocorre a imersão do pesquisador no local e com o público a ser estudado, fazendo com que ele tenha papel ativo na investigação. Configura-se também como uma ferramenta que auxilia a coletar informações para além daquelas alcançadas com a entrevista. Fonseca (1998) refere que através do desejo por buscar compreender o sistema mais amplo que se estabelece entre os mais diferentes elementos da vida social, o pesquisador acaba por se entregar à observação participante, buscando investigar o sentido que cada experiência pessoal adquire para os indivíduos.

Entretanto, torna-se importante observar o que aparece na cena de pesquisa a partir de duas dimensões: a) uma dimensão micro, buscando compreender o significado singular de determinada experiência para um indivíduo; b) e uma dimensão macro, através da qual pode ser possível observar, por exemplo, quais os aspectos políticos, econômicos, culturais, históricos, sociais, entre outros, que podem manter relação com a interpretação que as pessoas fazem de certos acontecimentos ou fatos (FONSECA, 1998).

Nesta pesquisa, as observações participantes tiveram início em agosto de 2017, após aprovação do respectivo Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, estendendo-se até junho de 2018. As atividades observadas incluíram atendimentos a pacientes no setor da recepção, observações na sala de espera, participações nas reuniões de equipe, participações em eventos de Promoção da Saúde realizados na comunidade, rodas de conversa na hora do intervalo de almoço, após reuniões de equipe ou mesmo em uma pausa para um café e, por fim, observações em algumas visitas domiciliares realizadas pelos profissionais da ESF Girassol.

### **5.2.3 Diário de Campo**

Como ferramenta de auxílio para o registro das informações coletadas ao longo das observações participantes, foi utilizado um Diário de Campo, o qual continha informações relacionadas tanto às impressões pessoais da pesquisadora quanto até mesmo falas, opiniões e interpretações dos próprios participantes. Torna-se relevante informar, assim como diz Sarmiento (2003), que um relato não tem a mesma dimensão de um retrato fotográfico, uma vez que a fotografia é o ato intencional de representar determinada realidade. Entretanto, os relatos, são textos nos quais realiza-se o esforço de interpretar a realidade complexa, recheada de

possibilidades e que se estabelece na relação dos indivíduos entre o meio e a cultura em que vivem.

Cada página escrita em meu Diário de Campo representou, ao mesmo tempo, o que eu fui capaz de viver ao longo destes meses e o que eu escutei, vi e aprendi sobre as experiências de todos os participantes. Assim, apresentei situações, busquei manter a fidedignidade e a riqueza dos detalhes, citei diálogos e experiências de alegria e tristeza. Um texto, como afirma Guacira Louro (2007) sempre pode ser interpretado de formas diferentes, afinal ele desliza e escapa. Nesse sentido, seria proveitoso, segundo a autora “ao invés de lutar contra a fluidez da linguagem, explorar o jogo lúdico das palavras, tentar construir com finura as questões e os argumentos, dedicar-se a tecer a trama do texto com cuidado e com prazer.” (LOURO, 2007, p. 237).

Dessa maneira, se houve cansaço frente a exigência de manter-me atenta em cada nova oportunidade de observação, houve também muito, mas muito prazer e emoção em cada palavra transcrita nas linhas deste Diário, pois, assim como já dizia Ceccon (2016, p. 12) “este escrito resulta de coisas vividas”.

### 5.3 PROCEDIMENTOS ANALÍTICOS

Ao longo da construção desta dissertação, diferentes materiais compuseram o conjunto de análise dos dados, citando entre eles as entrevistas realizadas com as mulheres e com os profissionais da ESF Girassol, os relatos contidos no Diário de Campo, oriundos das observações participantes, além de alguns documentos oficiais, como a Política Nacional de Atenção Básica, a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde Mental.

A escolha por estes materiais foi permeada pela intenção de investigar mecanismos biopolíticos de controle das condutas envolvidos nos cuidados em saúde mental das mulheres de Solanum. A partir disso, busquei examinar nos materiais os discursos sobre a depressão, atentando **por quem e em que espaços da comunidade** estes poderiam ser **legitimados** ou **silenciados**. Também busquei compreender o que propunham as políticas públicas brasileiras acerca do tema, a fim de olhar os discursos instituídos pelas mesmas e suas possíveis relações com o processo de formação e posterior atuação dos profissionais e gestores.

Tal olhar, procurando conhecer a ocorrência de relações de poder/saber, possibilitou-me articular tanto os **discursos de verdade**, presentes nas políticas e nas intervenções de saúde, quanto as **práticas de controle dos corpos** que circulavam em Solanum, aspectos que envolviam o significado de ser mulher na localidade, a organização do trabalho, os

relacionamentos conjugais, as violências e opressões de gênero, a cultura teuto-brasileira, os tratamentos e as práticas de Promoção da Saúde, a gestão pública, o uso de medicações, o preconceito, o cuidado e a solidão. Estes aspectos estiveram, da mesma maneira, imbricados à construção das inúmeras experiências singulares de mulheres, profissionais e gestores de saúde frente ao diagnóstico de saúde mental no município.

Nesse sentido, como busquei analisar os materiais de forma integrada e relacional, sem estabelecer distinções entre os registros das entrevistas, do Diário de Campo ou mesmo das políticas oficiais, estabeleci sete categorias de análise, sendo elas:

- 1 - O corpo como depósito de sintomas;
- 2 - O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas;
- 3 - O valor do trabalho e o controle dos corpos;
- 4 - Experiências singulares para além do DSM;
- 5 - Estar mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família;
- 6 - Morar no campo: entre o imaginário e o “real”;
- 7 - Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde e concepções sobre saúde mental, mulheres e cuidado.

Estas categorias de análise foram selecionadas a partir da compreensão de que suas temáticas apareceram de forma recorrente ao longo da análise de todos os materiais coletados. Mesmo compreendendo que algumas destas categorias poderiam se sobrepôr a outras em algum ponto, optei por apresentá-las de forma separada, pois entendi ser importante que cada uma de suas temáticas pudesse ser discutida de forma detalhada. Nas análises, tomei como grade analítica como as relações de saber-poder, os discursos de verdade, o exercício da biopolítica e o controle das condutas poderiam estabelecer relações com as ações de Promoção da Saúde e a construção do diagnóstico de depressão em mulheres moradoras de Solanum.

#### 5.4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

A presente dissertação foi elaborada a partir da construção de três artigos, os quais mantiveram ligação com o problema e os objetivos de pesquisa anteriormente apresentados. Esta modalidade de apresentação foi adotada como uma tentativa de reduzir, ao máximo possível, a presença de discussões teóricas recorrentes, o que poderia tornar este trabalho e a sua leitura, de certa maneira, repetitiva.



Os artigos encontram-se na íntegra na dissertação. Abaixo, apresento-os resumidamente, bem como o local de suas publicações.

*Um retrato da Depressão: Práticas de Promoção da Saúde, Gênero e Diagnóstico* (p. 52), artigo no qual discuti a prevalência das condições de saúde mental em mulheres, as violências e opressões de gênero às quais elas podem estar submetidas e o estabelecimento de diagnósticos gendrados. Este artigo foi submetido (em formato reduzido), apresentado e publicado nos anais do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade, III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade: Resistências e Ocupações nos espaços de Educação, evento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG) realizado em setembro de 2018.

*Prescrição e consumo de Psicotrópicos em uma Comunidade Rural do interior do Rio Grande do Sul* (p. 71), segundo artigo desta dissertação, foi produto de um desdobramento da pesquisa de mestrado, no qual busquei investigar o uso e prescrição de medicações psicotrópicas em Solanum, analisando as receitas de psicotrópicos retidas pelo setor de Farmácia da Secretaria Municipal de Saúde da Comunidade, ao longo de todo o ano de 2017. Este artigo foi submetido, na íntegra, a revista *Cadernos de Saúde Coletiva*, da Universidade Federal do Rio de Janeiro e, até o momento presente, aguardava avaliação. Da mesma maneira, os resultados deste levantamento foram apresentados na XII Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de La Ciencia Y La Tecnología – Ciudadanías Científicas – ESOCITE, evento realizado na *Universidad de Chile*, localizada na cidade de Santiago, no Chile, em julho de 2018.

*Retratos da Depressão: diagnóstico, mulheres e relações de poder* (p. 87), configura-se como o artigo que apresenta as categorias de análise dessa dissertação, articulando o material coletado com os conceitos de Michel Foucault e demais autores estudados. Este artigo, em formato reduzido, foi submetido à *Revista de Estudos Feministas*, da Universidade Federal de Santa Catarina e, até o momento presente, aguarda avaliação.

Além dos três artigos construídos para esta dissertação, outros trabalhos foram elaborados e apresentados em eventos distintos. Neste momento, apenas seus títulos serão apresentados, mas eles podem ser encontrados, na íntegra, nos apêndices deste trabalho.

*Depressão e gênero: investigação sobre o diagnóstico em Práticas de Promoção a Saúde na Atenção Básica*, submetido em formato de artigo, apresentado e publicados nos anais do 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11: Transformações, conexões e deslocamentos, evento realizado em julho de 2017 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (APÊNDICE D, p. 142).

*Retratos do Corpo: reflexões sobre o processo de percepção e manifestação da depressão*, submetido em formato de resumo expandido, apresentado e publicado nos anais do Seminário de Pós-Graduação (SP) – INOVAMUNDI, evento realizado em outubro de 2017 na Universidade Feevale, Novo Hamburgo/RS, Brasil (APÊNDICE E, p. 155).

*Um retrato da depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica*, submetido em formato de resumo, apresentado e publicado nos anais do II Encontro Regional de Ensino de Ciências, evento realizado em maio de 2018 e promovido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este mesmo trabalho, porém agora organizado em uma estrutura de artigo, foi submetido ao XII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – ENPEC, evento organizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte e que será realizado entre os dias 25 e 28 de junho de 2019 em Natal, RN. Até o momento, o artigo aguardava avaliação (APÊNDICE F, p. 162).

*Tecnologias Farmacológicas e a construção do diagnóstico de depressão em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul/Brasil: estratégias biopolíticas e o controle dos corpos*, submetido em formato de resumo e apresentado na XII Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de La Ciencia Y La Tecnología – Ciudadanías Científicas – ESOCITE, evento realizado na *Universidad de Chile*, localizada na cidade de Santiago, Chile, em julho de 2018. O evento não teve publicação de anais em sua última edição (APÊNDICE G, p. 163).

*Gênero e diagnóstico em Saúde Mental: que relação é essa?*, submetido em formato de artigo, apresentado e publicado nos anais do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade, III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade: Resistências e Ocupações nos espaços de Educação, evento realizado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (FURG) em setembro de 2018 (APÊNDICE H, p. 165).

*Mulheres, Trabalhos e Histórias: uma análise das Trajetórias de Vida em uma Comunidade Teuto-Brasileira do Rio Grande do Sul*, artigo organizado a partir de intersecções entre a pesquisa da minha orientadora, Dra. Tatiana Souza de Camargo, que busca investigar a sucessão geracional na agricultura familiar de *Solanum* focalizando nas mulheres jovens, e os resultados encontrados através da pesquisa apresentada nesta dissertação. Este artigo foi submetido a *Revista Brasileira de Educação do Campo*, tendo sido publicado em dezembro de 2018 através do dossiê temático intitulado *Epistemologia de “nosotras”: mulheres do campo, das águas e das florestas* (v. 3, n. 4, p. 1202-1220, set./dez., 2018) (APÊNDICE I, p. 172).

*Percepção de Sintoma depressivos em estudantes de Ensino Médio de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul*, construído em parceria com a aluna do ensino médio de Solanum, Laura Eduarda Mallmann Kieling, bolsista de iniciação científica júnior da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da Dra. Tatiana Souza de Camargo e minha Coorientação. Este trabalho foi submetido e apresentado no *XV Encontro sobre investigação na Escola*, com o tema 15 anos de investigação na escola: realidades, contradições e desafios, evento realizado em maio de 2017 na Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Além disso, esta pesquisa foi submetida e apresentada na *MOSTRATEC, Mostra Brasileira e Internacional de Ciência e Tecnologia*, realizada na Fundação Liberato, em Novo Hamburgo/RS, tendo sido premiada com o terceiro lugar na categoria Ciências Sociais, Artes e Cultura e garantindo o credenciamento do projeto para apresentação na Reunião da Sociedade Brasileira de Progresso em Ciência (SBPC), que se realizará em julho de 2019 no Mato Grosso do Sul.

## 6 UM RETRATO DA DEPRESSÃO: PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, GÊNERO E DIAGNÓSTICO

**RESUMO:** Neste artigo, buscou-se investigar a construção do diagnóstico de depressão em Solanum, uma pequena cidade do interior do Rio Grande do Sul, articulando o marcador social gênero à organização do trabalho, ao papel social ocupado pela mulher e a cultura teuto-brasileira da comunidade, entendendo que todos estes aspectos mantêm relação com os modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico, tanto para pacientes quanto para profissionais. Como metodologia, propôs-se uma pesquisa de cunho qualitativo que utilizou ferramentas etnográficas. A coleta de dados foi realizada com uma das Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que compõe a rede de saúde pública da cidade, tendo como amostra 17 usuárias da unidade, autodeclaradas mulheres, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão. A partir da análise combinada de todos os materiais coletados, elencou-se sete categorias de discussão, sendo que este artigo abordará exclusivamente uma delas, denominada *Ser Mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família*. Optou-se exclusivamente pela apresentação desta categoria em função das discussões que serão propostas, incluindo aqui o conceito de biopolítica de Foucault, o gendramento de diagnósticos em saúde mental e as relações de opressão e violência de gênero à que tantas mulheres ainda estão submetidas.

**Palavras-chave:** Depressão. Gênero. Saúde Mental. Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

### 6.1 INTRODUÇÃO

Em sua última Pesquisa Nacional de Saúde, o IBGE (2013) verificou que cerca de 11 milhões de brasileiros, com 18 anos ou mais, se autodeclararam com depressão, representando 7,6% da população total. Dentre estes dados, a região Sul obteve os maiores índices (12,6%) e com relação ao sexo, houve maior prevalência de depressão em mulheres (10,9%) quando comparadas aos homens (3,9%), sendo que 52,3% destas fazia uso de medicamentos.

A OMS (2002) afirma que 25% da população, em algum momento da sua vida, sofreu com perturbações mentais, as quais são definidas como condições clínicas que alteram o humor e o modo de pensar, incluindo aqui a depressão. Além disso, até 2020 a depressão será a segunda doença mais responsável pelos chamados AVAI – Anos de Vida Ajustados por Incapacitação, ficando atrás apenas da doença isquêmica cardíaca, segundo a organização.

Ainda hoje no Brasil existem poucos estudos que correlacionam a influência dos hábitos culturais à manifestação e percepção da depressão pelos indivíduos (LIN et al., 2008). Como afirma Helman (2009, p. 233) “cada cultura oferece aos seus membros os modos de tornar-se doente, de moldar seu sofrimento em uma entidade nosológica reconhecível, de explicar sua causa e obter algum tratamento para ela.” Dessa maneira, o significado e os sintomas de uma

doença tanto são influenciados pela personalidade do indivíduo quanto por fatores sociais, econômicos, políticos e pela cultura onde se desenvolvem, ou seja, definir-se como doente pode incluir tanto a percepção de si mesmo quanto a influência da percepção de outras pessoas (HELMAN, 2009).

Segundo Hall (1997), a noção de cultura deve ser entendida como um conjunto de diferentes práticas e instituições que produzem significados, sendo estes utilizados para dar nome as coisas que existem no mundo. É a partir disso que Souza (2016) chama atenção para a multiplicidade de culturas existentes, citando a cultura da família, da escola, da magreza, do laboratório, da religião, da mídia, da moda, dentre outras, estando estas configuradas como formas particulares de pensar e agir em relação a si e ao mundo.

Considerando estas questões, nas mais diferentes culturas pode-se perceber a presença de estratégias regulamentadoras e de controle da saúde da população, aspecto discutido através do conceito de biopolítica de Foucault, através do qual o autor defende que o exercício da mesma acontecerá através de biopoderes, estando estes presentes nas mais diferentes instâncias sociais, como a escola, as mídias, as instituições, entre outras (VEIGA-NETO, 2006).

Discutindo as políticas de saúde, Silva e Ribeiro (2010) argumentam que as mesmas atuam como mecanismos de controle da população, disciplinando os indivíduos. Esta prática, segundo as autoras, se coloca como uma estratégia educativa pois age sobre os corpos de homens e mulheres a partir da interferência sobre suas escolhas pessoais em relação aos seus próprios cuidados em saúde, gerenciando e prescrevendo comportamentos que deveriam ser adotados por toda a população. A partir disso, nesta pesquisa compreendo que as ações realizadas pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde<sup>11</sup> ensinam aos pacientes atendidos conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, configurando-se como práticas de controle dos corpos através do exercício da biopolítica.

Neste artigo, elencaram-se como temas de discussão a temática do controle dos corpos e da biopolítica a partir das concepções de Michel Foucault, as conexões entre o discurso hegemônico da biomedicina, as relações de gênero e o diagnóstico em saúde mental e, por fim, os resultados obtidos através das entrevistas realizadas<sup>12</sup>, ressaltando-se, exclusivamente, as narrativas das participantes que apresentaram temáticas relacionadas à categoria gênero.

11 Caracteriza-se por ser o primeiro nível de atenção em saúde, englobando um conjunto de ações de saúde em esfera individual e coletiva, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2018).

12 Esta pesquisa foi aprovada pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Química da Vida e Saúde; pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) do Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do CAAE 69593617.6.0000.5347, ambos vinculados a Universidade Federal do Rio

## 6.2 PRÁTICAS EDUCATIVAS, BIOPOLÍTICA E CONTROLE DOS CORPOS

A definição médica para grande parte das condições de saúde é realizada a partir da avaliação de alterações físicas demonstráveis, na grande maioria das vezes. Dessa forma, na perspectiva médica, uma tuberculose, por exemplo, será sempre a mesma doença em qualquer cultura ou sociedade em que se manifestar. Entretanto, acaba-se assim desconsiderando todas as dimensões sociais, culturais e psicológicas de determinada condição de saúde e do contexto em que ela aparece, sendo possível afirmar que, profissionais e pacientes, ainda que possuam a mesma origem social e estejam circunscritos pela mesma cultura, costumam entender a saúde e a doença de modos muitos distintos. Nesse sentido, percebe-se a necessidade de buscar compreender como são construídas as visões de saúde e doença a partir da perspectiva dos pacientes e dos profissionais, sendo que compreender os conceitos de *Illness*, *Disease* e *Sickness* torna-se muito importante para esta discussão (HELMAN, 2009).

*Illness*, *Disease* e *Sickness* foram termos cunhados por Arthur Kleinman (1998) a partir de seus estudos sobre enfermidades, através dos quais o autor, considerando sempre a perspectiva de saúde adotada pelo próprio paciente, buscou compreender os reflexos sociais e psicológicos resultantes do desenvolvimento de determinada doença. Dessa maneira, em sua definição, *Illness* diz respeito a tudo aquilo que é sentido pelo paciente, permanecendo assim no âmbito da sua própria percepção. A percepção do paciente não refletiria a doença em si, mas sim, a representação individual realizada pelo indivíduo. Enquanto isso, *Disease* já seria a doença propriamente dita, caracterizando-se por um diagnóstico recebido pelo indivíduo, sendo vista então como um processo patológico. Por fim, *Sickness* envolveria a resposta que a sociedade oferece a patologia e ao indivíduo, considerando as representações que as pessoas tem sobre determinada doença. Neste campo, seria possível citar, por exemplo, o estigma e o preconceito geralmente vistos frente à manifestação de doenças mentais (KLEINMAN, 1998; CASSEL, 1976).

No seguimento de suas discussões, Kleinman (1998) apresenta alguns desafios encontrados pelos profissionais da saúde quando estes pautam sua interpretação unicamente sobre uma visão biológica do corpo ou mesmo entendendo o sintoma de uma doença como produto exclusivo de uma fisiopatologia, desconsiderando reações emocionais e o próprio entendimento particular do paciente frente à manifestação de seus sintomas. Segundo o autor,

Grande do Sul, respeitando assim todas as questões éticas e de preservação do sigilo e da identidade de qualquer participante, sendo que todos os nomes utilizados neste trabalho serão fictícios.

esse reducionismo biológico acaba por empobrecer uma visão completa de saúde, deixando de considerar a pessoa e suas relações no mundo com a cultura, com a família e com a comunidade (KLEINMAN, 1998).

A partir da discussão sobre o processo de compreensão individual do conceito de saúde e de doença, entendendo que as práticas de Promoção da Saúde realizadas por profissionais ensinam aos pacientes modos de ser e estar no mundo, torna-se relevante introduzir a discussão do conceito de Biopolítica, desenvolvido por Michel Foucault. Este termo foi introduzido pelo autor, pela primeira vez, em uma conferência realizada no Rio de Janeiro, em 1974, enquanto Foucault estudava o nascimento da medicina social. Para o autor, desde o século XVIII o governo voltou suas práticas para o controle da população, sendo este um produto do surgimento do liberalismo e de sua política, fazendo com que as ações de governamentalidade fossem direcionadas para o controle da higiene, da saúde, da natalidade, entre outros (FORTES, 2011).

A partir do liberalismo, segundo Revel (2005), o controle do Estado passou a defender a ideia de que a população representava um conjunto de seres vivos passíveis de terem sua vida controlada, surgindo então a biopolítica, a qual fazia parte do campo do poder e tinha como finalidade o governo da vida. Ainda segundo a autora, o termo biopolítica representaria então a transformação, entre os séculos XVIII e XIX, do campo de ação do poder, sendo que este deixaria de governar os indivíduos apenas através de ações disciplinares, passando também a investir seu controle sobre a população através dos biopoderes locais, ou seja, através da gestão da saúde, da alimentação, da sexualidade, da higiene, uma vez que estas instâncias passaram a fazer parte de um domínio de interesse e preocupação política.

É assim que, posteriormente, com o desenvolvimento da medicina moderna, surge a noção de um saber sobre o corpo doente, sendo que o médico passa a se apresentar como um detentor do saber científico e gestor das instituições do campo da saúde (FORTES, 2011). Se a biopolítica, como entendia por Revel (2005, p. 27), representa “uma grande medicina social que se aplica a população a fim de governar a vida”, acompanhar o desenvolvimento das práticas de Promoção da Saúde realizadas pelos profissionais da Atenção Básica de Solanum nos trouxe um retrato sobre a iminente força contida no campo do poder, além de sua instituição e propagação através de práticas educativas que agem sobre os corpos, controlando condutas e atravessando, inevitavelmente, o que chamamos de processo individual de compreensão sobre saúde e doença. Assim, entender-se como um indivíduo que está ocupando uma condição de saúde ou de doença é, antes de mais nada, estar inserido em relações de poder. É a biopolítica exercendo seu controle sobre a vida.

### 6.3 CONCEITO DE DEPRESSÃO

Atualmente, o órgão responsável pela categorização das doenças mentais é a Associação Americana de Psicologia (APA). Buscando delimitar a criação de categorias que possam servir de subsídio ao profissional no momento de diagnosticar alguma condição de saúde mental, sejam estas tanto da área da Psicologia quanto da Psiquiatria, a APA organizou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente em sua quinta versão, sendo denominado DSM-5 (APA, 2014). Assim, para que o diagnóstico de depressão, oficialmente nomeada pelo DSM-5 como Transtorno Depressivo Maior, possa ser confirmado, o(a) paciente deve enquadrar-se em pelo menos cinco dos sintomas descritos abaixo, estando estes presentes em um período mínimo de duas semanas e causando prejuízo significativo em sua vida (APA, 2014):

- 1 – Humor deprimido na maior parte do dia;
- 2 – Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades;
- 3 – Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta;
- 4 – Insônia ou hipersonia quase todos os dias;
- 5 – Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias;
- 6 – Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;
- 7 – Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada;
- 8 – Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar;
- 9 – Pensamentos recorrentes de morte.

Escolhemos apresentar os critérios de diagnóstico seguindo o modelo de descrição utilizado pelo próprio DSM-5 (APA, 2014) como caráter de demonstração da estrutura do manual. Contudo, ao longo de todo desenvolvimento deste trabalho, buscou-se adotar uma perspectiva distinta daquela adotada pelo manual, considerando assim uma visão mais processual deste diagnóstico. Dessa maneira, entendemos o diagnóstico de depressão em Solanum como uma construção que perpassava as mais diferentes instâncias, desde a posição social ocupada pelas mulheres, a representatividade de ser mulher na comunidade, as relações familiares, a organização do trabalho, a cultura e a própria maneira de relacionar-se com o cuidado em saúde oferecido no município.

Não se pretende, entretanto, questionar a validade de um diagnóstico elaborado a partir de uma classificação nosológica oficial, pois o objetivo desta pesquisa não foi verificar se os diagnósticos estavam corretos ou não, mas sim, buscar compreender a maneira como estes se construía na comunidade, perpassando todos os aspectos já mencionados.



## 6.4 SAÚDE MENTAL E DIAGNÓSTICO

A experiência do sofrimento psíquico apresenta-se como reflexo de valores e normas vigentes em determinado período histórico e político de nossa sociedade, sendo, nesse sentido, produto de uma construção social. Dessa maneira, quando o indivíduo manifesta sintomas de sofrimento emocional estes não são somente oriundos de uma vivência individual, mas sim, demonstram relações de poder que ocorrem em determinados espaços, acarretando diferenças nas manifestações de sofrimento psíquico entre homens e mulheres (SANTOS, 2009).

Considerando dados epidemiológicos em saúde mental, existem diferenças tanto em frequência quanto em incidência dos transtornos mentais. Mulheres são frequentemente mais diagnosticadas com depressão e transtornos de ansiedade, enquanto entre os homens há maior prevalência de comportamentos antissociais e abuso de álcool (ZANELLO, 2014). Existem duas correntes distintas de análise destes dados: a vertente biologizante e a corrente sócio histórica. Na primeira, defende-se a concepção de que a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres esteja relacionado à presença de hormônios específicos em seus corpos, principalmente o estrogênio, o qual agiria na modulação do humor (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Enquanto isso, a vertente sócio histórica busca abranger uma dimensão social, compreendendo o sofrimento psíquico não somente a partir de alterações químicas do corpo, mas sim, como produto de papéis e atribuições sociais, incluindo aqui as relações de gênero (ZANELLO; BUKOVITZ, 2011).

A OMS (2018), em seu relatório *Gender and Women's Mental Health*, destaca que a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres relaciona-se a fatores de risco permeados por condições de violência de gênero, como desvantagem socioeconômica, baixa renda e desigualdade social. Além disso, este relatório também refere que médicos apresentam maior tendência em diagnosticar depressão em mulheres do que em homens mesmo quando ambos alcançam escores semelhantes em testes padronizados para avaliar a patologia.

Segundo Zanello e Silva (2012), o profissional que realiza o diagnóstico em saúde mental possui seu olhar clínico atravessado por questões de gênero, podendo apresentar uma tendência a julgar e avaliar seus pacientes a partir de certos padrões de gênero internalizados como ideais. Nesse sentido, existiriam níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando a hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e o subdiagnóstico de outras em homens, e vice-versa.

Seria então possível pensar em um favorecimento frente ao aparecimento de determinados diagnósticos em mulheres quando comparadas aos homens? Provavelmente sim, o que poderia trazer à tona a necessidade da criação de critérios diagnósticos diferentes para homens e mulheres frente a determinada patologia, como a depressão, por exemplo. Caso este processo ocorresse, dados epidemiológicos hoje apresentados como prevalentes em mulheres poderiam sofrer alterações drásticas, bem como aqueles indicando prevalências em homens. O que torna-se relevante, nessa situação, é discutir a reavaliação dos padrões de valores e questões de gênero dos próprios profissionais, os quais, quer queiramos ou não, acabam ficando invisibilizados na grande maioria dos diagnósticos (ZANELLO; SILVA, 2012).

## 6.5 METODOLOGIA

Esta pesquisa se desenhou como um estudo de caso qualitativo, utilizando ferramentas etnográficas, entre elas a observação participante, o Diário de Campo e as entrevistas semiestruturadas<sup>13</sup>. Sarmiento (2003) define que a etnografia estabelece estreita relação com o desenvolvimento de um olhar interpretativo sobre as crenças, valores e significados de determinada cultura, considerando aqui tanto o indivíduo quanto as instituições que esses estão inseridos. A etnografia, nesse sentido, “visa aprender a vida, tal qual ela é quotidianamente conduzida, simbolizada e interpretada pelos atores sociais nos seus contextos de ação.” (p. 153).

A partir disso, o universo empírico deste trabalho foi constituído por mulheres, autodeclaradas, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão e usuárias da Equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol<sup>14</sup> de Solanum, município do interior do Rio Grande do Sul. Ressalta-se que todas as participantes da pesquisa foram indicadas pelos próprios profissionais atuantes na unidade de saúde em que a pesquisa foi realizada.

Dessa maneira, após a sondagem inicial das possíveis participantes deste estudo e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido<sup>15</sup>, foram realizadas 17 entrevistas individuais com as mesmas e 1 entrevista coletiva com a equipe, todas com média de 60 minutos de duração. Em relação às entrevistas individuais, 11 foram realizadas nas próprias dependências da unidade de saúde, em uma sala de atendimento individual, garantindo assim o

13 Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas. Da mesma maneira, todos os participantes receberam cópias impressas ou digitais da transcrição de suas entrevistas.

14 Visa à reorganização da atenção básica, contando com equipe multiprofissional, buscando ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-benefício (BRASIL, 2018).

15 Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul através do CAAE 69593617.6.0000.5347.

sigilo e a confidencialidade dos dados. As demais 6 entrevistas foram realizadas nos domicílios das participantes, com consentimento das mesmas. Enquanto isso, a entrevista com a equipe foi realizada na sala de reuniões da unidade de saúde, contando com a participação de um Médico de Família e Comunidade, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem, dois Agentes Comunitários de Saúde, uma Recepcionista, dois estudantes de Medicina realizando estágio curricular obrigatório e um Residente em Medicina de Família e Comunidade.

Após a coleta de todos os materiais de pesquisa, considerando aqui registros das entrevistas e dos escritos no Diário de Campo, todos os dados foram reunidos e categorizados, dando origem a sete categorias de discussão distintas. Neste trabalho, se apresentará a categoria *Ser Mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família*, tendo optado pela exclusiva apresentação da mesma devido a proposta de discussão teórica deste artigo.

Por fim, não haveria como prever que o método escolhido seria capaz de compreender tudo que buscávamos analisar ou se poderia ser suficientemente relevante frente ao tema estudado. Porém, tornou-se importante utilizar todas as ferramentas por ele oferecidas, buscando interagir com cada uma delas da forma mais criativa possível (FONSECA, 1999).

## 6.6 ESTAR MULHER EM SOLANUM: CORPO, CUIDADO, TRABALHO E FAMÍLIA

Deixar a escola para cuidar da família. Cuidar dos outros por um determinado período ou, às vezes, por uma vida inteira. Doar-se, dedicar-se. Trabalhar e sustentar a todos. Ser menosprezada, diminuída, assediada e humilhada por companheiros e chefes de trabalho. Ser vítima de preconceito. Julgada. Abandonada. Faces retratadas por muitas das entrevistadas enquanto discorriam sobre suas histórias de vida. Trago, a seguir, recortes das falas que julguei mostrarem as categorias criadas.

Ele falava (seu companheiro) que eu andava com os outros, meu Deus, era o primeiro marido e único. Sabe, isso machuca muito. Quando tu sabe que tu nunca tinha outro alguém e daí ele fala essas coisas, alguém te fala isso, isso machuca muito. Que eu tava sempre com os outros e tudo, meu Deus do céu, eu nunca saía de casa. O pessoal de Solanum nunca me via. Enquanto eu tava casada com ele ninguém me viu, porque eu não podia sair. Eu não saía, porque eu não podia ir em baile, em festa, ele sempre tava bêbado, sempre tinha que ficar em casa, o meu lugar era em casa! O único lazer que eu tinha era ficar em casa, fazendo serviço. Isso era meu lazer durante 19 anos, esse era o meu lazer: ficar em casa, cuidando de velho primeiro, e os 13 anos aguentando as brigas deles. Aí depois foi lá em casa, era a mesma coisa. Não tinha vida. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Daí assim hoje eu posso dizer que eu tenho um pouco de tempo pra mim, porque eu só vivi assim pros meus irmãos, pra minha mãe, pro meu pai, pro meu ex-marido e depois foi meu sogro e minha sogra, eu também tenho meus filhos. Daí hoje eu posso dizer assim, os meus filhos tão na creche, na escola, meu marido tá trabalhando, hoje eu posso dizer que eu tenho um pouco de tempo pra mim, porque eu não

tinha tempo pra mim nunca, só pros outros, eu só vivi e trabalhei pros outros. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Iá, claro que sim, isso, tudo tem um começo, tudo tem o seu começo. Isso tu vai, que nem pra mim, primeiro eu nunca na minha vida tinha uma vida tranquila, porque em casa, como eu já tinha dito, daí tinha a minha vó e o meu avô junto comigo, eu casei com velhos dentro de casa. Veio morar aqui, tinha meu sogro. Depois foi meu marido que ficou doente, ele ficou doente, daí depois eu perdi o pai, o pai faleceu. Logo depois da morte do meu marido, a minha mãe ganhou um AVC, tá de cadeiras de roda até hoje, foi um mês, dois meses depois que o V. morreu, ela ganhou o AVC. Ela não consegue falar, ela não consegue caminhar, ela tá de cadeiras de rodas. Depois foi meu pai, isso vai cair tudo muito seguido e agora eu tenho ainda a minha cunhada também pra cuidar, ela é minha cunhada (aponta pra senhora na sala). Isso tudo, sabe, acumula. Isso se acumula e daí isso acontece com isso. É a mesma coisa que tu abre uma torneira e enche uma jarra de água, se vai passar por cima, vai derramar fora, isso é quase a mesma coisa. (Fonte: entrevista com Vitória, 64 anos, diagnosticada com depressão há 5 meses pelo Médico de Família e Comunidade).

Eu trabalhei três meses na P. (indústria de calçados) e depois eu fui pra C. (indústria de calçados). Daí no começo assim foi bem tranquilo, só que desde o começo eu comecei a sofrer assédio na empresa e eu sempre fiquei quieta porque eu tava com medo de ser demitida. Só que daí depois que eu contei, começaram a pegar no meu pé e aí eu comecei a me estressar (lágrimas nos olhos). Era todo o dia uma encheção de saco, sempre a mesma coisa [...]. É que é um cara, ele é casado, ele tem filho e tudo, e no começo assim eu não tinha falado nada dele, mas quando me colocaram pra trabalhar sozinha com ele, ele começou a passar a mão na minha bunda sabe, e eu fui deixando aquilo, eu tava com vergonha de falar porque eu tava pouco tempo ali, eu não conhecia quase ninguém. Aí depois de um meio ano, mais ou menos, ele começou a mandar mensagem, ele mandava mensagem direto e eu nem respondia. Ele mandava que eu era linda, que ele ainda ia sair comigo e um monte de coisas. Aí eu deixei quieto também, não comentei com ninguém. Daí uma outra amiga minha começou, falou pra mim que ele tava mandando mensagem pra ela também, daí a gente começou a comentar isso e ele tava mandando pra muitas mulheres ali na fábrica sabe. E daí eu fui percebendo quem ele era e daí depois me colocaram pra trabalhar de novo perto dele e toda vez que ele queria falar uma coisa comigo ele sempre vinha pra cima de mim, e ficava passando a mão na minha coxa, e sabe era demais assim. Aí eu fui entregar ele, tipo eu não queria falar nada, mas aí uma colega falou: - É melhor tu falar né, pra chefia, porque eles tem que resolver isso, não vai ficar aqui assim. Aí eu fui falar com meu chefe, daí eu falei que se eles não iam resolver ali dentro eu ia resolver isso fora da fábrica né. E daí ele falou que não, que eles iam resolver. Aí eles chamaram ele e eu não ia falar nada pra ninguém que eu tinha contado, que eu tinha conversado com o chefe em particular né. Aí eles chamaram ele e pediram pra ele parar, daí ele falou que as mensagens eram por brincadeira e negou que tinha passado a mão em mim. Com certeza né? E daí ele desceu e ele começou a contar pra todo mundo que eu tinha entregado ele, e aí todo mundo que não conhecia o lado dele, tipo as amigas dele, ficaram contra mim e começaram a falar um monte de coisas minhas sabe. Isso foi meio que me magoando (chora). (Fonte: entrevista com Débora, 19 anos, há 1 mês diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Eu tinha, como é que eu vou te dizer, eu acho que eu tinha uns 13 pra 14 anos. Nós morava no interior, a mãe tinha muita galinha, tinha vaca de leite, tinha tudo, fazia queijo. Daí a mãe dizia pra mim, tu pega, só escuta a história: - Tu leva ovos, manteiga e queijo pra cidade, tu vende e daí tu vai no mercado e daí tu traz isso, traz isso e traz aquilo. Assim a mãe se virava, porque o véio botou tudo fora o dinheiro, dinheiro não tinha, o pai botava tudo fora. Daí eu já era uma mocinha né, 13 pra 14 anos. Daí eu disse pra mãe: - Eu vou, daí eu compro as coisas que falta, vou no mercado, mercado Itaú em Pinhalzinho e daí eu disse: - E se sobrar mãe eu posso comprar um shampoo pra mim? Muriel, na minha vida até que eu tô viva, nunca mais vou esquecer. Era um vidro de shampoo seda, cor de rosa, e eu comprei pra mim. E daí ainda sobrou dinheiro e eu levei tudo pra casa, pra mãe. Daí quando eu cheguei em casa, e aquele véio viu aquilo (silêncio). Eu achei que ele ia me matar, porque eu comprei aquele shampoo. Maquiagem na minha vida eu nunca tive, eu não tive batom, não tinha base, não tinha esmalte, não podia. (Fonte:

entrevista com Nádia, 53 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

É, eu fui mãe solteira do primeiro que tem 19 anos agora [...]. Eu tinha um relacionamento com ele (ex-companheiro). Só que daí quando eu falei pra ele que eu tava grávida, ele disse que eu era pra tirar o nenê. Só que eu não queria, daí eu deixei ele. Eu não queria tirar o meu filho [...]. Aí eu conheci o meu marido (atual) na fábrica onde nós trabalhava, aí nós ficamos juntos e nós já estamos 16 anos juntos e daí ele quis que eu engravidasse, só que eu já tinha depressão 2 anos. Antes da gravidez eu tinha depressão 2 anos já. Daí eu engravidei, daí que voltou a minha depressão. Não tô dando a culpa pra gravidez, mas sim, eu deixei de tomar alguns remédios né, porque não pode, daí voltou tudo [...]. (Fonte: entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

Eu fazia serão, trabalhava em sábado, fazia torta em casa, tudo pra poder ir morar sozinha. Daí eu comprei o terreno, daí ele foi junto, porque como nós era casado em comunhão universal de bens, ele tinha que assinar também. Aí a gente foi, comprou o terreno e daí depois eu fui na caixa e construí a casa, sozinha! Porque ele não tinha fundo, não tinha nada, porque ele não trabalhava, ele trabalhava, fazia uns bicos por aí pra bebida, o resto era comigo. Quem sustentava a sogra, as visitas, mais minha casa, era tudo comigo ali. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

É bem assim que é. E eu trabalhei 27 anos, eu nunca precisei entrar no escritório pra falar com o chefe, porque eu não trabalhei, ou porque eu respondi ou porque não fiz serão, eu nunca negava serão, fazia sempre. Eu, quando eu tava trabalhando no W., a gente virava a noite, trabalhava o dia inteiro, virava a noite e de manhã ia pra casa dormir. Eu nunca neguei sabe uma hora de serão, nada. Mas depois quando tu não consegue mais né (após início dos sintomas de depressão), aí tu não serve mais, é bem assim. [...]. Porque ali dentro, pra eles, o que vale é a produção. Porque ali dentro tu é um número, mais nada. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Então não tinha quem dissesse que eu estava com depressão. As pessoas com quem eu convivia, por exemplo, que é o pai da B., ele dizia que eu era louca né, que eu era louca. (Fonte: entrevista com Júlia, 51 anos, há 18 anos diagnosticada pela Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – da rede de saúde pública de outro município).

[...] eu não, eu achava que isso não podia acontecer comigo, eu não aceitava muito bem isso. Porque eu, sabe como eu pensava? Se eu tivesse depressão o pessoal ia achar que eu tava louca, porque quem vai no psicólogo ou vai no psiquiatra são os que são... assim é aqui em Solanum, são os que são loucos né? Eu achava isso, que o pessoal ia achar que eu tava louca e que ninguém queria saber mais nada de mim depois disso. Sabe, um monte de besteiras. (Fonte: entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

Com uma amiga talvez (conversaria sobre a depressão), se fosse muito íntima, eu ia conseguir contar, só que agora assim eu não consigo contar pra nenhuma, que eu tenho medo delas rejeitarem isso. (Fonte: entrevista com Débora, 19 anos, há 1 mês diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

E eu percebo que as pessoas têm, até dentro da psicologia (Marina é estudante do curso), elas têm um preconceito assim com as doenças, como se alguém borderline ou com depressão, ou bipolar, não tivesse capacidade de fazer as coisas, não tivesse discernimento, critério assim racional pra conseguir fazer alguma coisa sem explodir, sabe? Como se, ai, eu vejo até os professores: - Eu não trato bipolar, eu não trato borderline! Eu sei que existe uma preferência, claro, quando tu atende clinicamente tu opta por algum tipo de especialidade, de algum né? Mas não é isso, não é que eles optaram por outras coisas, eles se negam a atender borderline, bipolar! Daí eu fico com isso: -Se nem aqui (na universidade) eu sou acolhida, onde é que eu vou ser, sabe? Se nem entre a psicologia, que eu pensava que as pessoas são,

tão lendo sobre isso, tão estudando sobre isso, não são leigas, não são ignorantes, nem assim elas conseguem, aonde que tu vai ser acolhida? Vai ser acolhida em casa? Por muitas vezes a minha mãe disse: - Ai, tu tomou teus lítio hoje? Quando eu tava meio irritada. Mas eu tinha tomado e eu pensava: - meu Deus do céu, será que eu sou só o remédio? Sou só, sou só, eu não sabia o que fazer, sabe? (Fonte: entrevista com Marina, 22 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico Clínico Geral da rede de saúde pública da comunidade).

É que eu não queria aceitar, porque pra mim depressão não existia, sabe? Pra mim a depressão não era doença. Eu não sei se tu lembra, antigamente eles falavam que depressão não era uma doença, que a pessoa não queria fazer nada, ficar em casa né. Até por isso eu pensava: meu Deus, as pessoas vão ficar falando mal de ti porque tu tá em casa, tu não consegue trabalhar, eles vão me achar uma preguiçosa, coisa que eu nunca fui né. Daí eu pensei: meu Deus, o que é que vai ser de mim? (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

## 6.7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A partir da apresentação dos resultados alcançados ao longo da pesquisa, buscamos realizar uma discussão acerca da categoria previamente elencada, relacionando-a aos conceitos teóricos discutidos nas primeiras sessões deste artigo.

Quando o indivíduo recebe um diagnóstico, segundo Caponi (2009), ele terá de lidar tanto com as consequências previsíveis desta condição de saúde quanto com às imprevisíveis. Nesse sentido, estudos sobre doenças orgânicas, de acordo com Fabrega (1974), costumam defender que as mesmas estão relacionadas a fatores biológicos cuja etiologia e tratamento repetem-se no mundo inteiro. Enquanto isso, no âmbito da saúde mental, como refere Caponi (2009) a maioria dos indicadores para o diagnóstico está apoiado em condutas sociais, sendo que os rótulos psiquiátricos, em grande parte dos casos, acabam sendo incorporados à identidade do indivíduo, como, por exemplo, no caso da depressão, fazendo com que a manifestação dos sintomas torne-se muito particular para os envolvidos. Este aspecto pode ser visto nas falas das participantes da pesquisa, as quais relataram experiências muito singulares e distintas frente ao diagnóstico de depressão.

Muitos estudos defendem a concepção de que biologicamente, quimicamente, fisiologicamente e neurofisiologicamente os seres humanos são considerados iguais em qualquer lugar, fazendo com que cada alteração biológica seja reconhecida como um processo que envolve mecanismos semelhantes. Entretanto, quando se busca avaliar padrões de comportamento ou condutas, acredita-se que estes também são moldados a partir de uma cultura específica na qual o indivíduo está inserido, adentrando assim ao campo simbólico da estruturação do comportamento (FABREGA, 1974).

Dessa forma, Marsella et al. (1985) afirmam que a cultura não é somente uma variável externa ao indivíduo, mas, também, uma variável interna, pois engloba crenças, estilos

cognitivos, atitudes e sistemas de auto referência que influenciam, por exemplo, no desenvolvimento da compreensão particular de cada sujeito frente a experiência de receber um diagnóstico de depressão. Observa-se assim, a necessidade de buscar compreender os processos pelos quais os mais diferentes grupos sociais atribuem significados e valores ao enfrentamento de uma doença ou mesmo sobre às práticas de Promoção da Saúde adotadas em seus tratamentos, afinal, a interpretação de cada indivíduo sobre esse processo também será perpassada pelos modelos culturais que por ele foram internalizados (ALVES, 1994).

Ademais, para Fabrega (1974), as questões comportamentais atreladas ao diagnóstico de depressão devem ser compreendidas em um contexto sociocultural determinado, buscando conhecer quais os significados que uma cultura específica oferece para as manifestações da depressão, sugerindo que, talvez, não devamos nos perguntar se é possível encontrar a depressão em uma determinada cultura, mas sim, quais os sinais que a mesma apresentará nos mais diferentes contextos, demonstrando mais uma vez a importância de poder considerar aspectos que transcendam aos critérios de manuais diagnósticos, como o DSM-5 (APA 2014), no momento de realizar um diagnóstico.

Nesse sentido, levanta-se a seguinte discussão: o sofrimento de muitas mulheres de Solanum só foi verdadeiramente considerado a partir do momento em que receberam um diagnóstico e iniciaram um tratamento ou, antes disso, até elas próprias não entendiam seus sintomas como algo digno de um acompanhamento? Dessa forma, nesta comunidade, será a normalidade instituída através da concepção de que um sofrimento só será legitimado a partir de um diagnóstico? Se estas mulheres não apresentarem uma doença legitimada por uma CID<sup>16</sup>, por uma receita, por uma prescrição medicamentosa, pelo saber científico de um profissional, não terão o direito de sofrer? De se sentirem cansadas? Não terão o direito de discordar de seus parceiros conjugais? Não poderão denunciar as condições de trabalho em que estão inseridas? Talvez, em nossa sociedade, como afirma Caponi (2009), tenha se adotado um modelo socialmente aceito de sofrer, sendo este justificado por um diagnóstico e medicalizado para suportar fracassos e angústias.

Além disso, nesta pesquisa foi possível perceber que em Solanum existe uma maior prevalência de diagnósticos de depressão em mulheres. A partir dos estudos sobre a biopolítica, Foucault (2005) concebeu que a sexualidade estaria inserida na articulação entre dois campos de poder – o poder disciplinar (esfera individual) e o biopoder (esfera coletiva), sendo que, a

16 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionadas à Saúde.

partir do século XIX, o campo da sexualidade passou a ser de grande interesse para a área médica.

A partir de então, segundo o autor, surgiu o entendimento de que a sexualidade, quando não disciplinada, seria responsável pelo aparecimento de doenças no corpo. Esta compreensão acabou iniciando um processo de medicalização, principalmente direcionado sobre o corpo das mulheres, uma vez que se entendia que o controle sobre a sexualidade das mesmas deveria ser tomado como uma prioridade em função da responsabilidade que estas possuíam sobre a reprodução e os cuidados com a família e filhos. Da mesma maneira, Silva e Ribeiro (2010) referem que, nos últimos séculos, foi possível perceber o aumento da criação de tecnologias direcionados aos corpos femininos, buscando, através de mecanismos de saber-poder, a realização de práticas de promoção e prevenção da saúde e de doenças, sendo estas, como já discutido anteriormente, práticas de controle dos corpos e das condutas.

Muitas vezes o que é diagnosticado como depressão em mulheres, segundo Martin, Quirino e Mari (2007), refere-se, na realidade, a um contexto sociocultural de violência, opressão, carências econômicas, injustiças sociais e desigualdades na relação entre mulheres e homens. As violências e opressões de gênero são, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018), fatores que corroboram para a prevalência do diagnóstico de depressão e ansiedade em mulheres, incluindo aqui aspectos como a desvantagem socioeconômica em comparação aos homens, baixa renda e desigualdade social. Dentro deste campo, também observa-se que as relações de gênero são, a priori, relações permeadas pelo poder. Historicamente, a mulher é colocada à margem, principalmente através da dominação exercida pelo sistema patriarcal em nossa cultura (LIMA, 2008).

Apesar de todos os progressos alcançados no que diz respeito aos direitos das mulheres, diversos destes conquistados através de muitas lutas e embates dos mais distintos movimentos feministas, ainda hoje a mulher continua desempenhando papéis múltiplos em sua vida, ainda tem sobre ela a delegação do cuidado dos filhos e da família, ainda sofre limitações no mercado de trabalho recebendo remuneração inferior e, entre tantos outros aspectos, ainda não tem domínio, em muitos casos, sobre seu próprio corpo, sendo este delegado à todo tipo de controle: hormonal, médico, psicológico e assim sucessivamente.

De forma semelhante, quando políticas públicas ou legislações que oferecem garantias aos trabalhadores sofrem com alterações ou cortes de recursos, mulheres geralmente costumam ser as mais afetadas. Até mesmo dentro de universidades, públicas e privadas, inúmeras mulheres ainda sofrem com experiências de assédio ou questionamento de suas habilidades acadêmicas após tornarem-se mães. Estereótipos de fragilidade física e emocional permanecem



todos os dias, em maior ou menor grau, fazendo com que as mulheres tenham de lutar arduamente por reconhecimento e por liberdade, aspectos muitas vezes bem delineados, infelizmente, nos relatos das participantes desta pesquisa.

Nesse sentido, também buscamos discutir o próprio processo de construção do diagnóstico de depressão em mulheres, levantando questionamento sobre aspectos entendidos como “naturais” frente a condição de ser mulher na contemporaneidade, refletindo-se, por exemplo, no campo da saúde mental através do estabelecimento de padrões sobre sintomas e manifestações de sofrimento. Torna-se necessário demonstrar que muito antes de oferecer espaços de voz para estas mulheres, é preciso repensar as relações de poder e dominação exercidas no momento em que um profissional profere um diagnóstico. Não trata-se, neste caso, de questionar as habilidades técnicas necessárias para o fato, mas sim, de se perguntar se este processo não é, de certa maneira, reflexo de uma medicalização do sofrimento feminino que, muito além de um sintoma, é produto de uma vida repleta de violências e não-garantias de direitos.

A relevância destes questionamentos está pautada sobre a percepção de que, em muitos casos, há o estabelecimento de diagnósticos que desconsideram, por exemplo, questões de gênero. Zanello e Silva (2012), ao realizarem pesquisas sobre dados epidemiológicos em saúde mental, afirmam que o profissional que realiza o diagnóstico possui seu olhar clínico atravessado por questões de gênero, tendendo então a julgar e avaliar a partir de certos padrões internalizados como ideais. Dessa maneira, existiriam níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando a hiperdiagnóstica de certas síndromes em mulheres e o subdiagnóstico de outras em homens, e vice-versa. Este processo, segundo as autoras, pode ser entendido como um estabelecimento de diagnósticos gendrados, ou seja, diagnósticos formulados a partir de uma desconsideração total das mais diversas e opressoras condições de gênero em que muitas mulheres se encontram, tanto no Brasil, quanto no mundo.

A partir da análise dos dados até aqui apresentados, consideramos que o diagnóstico de depressão em Solanum se apresenta como o discurso que carrega o poder de legitimar o sofrimento das mulheres nesta comunidade, sendo o resultado da soma de experiências ao longo das suas histórias de vida, englobando desde o espaço de relacionamento com a família, até mesmo com seus companheiros ou no ambiente de trabalho. Entretanto, mesmo assim, este sofrimento apenas continua recebendo legitimação em alguns espaços, como na unidade de saúde, nos grupos de Promoção da Saúde, no uso da medicação, na consulta médica ou psicológica. Fora destes ambientes, há o silêncio, fruto do medo do preconceito e do

juízo, mais especificamente, da acusação de que seriam loucas, preguiçosas ou mentirosas.

Observa-se que o estigma e o preconceito com indivíduos que apresentam diagnóstico de depressão é bastante alto, interferindo, em muitos casos, na busca por algum tipo de tratamento. Além disso, percebe-se que o rótulo de doença mental frequentemente costuma ser associado a questões de loucura e perda da razão, exercendo assim um papel negativo na busca e adesão a um tratamento pois, na grande maioria dos casos, o indivíduo não deseja ser taxado como um portador de doença mental (HIRATA, 2015).

Dessa maneira, após a intensa experiência de imersão nesta pesquisa, me colocando a disposição para ouvir, com o maior respeito e empatia possíveis todas as histórias de vida e experiências com o diagnóstico de depressão de cada mulher que aceitou participar deste estudo, entendeu-se que as transformações dos cuidados em saúde mental na comunidade exigem esforços em conjunto, tanto no nível de atuação dos profissionais e da gestão de saúde local, quanto através da reorganização de políticas públicas.

Corroborando com esta percepção, Maluf (2010), ao realizar uma pesquisa em documentos governamentais que tratavam sobre as políticas públicas de saúde, além de buscar aproximação com os agentes e profissionais da rede de atenção básica, elencou diversos pontos importantes e necessários ao se pensar no estabelecimento de uma nova política de saúde mental que também envolva a perspectiva de gênero, sendo alguns deles: a necessidade de estender um olhar crítico às práticas institucionais que reforçam as desigualdades de gênero; buscar discutir a realidade de hipermedicamentação das mulheres através do uso de psicofarmacológicos; a necessidade de repensar o atendimento básico em saúde mental através de ações terapêuticas menos medicamentosas, incluindo aqui alterações nas próprias políticas de saúde mental; e a necessidade de se repensar os modelos de cuidado, de saúde, de doença, de sofrimento e de cura, rompendo com a predominância de uma visão biologicista sobre o ciclo de vida, especialmente acerca das mulheres.

## 6.8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através da realização desta pesquisa, busquei compreender a construção do diagnóstico de depressão em Solanum, uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Como amostra, optei pela seleção exclusiva de mulheres, afinal estas representavam a maior parcela da população com o diagnóstico na comunidade, sendo este dado levantado a partir de relatos dos próprios profissionais da Equipe de Estratégia de Saúde da Família na qual a pesquisa foi realizada.

Com a realização das 18 entrevistas semiestruturadas, todas elas gravadas e posteriormente transcritas, os resultados apontaram para o grande estigma instituído sobre quem vive com depressão. O silenciamento sobre o tema, seja em suas próprias casas ou na comunidade, foi uma constante.

Violências e opressões de gênero também demarcaram as trajetórias de vida dessas mulheres. Relações de trabalho permeadas por experiências de abuso, desrespeito e desvalorização, além de todos os relatos acerca de suas relações conjugais conturbadas, com vivências de opressão, de desigualdade, de exclusiva dedicação para o cuidado dos outros, da inexistência do poder de escolha, do abandono e da solidão, apresentaram-se como o reflexo das relações de poder vigentes na comunidade.

Ao considerarmos todas as condições de vida à que estas mulheres estavam submetidas, pode-se perceber com clareza o quanto o discurso biomédico, hegemônico e pautado exclusivamente em análises de sintomas biológicos, vem tornando-se cada vez mais insuficiente dentro do campo de atuação dos cuidados em saúde mental. Dessa maneira, a necessidade de buscar estratégias de cuidado que não estejam pautadas exclusivamente sobre o tratamento medicamentoso apresenta-se como uma alternativa que almeja uma compreensão mais abrangente sobre as condições sociais, econômicas, políticas, psicológicas, orgânicas e de gênero em que as mulheres vivem, pois, assim como visto ao longo do trabalho, todas estes aspectos estão intrinsecamente relacionadas ao processo de diagnóstico em saúde mental, não podendo ser excluídos, sobrepostos ou mesmo desconsiderados, principalmente quando se pensa em desenvolver atividades de Promoção da Saúde que estejam pautadas, antes de tudo, no respeito a experiência individual frente ao diagnóstico de depressão.

Encerra-se este trabalho com a consciência de que esta discussão não se esgota aqui, mas sim, pode ser (re)iniciada a partir de mais um questionamento: Diagnosticar e medicar as mulheres para suportar as mazelas sociais, é disso que precisamos?

## 6.9 REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. C. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54,

2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_art\\_text&pid=S0101-60832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0101-60832006000200003)>. Acesso em: 18 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2018. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)>. Acesso em: 19 jul. 2018.

CAPONI, S. Michel Foucault e a persistência do poder psiquiátrico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 95-103, fev. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

CASSEL, E. J. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**. Philadelphia: Lippincott, 1976.

FABREGA, H. J. Problems implicit in the cultural and social study of depression. **Psychosomatic Medicine**, v. 36, n. 5, p. 377-398, 1974. Disponível em: <<http://psycnet.apa.org/record/1975-03291-001>>. Acesso em: 27 ago. 2018.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro n. 10, p. 58-78, jan./abr. 1999. Disponível em: <<http://www.lite.fe.unicamp.br/papet/2003/ep145/revist.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FORTES, L. Clínica da saúde e biopolítica. In: JÚNIOR, D. M. A.; VEIGA-NETO, A.; FILHO, A. S. (Org.). **Cartografias de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

HALL, Stuart. **Representation: Cultural Representation and Signifying Practices**. University London: Thousand Oaks/New Delhi, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 71, n. esp., p. 3-15, fev. 2015. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=6094](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6094)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1998.

IBGE. Depressão. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em 27 de junho de 2017>.

LIMA, B. S. Violência de Gênero nas Ciências: corpo, violência e poder. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 8: Corpo, violência e poder, 2008, Florianópolis. **Anais**. Florianópolis: UFSC, 2008, p. 1-8. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST70/Igor\\_Salomao\\_Teixeira\\_70.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST70/Igor_Salomao_Teixeira_70.pdf)>. Acesso 01 mai. 2018.

LIN, J. et al. Percepção e expressão de sintomas depressivos em três grupos culturais catarinenses: açorianos, italianos e alemães. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 57, n.1, p, 2-8, 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100002&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0047-20852008000100002&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 20 ago. 2018.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARSELLA, A. J. et al. Cross-cultural studies of depressive disorders: an overview. In: KLEINMAN, A; GOOD, B. (Org.). **Culture and depression: studies na anthropology and cross-cultural psychiatry of affect and disorder**. Berkeley: University of California Press, 1985.

MARTIN, D.; QUIRINO, J.; MARI, J. Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 591-597, ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000400013&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489102007000400013&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança: Direção-Geral da Saúde**, 2002. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_djmessage\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf)>. Acesso em: 12 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. **Gender and Women's mental health**, 2018. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)>. Acesso em: 21 ago. 2018.

REVEL, J. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

SARMENTO, Manuel J. O estudo de caso etnográfico em educação. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. A. T. (Org.). **Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, ago. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400023&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 abr., 2018.

SILVA, F. F.; RIBEIRO, P. R. C. Políticas e campanhas de saúde: estratégias de governo da população. In: HENNING, P. C.; GARRÉ, B. H.; LUVIELMO, M. (Org.). **Biopolítica e Governamentalidade: modos de fazer e gerenciar a educação contemporânea**. Rio Grande: FURG, 2010.

SOUZA, N. G. S. de. Discutindo práticas implicadas na produção do corpo. In: CAMOZZATO, V. C; CARVALHO, R. S. de; ANDRADE, P. D. (Org.). **Pedagogias Culturais: a arte de produzir modos de ser e viver na contemporaneidade**. Curitiba: Appris, 20016.

VEIGA-NETO, A. Biopolítica, Estado Moderno e Inclusão na Escola. **Cadernos IHU em formação**. São Leopoldo, Unisinos, ano 2, n.7, p. 98-101, 2006.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

ZANELLO, V.; BUKOVITZ, B. Insanity and Culture: na approach to the gender relations in the speeches of psychiatrized patients. **Labrys Études Féministes**, Bonito, n. 20-21, jul./dez. 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/1/ARTIGO\\_Insanity%20and%20culture.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/1/ARTIGO_Insanity%20and%20culture.pdf)>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ZANELLO, V.; SILVA, R. N. M. C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)>. Acesso em: 02 mai. 2018.

## **7 PRESCRIÇÃO E CONSUMO DE PSICOTRÓPICOS EM UMA COMUNIDADE RURAL DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

**RESUMO:** Estudos sobre o uso e prescrição de psicotr3picos em comunidades rurais do Brasil ainda s3o escassos. Nesse sentido, este artigo teve como objetivo realizar o levantamento do uso de psicotr3picos e benzodiazep3nicos em uma comunidade rural localizada na regi3o da Encosta da Serra, no Estado do Rio Grande do Sul, compreendendo o per3odo entre janeiro e dezembro de 2017. Foram levantadas 2818 receitas, considerando apenas medicaç3es dispensadas pela Secretaria de Sa3de da cidade atrav3s do Sistema 3nico de Sa3de (SUS). A partir disso, observou-se maior preval3ncia do uso de psicotr3picos em mulheres, corroborando assim com resultados encontrados em outras pesquisas e demonstrando uma tend3ncia na elevaç3o de diagn3sticos em sa3de mental nesta parcela da populaç3o.

**PALAVRAS-CHAVE:** Sa3de Mental. Sa3de da Populaç3o Rural. Psicotr3picos. Sistema 3nico de Sa3de. Educaç3o em Sa3de.

### **7.1 INTRODUÇ3O**

Existem poucos registros de estudos no Brasil que discutam o uso e a prescriç3o de medicaç3es psicotr3picas e benzodiazep3nicos<sup>17</sup> pela populaç3o que vive em 3rea rural. Esta tem3tica adquire significativa import3ncia uma vez que a preocupaç3o com o aumento no 3ndice de prescriç3es desta classe de medicamentos, al3m do risco de depend3ncia advindo de seu uso prolongado, configura-se como problemas relevantes no 3mbito da sa3de mental (ROZEMBERG, 1994).

Os benzodiazep3nicos foram disponibilizados no mercado a partir de 1960, possuindo um controle rigoroso de suas prescriç3es, exigindo apresentaç3o de receitu3rio especial e retenç3o da respectiva receita (NORDON et al., 2009). O mecanismo de aç3o dos benzodiazep3nicos concentra-se na atuaç3o sedativa, configurando-se como um medicamento de aç3o hipn3tica, relaxante muscular e/ou anticonvulsivante. O risco de depend3ncia 3 alto, sendo que a abstin3ncia costuma surgir em 1/3 dos usu3rios de longa duraç3o, incluindo sintomas de ins3nia e manifestaç3es f3sicas de ansiedade, depress3o, agitaç3o, espasmos musculares, delirium e at3 mesmo psicose e ataques epil3ticos (ZORZANELLI et al., 2018).

Os medicamentos psicotr3picos, atuantes no Sistema Nervoso Central (SNC), auxiliam no tratamento de indiv3duos que estejam em sofrimento ps3quico agindo sobre quest3es de ansiedade, estresse, depress3o, ins3nia, problemas sociais, entre outros. De forma semelhante

<sup>17</sup> Os Benzodiazep3nicos, classe de ansiol3ticos e hipn3ticos, costumam ser indicados para o tratamento de transtorno do p3nico, das fobias e dos quadros de agitaç3o associados a outras condiç3es psic3ticas, sendo as subst3ncias de escolha para o manejo da ansiedade e da agitaç3o aguda (JACOB, 1996).

aos benzodiazepínicos, o uso desta classe de medicamentos prevê prescrição médica em receita de controle especial, permanecendo a primeira via retida no setor de distribuição ou compra da medicação, e a segunda via sendo entregue ao paciente, contendo as informações sobre posologia (NASÁRIO; SILVA, 2016).

Diversas pesquisas retratam o uso em larga escala de psicotrópicos e benzodiazepínicos no Brasil – com exceção das áreas rurais, como já mencionado anteriormente (NORDON et al., 2009; ZORZANELLI et al., 2018; NASÁRIO; SILVA, 2016; CARLINI, 1995; VERSIANE, 2008; KAPLAN; SADOCK; GREBB, 2003; MATTIONI et al., 2005; MONTEIRO, 2008; BRÍGIDO, 2008). As regiões Sul e Sudeste possuem os maiores índices de concentração de uso, segundo Carlini (1995), alcançando taxas semelhantes às aquelas identificadas em países da Europa e dos Estados Unidos, sendo que neste último, o uso não médico de benzodiazepínicos, ou seja, o uso sem devida prescrição de um profissional autorizado, é responsável pela crescente elevação nos índices de mortalidade por overdose (ZORZANELLI et al., 2018). O aumento do uso destas medicações tem sido atribuído ao aumento de diagnósticos psiquiátricos na população, ao desenvolvimento e comercialização de novos psicofarmacológicos pela indústria farmacêutica, além das novas indicações terapêuticas de psicofarmacológicos que já se encontram em circulação (GUERRA et al., 2013).

No Brasil, a distribuição de medicação pelo Sistema Único de Saúde foi oficializada a partir da publicação da portaria n. 3.916, de 30 de outubro de 1998, através da qual instituiu-se a Política Nacional de Medicamentos, vinculada a Política Nacional de Saúde, ao Conselho Nacional de Saúde e ao Ministério da Saúde. Esta ação governamental teve como propósito garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, além de buscar promover o uso racional, o acesso aos medicamentos essenciais e instituir a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2001).

A classificação dos medicamentos considerados essenciais é realizada a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a qual engloba todos os medicamentos disponibilizados através das políticas públicas de saúde e indicados para os tratamentos e agravos que acometem a população brasileira. Além disso, a RENAME é classificada em 5 eixos: I – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Básico; II – Relação Nacional de Medicamentos do Componente Estratégico; III - Relação Nacional de Medicamentos do Componente Especializado; IV – Relação Nacional de Insumos; V – Relação Nacional de Medicamentos de Uso Hospitalar, demonstrando sua presença nas mais diferentes esferas de atendimento em saúde no país. A responsabilidade pela aquisição e fornecimento dos itens correspondentes a cada eixo da RENAME concentra-se sobre a esfera municipal de gestão



em saúde, salvo exceções dos medicamentos de responsabilidade da Secretária Estadual de Saúde ou da Esfera Federal (BRASIL, 2010).

Considerando o momento político que o Brasil vive, no qual os mais diferentes direitos da população estão sendo colocados em cheque pelo governo, ressaltamos que, ao apresentarmos e discutirmos o uso de medicações não pretendemos, em momento algum, questionar a eficácia e/ou o benefício que as pessoas encontram ao utilizar um medicamento desta classe. Dessa forma, entendendo que a distribuição de psicotrópicos de forma gratuita via SUS apresenta-se como um direito de todo cidadão brasileiro, nosso intuito, ao apresentar discussões sobre o processo de medicalização da população, é apontar e discutir condutas profissionais e de gestão que entendem o uso de medicações como a única alternativa de tratamento frente as condições de saúde mental. Assim, devemos ficar atentos aos discursos que abordam as discussões sobre a medicalização da vida utilizando-as como justificativa para realização de cortes nos repasses financeiros que garantem a distribuição de medicações através do SUS. Ter acesso às medicações é um direito do povo. Entretanto, como e em que contextos estas serão prescritas, seguirá sendo pauta de debate neste trabalho.

Segundo Diehl, Manzini e Becker (2010) as mulheres são as maiores consumidoras de medicamentos psicotrópicos no Brasil e no mundo. Em suas discussões, as autoras buscam demonstrar, entretanto, que conjuntamente ao elevado índice de prescrições de medicamentos para esta parcela da população, também seria fundamental investigar a existência de iniquidades e violências de gênero envolvida nesse processo, estando estas permeadas por relações de poder que criam e sustentam hierarquias, reforçam desigualdades e naturalizam o sofrimento de inúmeras mulheres.

No Brasil, a publicidade de medicamentos de uso controlado, como psicotrópicos e benzodiazepínicos, tem sua veiculação proibida ao público consumidor. Exatamente por isso, os laboratórios responsáveis pela fabricação destas classes de medicamentos realizam sua publicidade diretamente com os profissionais de saúde legalmente aptos a prescrever. Esta relação estabelecida entre a indústria e os profissionais vem sendo alvo de diversas críticas, as quais variam desde denúncias sobre a criação de diagnósticos a fim de favorecer o uso de determinadas medicações, até ações que tentam burlar a proibição da propaganda destes medicamentos ao público consumidor (AZIZE, 2010).

Investigando o mundo das indústrias farmacêuticas, Azize (2010) realizou uma pesquisa de imersão etnográfica no *25º Congresso Brasileiro de Psiquiatria*, ocorrido em 2007, na cidade de Porto Alegre. Através de sua experiência, o autor aponta um recorte de gênero que identificou enquanto observava as propagandas de medicamentos expostas em cada estande do

congresso. Segundo ele, todas as imagens que estavam em destaque ou mesmo aquelas impressas em folders, utilizavam como personagem principal a figura de uma mulher.

Assim, mesmo que dados epidemiológicos apresentem, por exemplo, uma proporção de depressão de 2:1 entre mulheres e homens, o que justificaria o uso da imagem feminina nos materiais de publicidade, Azize (2010) aponta para a necessidade de desconfiarmos dos números e das justificativas, uma vez que a prevalência dos diagnósticos também poderia sofrer influência da representação da biomedicina acerca do feminino.

Em um mundo onde quase 95% das pesquisas sobre medicamentos são realizadas pela indústria farmacêutica e somente 5% envolvem universidades públicas e instituições privadas, segundo relatos obtidos por Azize (2010), os jogos de poder acabam por determinar os discursos disseminados no campo da saúde mental. Sobre o indivíduo que necessita de um tratamento, deste infelizmente ainda pouco se sabe, ou, em tantas outras vezes, quase nem se busca saber.

## 7.2 METODOLOGIA

A partir da contextualização sobre o uso de psicotrópicos e benzodiazepínicos pela população em esfera nacional e mundial, além da apresentação da política de distribuição de medicamentos essenciais adotada pelo Sistema Único de Saúde no Brasil, e da importância de investigar e discutir os atravessamentos de gênero envolvidos com a proliferação de diagnósticos de saúde mental especialmente em mulheres, o respectivo trabalho teve como objetivo realizar o levantamento do uso de psicotrópicos e benzodiazepínicos pela população de Solanum<sup>18</sup> no ano de 2017.

Esta pequena comunidade está localizada na região da Encosta da Serra, no Estado do Rio Grande do Sul. Foi colonizada por imigrantes oriundos da Alemanha, por volta de 1856 e atualmente tem, aproximadamente, 6.500 habitantes (IBGE, 2014).

Na esfera da Atenção Básica à Saúde, o sistema de saúde do município conta com duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), tendo 100% de cobertura territorial. Além disso, conta com o Pronto Atendimento 24 horas, englobando os serviços de urgência, emergência e especialidades médicas, dentre elas, Psiquiatria, Ginecologia, Pediatria, Cardiologia, Urologia e Cirurgia Geral, constituindo-se como um estabelecimento 100% SUS.

Os medicamentos da classe dos psicotrópicos e benzodiazepínicos computados nesta pesquisa contemplam apenas aqueles dispensados pela Secretaria Municipal de Saúde de

<sup>18</sup> Nome fictício da comunidade em que o projeto foi realizado.

Solanum, através do Sistema Único de Saúde. Qualquer medicação adquirida através de outros meios, como por exemplo compra em farmácias privadas, não foi considerada neste trabalho.

Dessa maneira, o material coletado abrangeu a dispensação de psicotrópicos e benzodiazepínicos entre janeiro e dezembro de 2017, contemplando um total de 2837 receitas, incluindo as seguintes medicações: Diazepam (*Valium*®), Cloridrato de Fluoxetina (*Prozac*®), Cloridrato de Amitriptilina (*Tryptanol*®), Cloridrato de Clorpromazina (*Amplitl*®), Carbonato de Lítio (*Carbolitium*®), Cloridrato de Biperideno (*Akineton*®), Cloridrato de Imipramina (*Tofranil*®), Valproato de Sódio (*Depakene*®) e Haloperidol (*Haldol*®).

Do total de receitas analisadas, 13 encontravam-se ilegíveis, não sendo possível identificar o nome do profissional prescritor; 3 pacientes não possuíam cadastro sociodemográfico no prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde de Solanum; e 3 pacientes possuíam nomes semelhantes e residiam na mesma área geográfica, não sendo possível distingui-los. Dessa forma, o levantamento final foi baseado em um total de 2818 receitas.

Torna-se importante ressaltar que o levantamento das respectivas medicações ocorreu através da análise das receitas retidas pelo setor de farmácia da Secretaria Municipal de Saúde de Solanum. Para a classificação dos dados, utilizei o prontuário eletrônico da Secretaria Municipal de Saúde. Porém, apenas tive acesso aos dados sociodemográficos de cada paciente, como idade e sexo. Nenhum dado contendo os registros dos atendimentos de saúde dos participantes foi utilizado, o que dispensa a aprovação prévia do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Mesmo com esta dispensa de submissão da pesquisa ao CEP, o levantamento de dados apenas teve início após a autorização da Secretária de Saúde do Município, gestora local responsável por todas as unidades de saúde da comunidade. A partir de então, todas as análises de receitas somente foram realizadas no interior da Secretaria de Saúde, não havendo manuseio de qualquer tipo de material sem autorização prévia ou mesmo fora do alcance dos responsáveis.

A classificação dos dados foi elaborada através da organização das seguintes categorias, todas elas aplicadas individualmente sobre cada medicação analisada: sexo, idade, dose da medicação, posologia, quantidade de medicação dispensada e profissional prescritor. Neste último item, incluíam-se os seguintes profissionais: Médicos de Família e Comunidade das duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família em atividade no município; Médicos Clínicos Gerais, vinculados ao Pronto Atendimento 24 horas da cidade; Médico Psiquiatra vinculado ao serviço especializado oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde do município, também no

Ambulatório 24h; E, por último, todo e qualquer médico particular ou de convênio/plano de saúde que tenha prescrito alguma das medicações analisadas. Todas as medicações foram dispensadas à população de Solanum através do setor de Farmácia da Secretaria de Saúde da comunidade.

Após o término da classificação de todas as medicações, os dados foram tabulados e analisados, tendo sido realizada posterior elaboração de tabelas através do Microsoft Excel®. Além disso, realizou-se a apresentação dos resultados da pesquisa para as duas equipes de Estratégia de Saúde da Família em atividade no município, bem como para a Secretária de Saúde de Solanum, a fim de realizar uma devolução acerca dos resultados encontrados e discutí-los com os profissionais de saúde envolvidos.

### 7.3 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Para apresentação dos dados coletados, buscou-se categorizar cada medicação avaliada através da elaboração de uma tabela, contendo os seguintes expositores: dosagem da medicação, total de prescrições por ano, dosagem prevalente, idade mínima da prescrição, idade máxima da prescrição, média de idade, posologia, quantidade dispensada e profissional prescritor, tendo esta linha incluído Médico(a) de Família e Comunidade da ESF 1 e ESF 2, Médico(a) Clínico Geral, Médico(a) Psiquiatra e Médico(a) Particular. Todos os dados foram separados entre mulheres (F – feminino) e homens (M – masculino).

Em relação às medicações analisadas, tomou-se como base aquelas dispensadas pela Secretaria de Saúde de Solanum através do Sistema Único de Saúde e já citadas anteriormente.

**Tabela 1 – Panorama do uso de psicotrópicos em Solanum no ano de 2017**

Medicação	Sexo	Total ano	Dose	Idade mínima	Idade máxima	Média idade	Posologia	Quantidade dispensada	Profissional prescritor
<b>Diazepam (Valium®)</b>	<b>F</b>	354	10 mg	18	95	58,79	1 cp/ noite	60cps	ESF 1: 164 ESF 2: 135 CG: 20 Psiquiatra: 29 Particular: 6
	<b>M</b>	270	10 mg	28	83	56,78	1 cp/ noite	60cps	ESF 1: 87 ESF 2: 135 CG: 14 Psiquiatra: 33 Particular: 1

<b>Cloridrato de Fluoxetina (Prozac®)</b>	F	594	20 mg	14	84	50,97	1 cp/dia	60 cps	ESF 1: 262 ESF 2: 207 CG: 27 Psiquiatra: 90 Particular: 8
	M	217	20 mg	11	78	42,46	1 cp/dia	60 cps	ESF 1: 75 ESF 2: 66 CG: 6 Psiquiatra: 68 Particular: 2
<b>Cloridrato de Amitriptilina (Tryptanol®)</b>	F	509	25 mg	18	90	54,5 2	1 cp/noite	60 cps	ESF 1: 206 ESF 2: 227 CG: 39 Psiquiatra: 32 Particular: 5
	M	211	25 mg	17	83	53,8 3	1 cp/noite	60 cps	ESF 1: 94 ESF 2: 93 CG: 9 Psiquiatra: 11 Particular: 4 ESF 1: 32 ESF 2: 43
<b>Cloridrato de Imipramina (Tofranil®)</b>	F	101	25 mg	18	80	56,3 3	3 cps/dia e 1 cp/noite	60 cps	CG: 4 Psiquiatra: 22 Particular: 0 ESF 1: 9 ESF 2: 9
	M	28	25 mg	9	76	45,6 7	1 cp/dia	60 cps	CG: 0 Psiquiatra: 10 Particular: 0 ESF 1: 22 ESF 2: 20
<b>Valproato de Sódio (Depakene®)</b>	F	79	500 mg	11	74	41,2 5	3 cps/dia	60 cps	CG: 3 Psiquiatra: 30 Particular: 4 ESF 1: 6 ESF 2: 9
	M	55	500 mg	15	74	49,5 2	2 cps/dia	60 cps	CG: 3 Psiquiatra: 37 Particular: 0 ESF 1: 6 ESF 2: 6
<b>Cloridrato de Clorpromazina (Amplictil®) –</b>	F	95	25 mg	28	77	50,7 6	1 cp/noite e 2 cps/noite	60 cps	CG: 0 Psiquiatra: 83 Particular: 0 ESF 1: 10 ESF 2: 12
	M	82	100 mg	27	68	50,3 5	2 cps/noite	60 cps	CG: 0 Psiquiatra: 60 Particular: 0 ESF 1: 0 ESF 2: 23
<b>Carbonato de Lítio</b>	F	76	300 mg	18	72	42,6 8	3 cps/dia	90 cps	CG: 2 Psiquiatra: 51 Particular: 0

<b>(Carbolitium®)</b>	<b>M</b>	29	300 mg	24	66	50,8 6	3 cps/dia e 2 cps/dia	90 cps	ESF 1: 6 ESF 2: 7 CG: 0 Psiquiatra: 16 Particular: 0
	<b>F</b>	43	5 mg	29	71	44,3 7	1 cp/dia	30 cps e 60 cps	ESF 1: 2 ESF 2: 15 CG: 1 Psiquiatra: 25 Particular: 0
<b>Haloperidol (Haldol®)</b>	<b>M</b>	22	5 mg	35	79	51,4 0	2 cps/dia	60 cps	ESF 1: 1 ESF 2: 6 CG: 2 Psiquiatra: 13 Particular: 0
	<b>F</b>	21	2 mg	29	81	52,6 6	1 cp/dia	30 cps	ESF 1: 3 ESF 2: 10 CG: 0 Psiquiatra: 8 Particular: 0
<b>Cloridrato de Biperideno (Akineton®)</b>	<b>M</b>	32	2 mg	38	82	55,1 2	1 cp/dia	30 cps	ESF 1: 3 ESF 2: 9 CG: 0 Psiquiatra: 20 Particular: 0

Fonte: elaborado pelo autor.

#### 7. 4 DISCUSSÃO

A partir da apresentação dos dados coletados em Solanum, foi possível observar maior prevalência do uso de psicotrópicos por mulheres (66,43%), alcançando índices quase 2 vezes maiores do que os homens (33,57%). Resultados de prevalência semelhantes foram encontrados também em outras pesquisas (ROZEMBERG, 1994; MOURA et al., 2016; NORDON et al., 2009; CARLINI, 1995; MATTIONI et al., 2005; GRUBER; MAZON, 2014; MEZZARI; ISER, 2015).

Em Solanum, a ESF 1 é a unidade de saúde responsável pela maior prescrição de medicações para mulheres (24,73%), seguida de perto pela ESF 2 (24,34%) e de forma mais distante pelo Psiquiatra (13,13%), Clínico Geral (3,41%) e Médico Particular (0,82%). Torna-se importante ressaltar, neste caso, que as ESF's são responsáveis pelo atendimento de pacientes que vivem em territórios geográficos delimitados, ou seja, as unidades de saúde possuem responsabilidade de atendimento sobre uma determinada parcela da população da cidade. No caso de Solanum, a ESF 1 é responsável, em média, por uma área geográfica que abrange mais de 4000 pacientes, enquanto que a área da ESF 2 engloba um pouco mais de 2000 pacientes.

Dessa maneira, observa-se que mesmo que a ESF 1 tenha atingido um percentual de prescrições de psicotrópicos para mulheres mais elevado, a ESF 2 possui área de abrangência

quase 2 vezes menor quando comparada a ESF 1 e, mesmo assim, alcançou índices de prescrição muito semelhantes. Nesse sentido, estes dados poderiam apresentar-se como o reflexo de prescrições mais elevadas por parte da ESF 2 quando comparada a ESF 1, utilizando-se como parâmetro a quantidade de pacientes de responsabilidade de cada unidade.

As justificativas para a presença de maiores índices de prescrição de psicotrópicos pelas Equipes de Estratégia de Saúde da Família possuem vertentes distintas. Algumas pesquisas entendem que esta condição seria decorrente da existência de um vínculo bastante estreito entre profissionais, pacientes e suas respectivas famílias, o que possibilitaria uma maior clareza do diagnóstico e da necessidade de prescrição de uma medicação (MOURA et al., 2016).

Enquanto isso, outras pesquisas, como a de Maluf (2010), entendem o aumento da prescrição de medicações psicotrópicas, principalmente os antidepressivos para mulheres, como um processo de medicalização da subjetividade, sendo reflexo de práticas biomédicas que, a partir de seu lugar de hegemonia e controle, seguem avançando no estabelecimento de campos patológicos dentro de espaços que, até então, eram compreendidos como normais. Ou seja, criam-se cada vez mais categorias de diagnóstico que buscam classificar os sintomas, entre eles raiva, tristeza e culpa, como sinônimos da presença de uma patologia, deixando de analisar as condições sociais, políticas e econômicas que também estão envolvidas neste processo.

A medicação psicotrópica oferecida pelo Sistema Único de Saúde e mais usada pelas mulheres de Solanum foi o Cloridrato de Fluoxetina - Prozac® (21,01%), seguido pelo Cloridrato de Amitriptilina - Tryptanol® (18,06%) e o Diazepam - Valium® (12,56%). Somente o Cloridrato de Biperideno – Akineton® teve índice de uso superior nos homens (1,13%) em contrapartida às mulheres (0,74%). Estes dados também corroboram com as pesquisas sobre uso de medicações por mulheres realizadas por Diehl, Manzini e Becker (2010), em Santa Catarina e Andrade, Andrade e Santos (2004), no estado de São Paulo.

Segundo Moore (2007), na campanha de lançamento do Prozac®, em 1988, nos Estados Unidos, o discurso utilizado para estimular suas vendas previa que o medicamento poderia ser utilizado por qualquer pessoa, sendo totalmente seguro e agindo como um reanimador instantâneo. Foi assim que, em 1999, a medicação se tornou a responsável por 25% do faturamento de 10 bilhões de dólares anuais do seu laboratório, o Eli Lilly. Desde aquela época, segundo a autora, já pode-se prever porque atualmente a fluoxetina, composto químico do Prozac®, é o antidepressivo mais vendido no mundo inteiro.

Sobre as impressões dos profissionais de saúde que atuavam nas ESF's de Solanum, estas foram coletadas no momento da apresentação dos dados da pesquisa em uma reunião conjunta entre as equipes. Assim, num primeiro momento, Médicos de Família e Comunidade

ressaltaram que as medicações Diazepam (Valium®) e Cloridrato de Fluozetina (Prozac®) refletiriam um grupo de medicamentos normalmente utilizado frente a presença de sintomas de ansiedade, sofrimento e depressão na comunidade. Enquanto isso, Cloridrato de Amitriptilina (Tryptanol®) costumava ser prescrito para pacientes com dor crônica, devido a sua capacidade de atuação sobre o relaxamento dos músculos.

Ao analisar a relação médico-paciente, Carvalho e Dimenstein (2003) referem que o medicamento poderia ser compreendido como um reflexo do poder exercido pelo profissional sobre o paciente, afinal ele seria o responsável por determinar qual o melhor tratamento para cada condição clínica. Segundo as autoras, através desta relação de poder poderia se observar a presença de um processo de submissão do sujeito à figura do médico, onde sua autoridade não deveria ser questionada, principalmente se este fosse um profissional que já acompanhava o indivíduo há muito tempo. As autoras também ressaltam que, mesmo com a visão hegemônica, prescritiva e de controle do médico, não haveria como prever que o tratamento seria seguido exatamente como prescrito, sendo que casos de automedicação costumavam ser frequentes.

Outro tema discutido pelos profissionais das ESF's de Solanum relacionava-se às relações estabelecidas na comunidade e nas famílias a partir do uso de medicações psicotrópicas pelas mulheres. Segundo o entendimento dos profissionais, a mulher estaria no centro da organização familiar, colocando-se como o “esteio” da família (palavra utilizada por um dos profissionais). Dessa maneira, seu adoecimento físico e psíquico acabaria abrindo possibilidade para o adoecimento de outros familiares, tendo consequências também em toda a comunidade.

Traverso-Yepéz e Medeiros (2004) registram que, em muitos casos, a maior procura dos serviços de saúde pelas mulheres costuma ser atribuída ao papel de cuidadoras que estas ocupam em suas famílias, fazendo com que desenvolvam maior atenção aos sinais e sintomas de uma doença. Porém, Diehl, Manzini e Becker (2010) demonstram que, ao analisar as diferenças de gênero que mantêm relação com o processo de compreensão da saúde e da doença, pode-se perceber que diversas justificativas para a maior busca e adesão das mulheres aos tratamentos em saúde deixam de considerar, antes de tudo, às desigualdades e dificuldades socioeconômicas à que estas podem estar submetidas. Ou seja, além de atribuir como natural o papel de cuidadora à mulher, muitas vezes o discurso da biomedicina continua contribuindo para a perpetuação de hierarquias de poder e desigualdades de gênero.

Com relação à maior prevalência do uso de medicações em algumas faixas etárias de vida destas mulheres, os participantes discutiram possíveis associações com o aparecimento de sentimentos oriundos da Síndrome do Ninho Vazio, momento em que os(as) filhos(as) começam a ensaiar a saída da casa dos pais. A questão do aparecimento da menopausa também



foi discutida, sendo inegável, segundo os profissionais, a transformação hormonal neste período. Da mesma maneira, discutiu-se que, a partir dos 50 anos de idade, grande parte das mulheres poderia estar vivenciando um processo de reflexão sobre suas trajetórias de vida, o que, em alguns casos, poderia ser desencadeador de crises existenciais, entendidas como condizentes com este período.

Barros (1983) refere que a prescrição de medicamentos costuma adquirir um duplo papel em um atendimento: como ele é visto como uma mercadoria, sua prescrição satisfaz os interesses do mercado, ao mesmo tempo em que continua perpetuando o modelo hegemônico de atuação da medicina, principalmente através de suas práticas de controle das condutas. Dessa maneira, profissionais e pacientes teriam uma solução rápida, satisfazendo a necessidade de ambos os envolvidos.

Ainda segundo o autor, por mais que o profissional possa buscar desenvolver uma visão mais ampla sobre as questões de saúde e doença, considerando também a influência de aspectos sociais e econômicos neste processo, muitas vezes poderia continuar compreendendo a intervenção sobre as condições sociais como algo fora do seu alcance de atuação. Dessa forma, o social apareceria de uma maneira totalmente naturalizada, dando a entender que todas as mulheres, segundo Diehl (2001), vivenciavam as experiências ao longo da vida de forma semelhante, deixando de levar em conta suas subjetividades para, de uma forma reducionista, acabar medicalizando seus problemas.

Por fim, os profissionais de Solanum também destacaram a percepção do esgotamento da mulher em suas funções de “chefe de família na comunidade” (expressão de um profissional), incluindo aqui a sobrecarga física e emocional de ter de lidar com diversas atividades, como trabalho, cuidado dos filhos e cuidado da casa, sendo estas realizadas quase que concomitantemente. Entretanto, no momento em que está discussão se realizou, não foram levantadas hipóteses sobre a necessidade de buscar estratégias que pudessem ultrapassar, ao menos em partes, o uso de medicações como principal via de tratamento destas mulheres.

Através disso, percebe-se que as causas para as altas taxas de uso de medicações em Solanum podem envolver, por vezes, aspectos sociais e culturais mais profundos que afetam a vida e a saúde das mulheres, englobando desde problemas familiares, condições de trabalho insalubres, desigualdades de direitos, dificuldade econômicas e violências e opressões de gênero.

Assim como já diziam Diehl, Manzini e Becker (2010, p. 360), “o processo saúde-doença não é um evento biológico universal como propõe a biomedicina e suas intervenções”, demonstrando a necessidade de tomar cuidado com o uso de concepções naturalizantes como

justificativa para o alto índice de uso de psicotrópicos pela população. Deve-se investigar, antes de tudo, o contexto social, político, econômico, histórico e de relações de gênero à que tantas mulheres estão expostas, buscando descentralizar das mesmas a responsabilidade (e porque não dizer a culpa) sobre seus processos de adoecimento.

## 7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou retratar os índices de uso e prescrição de psicotrópicos na cidade de Solanum, abrangendo o período de janeiro a dezembro de 2017, englobando somente medicações oferecidas pelo Sistema Único de Saúde, através da Secretaria Municipal de Saúde da comunidade.

Em Solanum, observou-se maior prevalência do uso de psicotrópicos em mulheres o que, além de corroborar com o resultado de outras pesquisas aqui apresentadas e discutidas, reafirmou também um processo de feminização do adoecimento mental no Brasil (IBGE, 2013) e em escala mundial, uma vez que a OMS, ao apresentar suas estimativas globais de saúde em 2015, elencou a depressão como a doença mais incapacitante de todo o mundo, atingindo principalmente às mulheres.

Sobre a prevalência do uso de psicotrópicos por mulheres na comunidade, há diversos fatores que podem exercer interferências sobre este fato: desde resultados de pesquisas que apontam a maior preocupação das mesmas com questões de saúde, maior procura por assistência médica e mais facilidade em descrever seus sintomas<sup>2</sup>, até mesmo estudos que identificam as mulheres como mais vulneráveis e suscetíveis ao desenvolvimento de transtornos mentais, considerando a implicação de questões históricas, sociais, políticas e econômicas que atuam sobre o significado de ser mulher na contemporaneidade (CARVALHO; DIMENSTEIN, 2003).

Nesse sentido, ao identificarmos que Solanum alcançou a prescrição de 2818 receitas de psicotrópicos e benzodiazepínicos no ano de 2017, englobando aqui somente aquelas dispensadas pela Secretaria de Saúde, talvez possa ser possível considerar que, tanto profissionais quanto pacientes, em grande parte, compreendem que para alcançar a remissão de sintomas em um tratamento de saúde mental, devem fazer uso de algum tipo de medicação.

Ressalta-se que os dados utilizados neste estudo devem ser classificados como subestimados, afinal não puderam considerar a parcela da população que realizava a compra de suas medicações em farmácias privadas. A partir disso, talvez seja possível afirmar que, em um período de um ano, quase metade da população de Solanum pode ter feito uso de algum tipo de

medicação. Dessa maneira, torna-se evidente a necessidade de aprofundar a investigação sobre os aspectos sociais e culturais que poderiam estar permanecendo encobertos a partir da prescrição e do uso destes psicotrópicos na comunidade.

De forma semelhante, outro dado apontado neste estudo diz respeito a escassez de trabalhos acadêmicos abordando a prescrição e o uso de psicotrópicos em comunidades rurais. Nesse sentido, este trabalho não pretendeu esgotar as análises sobre a temática, ressaltando a importância de continuar investindo em pesquisas através das quais seja possível pensar e discutir, por exemplo, o desenvolvimento de novas políticas públicas de cuidado para esta parcela da população.

## 7.6 REFERÊNCIAS

ANDRADE, M. F.; ANDRADE, R. C.; SANTOS, V. Prescrição de psicotrópicos: avaliação das Informações contidas em receitas e notificações. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 471-479, dez. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322004000400004&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-93322004000400004&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 12 ago. 2018.

AZIZE, R. Notas de um “não-prescritor”: uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, Saúde e Aflição**: abordagens antropológicas. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

BARROS, M. **Saúde e classe social**: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. Ribeirão Preto: USP, 1983. 190 f. Tese (Doutorado em Medicina Social) - Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, USP, Ribeirão Preto, 1983. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=77015&indexSearch=ID>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Departamento de Formulação de Políticas de Saúde; 2001. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>. Acesso em: 12 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME**. Brasília: Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos; 2010. Disponível em: <<http://portal.arquivos2.sau.gov.br/images/pdf/2018/novembro/23/17-0407M-RENAME-2018.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2018.

BRÍGIDO, A. A. **Prevalência do Consumo de Substâncias Psicotrópicas por Adolescentes de uma escola de Criciúma – SC**. Santa Catarina: Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2008. 44 f. Monografia (Pós-Graduação em Saúde Mental). Curso de Pós-Graduação especialização em Saúde Mental, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Santa Catarina,

2008. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/13109186-Prevalencia-do-consumo-de-substancias-psicotropicas-por-adolescentes-de-uma-escola-de-criciuma-sc.html>>. Acesso em: 13 set. 2018.

CARLINI, E. L. A. **Medicamentos, drogas e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. A mulher, seu médico e o psicotrópico: redes de interfaces e a produção de subjetividade nos serviços de saúde. **Interações**, São Paulo, v.8, n. 15, p.37-64, jun. 2003. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072003000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072003000100003)>. Acesso em: 02 out. 2018.

DIEHL, E. E.; MANZINI, F.; BECKER, M. “A minha melhor amiga se chama Fluoxetina”: consumo e percepções de antidepressivos entre usuários de um centro de atenção básica à saúde. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

DIEHL, E. E. **Entendimentos, Práticas e Contextos Sociopolíticos de uso de medicamentos entre os Kaingáng** (Terra indígena Xepecó, Santa Catarina, Brasil). Rio de Janeiro, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2001. 230 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2001. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/4557>>. Acesso em: 19 nov. 2018.

GUERRA, C. C. M. et al. Perfil epidemiológico e prevalência do uso de psicofármacos em uma unidade referência para saúde mental. **Revista de Enfermagem UFPE**, Recife, v. 7, n. 6, p. 444-451, jun. 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11685/13873>>. Acesso em: 01 out. 2018.

GRUBER, J.; MAZON, L. M. A prevalência na utilização de medicamentos psicotrópicos no município de Mafra: um estudo retrospectivo. **Saúde e Meio ambiente: revista interdisciplinar**, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 44-50, 2014. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/534>>. Acesso em: 17 set. 2018.

IBGE. **Cidades@**. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/cxc>>. Acesso: 02 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. **Depressão**. Pesquisa nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde; 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2018.

JACOB, L. S. **Farmacologia**. 4. ed. Baltimore, USA: Willams & Wilkins, 1996.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

MALUF, S. Gênero, Saúde e Aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: \_\_\_\_\_.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, Saúde e Aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas, 2010.

MATTIONI, L. T. et al. Prevalência no uso de benzodiazepínicos em uma população assistida por Programa de Saúde da Família. **Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 5, n. 8, p. 43-50, 2005.

Disponível em: <<https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1361>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

MEZZARI, R.; ISER, B. P. M. Desafios na prescrição de benzodiazepínicos em unidades básicas de saúde. **Revista da AMIRGS**, Porto Alegre, v. 59, n. 3, p. 198-203, 2015. Disponível em: <[http://www.amrigrs.org.br/revista/5903/07\\_1507\\_Revista%20AMRIGS.pdf](http://www.amrigrs.org.br/revista/5903/07_1507_Revista%20AMRIGS.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2018.

MONTEIRO, V. F. F. **Perfil dos Medicamentos Ansiolíticos Atendidos na Farmácia Municipal de Campo dos Goyatacazes – RJ no ano de 2008**. Rio de Janeiro: Faculdade de Medicina de Campos, 2008. 18 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina de Campos, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.fmc.br/tcc25.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

MOORE, A. Felicidade na dose certa? **Carta Capital**, São Paulo, especial, ano XIII, n. 445, p. 8-13, mai. 2007.

MOURA, D. C. N. et al. Uso abusivo de psicotrópicos pela demanda da Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Sanare**, Ceará, v. 15, n. 2, p. 136-144, jan. 2016. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1048>>. Acesso em: 15 out. 2018.

NASÁRIO, M.; SILVA, M. M. **O consumo excessivo de medicamentos psicotrópicos na atualidade**. Santa Catarina, Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí –UNIDAVI, 2016. 14 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação de Saúde Mental e Atenção Psicossocial (*Lato Sensu*)) - Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí –UNIDAVI, 2016; Santa Catarina, SC, Brasil. Disponível em: <<http://www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Marcela-Nasario.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

NORDON, D. G et al. Características do uso de benzodiazepínicos por mulheres que buscavam tratamento na Atenção Primária. **Revista de Psiquiatria do RS**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 152-158, set./dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-81082009000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082009000300004)>. Acesso em: 03 set. 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo**. Brasil, 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de-pessoas/>>. Acesso em: 01 out. 2018.

ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o “problema de nervos” entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 28, n. 4, p. 300-308, ago. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v28n4/10.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2018.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.; MEDEIROS, L. F. Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. **Revista Interações**, São Paulo, v. 9, n. 18, p. 87-108, dez. 2004. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-29072004000200006](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000200006)>. Acesso em: 10 nov. 2018.

VERSIANE, M. Ansiolíticos & Tranquilizantes. **PsiqueWeb**. 2008. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=212>>. Acesso em: 25 out. 2018.

ZORZANELLI, R. T et al. Consumo do benzodiazepínico Clonazepam (Rivotril®) no Estado do Rio de Janeiro 2009-2013: Um estudo ecológico. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, periódico na internet, 2018. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/consumo-do-benzodiazepinico-clonazepam-rivotril-no-estado-do-rio-de-janeiro-20092013-estudo-ecologico/16563?id=16563>>. Acesso em: 18 set. 2018.

## 8 RETRATOS DA DEPRESSÃO: DIAGNÓSTICO, MULHERES E RELAÇÕES DE PODER

**RESUMO:** Dados epidemiológicos em saúde mental vêm apontando a maior prevalência de diagnósticos de ansiedade e depressão em mulheres. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo investigar a construção do diagnóstico de depressão em uma pequena comunidade localizada na região da Encosta da Serra no Rio Grande do Sul. Como universo empírico, participaram desta pesquisa 17 mulheres, assim autodeclaradas, com 18 anos ou mais, pacientes de uma das Equipes de Estratégia de Saúde da Família da comunidade e diagnosticadas com depressão. Metodologicamente, ela se constituiu como um estudo de caso que lançou mão de ferramentas etnográficas, entre elas a entrevista semiestruturada, a observação participante e o Diário de Campo. Todos os materiais coletados foram utilizados no momento da análise dos dados, criando-se as seguintes categorias de discussão: O corpo como depósito de sintomas; O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas; O valor do trabalho e o controle dos corpos; Experiências singulares para além do DSM; Estar mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família; Morar no campo: entre o imaginário e o “real”; Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde e concepções sobre saúde mental, mulheres e cuidado. Dessa maneira, considerando que as ações de Promoção da Saúde dos profissionais da Atenção Básica se constituíam como práticas educativas que ensinavam aos pacientes atendidos conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo, percebeu-se que a construção do diagnóstico de depressão em Solanum perpassava a esfera da gestão de saúde, da relação entre profissionais e pacientes, da organização do trabalho na comunidade e das relações familiares e conjugais, influenciando a própria percepção que as mulheres desenvolviam sobre seu diagnóstico, além de invisibilizar inúmeras experiências de violência e opressões de gênero à que estavam expostas.

**Palavras-chave:** Depressão. Mulheres. Atenção Básica. Educação em Saúde.

### 8.1 RETRATOS DA DEPRESSÃO: VIVÊNCIAS DA PESQUISA

Talvez nenhum artigo desta dissertação possa ser capaz de expressar a quantidade de experiências que vivi ao longo destes dois anos de pesquisa. Para mim, o mestrado não aconteceu só na universidade, muito menos em disciplinas ou eventos. Ele foi se construindo a partir da intersecção entre constructos teóricos e experiências cotidianas da vida.

A bagagem teórica que adquiri neste processo poderá ser, até certo ponto, mensurada através da avaliação das minhas escritas, discussões e articulações apresentadas nesta dissertação. Agora, tudo que ouvi, senti, compartilhei, guardei, todos os medos, todos os sonhos, todas as alegrias e todas as tristezas, essas são, em última instância, maravilhosas particularidades que este trabalho me proporcionou.

Dessa maneira, o último artigo desta dissertação representa a união de todos os esforços dispensados para realização deste trabalho. Fala do que foi ouvido, visto, compartilhado. Mostra o que pode ser investigado e o que teve que continuar em silêncio. Fala da minha experiência

nestes dois últimos anos, assim como retrata tantas outras vidas compartilhadas em minhas entrevistas, visitas e chimarrões. Ele é, assim como tento demonstrar no título desta dissertação, um retrato da depressão em Solanum. Uma ousadia, sem dúvida alguma.

Dessa maneira, este artigo é produto da análise de todos os materiais coletados ao longo da pesquisa, a saber, dados oriundos das entrevistas semiestruturadas, das observações participantes e do Diário de Campo. Para que sua construção fosse possível, os dados foram distribuídos em categorias de análise mantendo os critérios metodológicos já discutidos neste trabalho através da sessão 5 – Percursos Metodológicos, os quais serão brevemente rerepresentados nas próximas páginas.

Tenho consciência de que minha caminhada de estudos ainda é longa, considerando principalmente a riqueza e a complexidade de trabalhos como os de Michel Foucault, um dos principais autores que norteou as discussões desta dissertação. Assim, sem qualquer pretensão de afirmar-me como alguém que detém conhecimentos suficientes nesta temática, neste artigo ensaio as primeiras tentativas mais densas e complexas de interlocução entre a bagagem teórica e as experiências de pesquisa à que tive acesso nestes últimos vinte e quatro meses.

Neste período a vida, mesmo que às vezes difícil, também soube ser muito generosa. Torço apenas para que eu tenha tido o discernimento necessário frente às oportunidades que recebi, principalmente considerando toda a confiança que cada participante deste estudo depositou em mim.

## 8.2 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL E MULHERES

Atualmente, no Brasil, as políticas de saúde mental estão pautadas sobre os pressupostos delimitados pelo movimento mundialmente conhecido como Reforma Psiquiátrica. Nas Américas, suas reivindicações tiveram início em 1990, através da Declaração de Caracas. Este documento buscava elencar limitações e incongruências nas estratégias utilizadas pela assistência psiquiátrica convencional, entendendo que estas não promoveriam um atendimento comunitário, integral e contínuo aos pacientes. Além disso, apresentava também denúncias acerca do isolamento do doente institucionalizado, aspecto que impedia sua interação completa com o meio social, demonstrando as condições desfavoráveis de internação que atentavam contra os direitos civis e humanos do indivíduo (OMS, 1990).

Especificamente no Brasil, a Reforma Psiquiátrica teve início por volta dos anos 70 e se tornou política oficial a partir da Lei Paulo Delgado, aprovada em 6 de abril de 2001, sendo registrada como lei 10.216. Esta lei determina que os hospitais psiquiátricos sejam



gradativamente fechados até a sua total extinção, prevendo sua substituição por uma rede integrada de cuidados em saúde composta por vários serviços assistenciais, como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, centros de convivência, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), atendimentos de saúde mental nas unidades básicas de saúde, entre tantos outros (BRASIL, 2001).

Considerando o âmbito estadual, no Rio Grande do Sul a Lei 9.716 definiu os pressupostos da reforma psiquiátrica, tendo sido estipulada em 07 de agosto de 1992, quase dez anos antes da Lei Nacional, fazendo com que o estado seja considerado um pioneiro na aprovação desse tipo de legislação, configurando-se também como o detentor do maior número de CAPS por estado no Brasil. Porém, vale ressaltar que enquanto a região sul do estado teve experiências inéditas e positivas frente à desinstitucionalização, a metade norte ainda apresenta sérias carências frente às ações de prevenção e intervenção em saúde mental (RIO GRANDE DO SUL, 1992).

Entretanto, mesmo alcançando status de Lei Federal e Estadual, o processo da Reforma Psiquiátrica ainda não alcançou plena aceitação por toda a população do país. Muitos brasileiros consideram que o fechamento de hospitais psiquiátricos implicaria em um aumento do sofrimento da família do paciente com algum transtorno mental, afinal os cuidados do mesmo ficariam sob a responsabilidade dos familiares, sendo que os mais pobres não poderiam arcar com os custos de internações em setores privados de atendimento, caso fosse necessário (BATISTA, 2012).

Todavia, vale ressaltar que a reforma psiquiátrica não almeja apenas desativar hospitais psiquiátricos, muito menos desconsiderar a existência da doença mental e da possibilidade de experiências de sobrecarga e sofrimento para os familiares envolvidos. Ela busca, antes de tudo, desestruturar a posição ocupada pela instituição psiquiátrica com suas propostas de funcionamento, as quais por extensos períodos mantiveram o controle e a segregação da vida dos indivíduos, criando e reforçando discursos que associavam suas imagens à loucura, periculosidade e exclusão. Dessa maneira, a partir da Reforma Psiquiátrica, caso exista a necessidade de uma internação ela continuará disponível à população, porém, não será mais entendida como a primeira opção de tratamento (BATISTA, 2012).

### **8.2.1 Caminhos históricos da construção da Política Nacional de Saúde Mental**

O princípio de elaboração de uma Política Nacional de Saúde Mental em nosso país mantém relação com as reformas sanitárias que eclodiram na década de 70, as quais

reivindicavam mudanças na organização da gestão e das práticas de atenção à saúde que vigoravam até aquele momento no Brasil. A partir disso, surgiu em 1978 o Movimento do Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este grupo era formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, por familiares de pacientes com transtornos mentais, sindicalistas e pessoas com largo histórico de internações psiquiátricas, os quais buscavam, através de suas lutas, denunciar os maus tratos e as inúmeras situações de violência que ocorriam dentro dos manicômios, além de questionar e criticar a hegemonia de uma rede privada de assistência e o saber médico psiquiátrico, focado exclusivamente em uma proposta de atendimento hospitalocêntrica (BRASIL, 2005).

Através de todas as lutas do movimento, em 1987 foi realizado o primeiro Congresso Nacional de Saúde Mental, no Rio de Janeiro. Alguns anos depois, em 1989, o deputado Paulo Delgado (PT/MG) deu entrada no Congresso Nacional à um Projeto de Lei que previa a regulamentação dos direitos da pessoa com transtorno mental e a extinção progressiva dos manicômios no Brasil. Neste período, o sistema Único de Saúde (SUS), também já havia sido aprovado, em 1988 (BRASIL, 2005).

Foi também através deste Projeto de Lei do deputado que diversos movimentos sociais conseguiram aprovar em seus estados as primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos de hospitais psiquiátricos por uma rede integrada de cuidados em saúde mental, isso já no ano de 1992. Em conjunto com todos estes movimentos, aliado também a assinatura da Declaração de Caracas em 1990 e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, é que as Políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde começaram a tomar forma no país. Dessa maneira, através de leis federais, foram instituídas as primeiras experiências dos Centros de Atenção Psicossocial, Hospitais-dia e dos núcleos de atenção psicossocial (NAPS) no Brasil. Entretanto, não haviam sido delimitadas linhas de financiamento específicas para os serviços, sendo que neste período 93% dos recursos do Ministérios da Saúde ainda continuavam sendo destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Foi somente em 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, que a Lei Paulo Delgado recebeu aprovação, sendo então sancionada no país. A partir daí, linhas de financiamento foram criadas pelo Ministério da Saúde, estando direcionadas aos serviços que buscavam substituir a função até então ocupada pelo hospital psiquiátrico, além da introdução de mecanismos de fiscalização das instituições, contribuindo para a expansão e para a consolidação de uma rede de atenção à saúde mental, instituindo a Reforma Psiquiátrica como uma política pública do governo federal brasileiro (BRASIL, 2005).

Atualmente, “a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) compreende as estratégias e diretrizes adotadas pelo país com o objetivo de organizar a assistência às pessoas com necessidades de tratamentos e cuidados específicos em Saúde Mental.” (BRASIL, 2017, n.p). Ainda segundo a PNSM, baseando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), buscase estabelecer uma rede de serviços aos usuários que alcance uma assistência integral, denominada de Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), englobando desde às demandas mais simples até aquelas mais complexas, sendo que todas as abordagens e condutas devem ser baseadas em evidências científicas. A partir disso, esta política busca “promover uma maior integração social, fortalecer a autonomia, o protagonismo e a participação social do indivíduo que apresenta transtorno mental.” (BRASIL, 2017, n.p).

Dessa maneira, a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil atualmente é formada por: Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em suas diferentes modalidades, Serviço Residencial Terapêutico (SRT), Unidade de Acolhimento (adulto e infanto-juvenil), Enfermarias especializadas em Hospitais Gerais, Hospital Psiquiátrico, Hospital-dia, Atenção Básica, através das Equipes de Estratégia de Saúde da Família, Urgência e Emergência, Comunidades Terapêuticas e Ambulatórios Multiprofissionais de Saúde Mental (BRASIL, 2017).

### **8.2.2 Mulheres, Gênero e a Política Nacional de Saúde Mental**

Após a apresentação de alguns aspectos históricos que contribuíram para o desenvolvimento das políticas de saúde mental no Brasil, torna-se importante para esta pesquisa investigar qual o papel ocupado pelas mulheres nestas políticas e quais os tipos de ação em saúde que lhe são destinados.

Buscando discutir o aumento da lista de transtornos mentais elencados pelo DSM-5 em sua última versão (APA, 2014), juntamente com a expansão do poder exercido pela biomedicina, e com a utilização de terapêuticas medicamentosas que prometem oferecer alívio ao sofrimento da população, geralmente impulsionadas pelo expressivo crescimento da indústria farmacêutica, Maluf (2010) nos apresenta algumas particularidades que mantêm relação com o processo de desinstitucionalização da saúde mental, ocorrido no Brasil através da Reforma Psiquiátrica.

Segundo a autora, ao discutir os trabalhos de Aguiar (2004), Cardoso (1999) e Russo (2004), atualmente aquilo que vem sendo descrito como o campo da saúde mental no Brasil têm evidenciado três situações distintas: Em primeiro lugar, observa-se a passagem de um modelo de atendimento estritamente manicomial para uma organização do cuidado em uma

esfera ambulatorial, fazendo com que a psiquiatria passe a ser exercida em instituições públicas, além de delegar a atenção à saúde mental também para outras especialidades. Em segundo lugar, no final dos anos 70, inicia-se um processo de biologização da própria psiquiatria, consolidado principalmente através da publicação do DSM III, passando a se utilizar uma compreensão das doenças mentais como condições universais e substituindo a relação terapêutica entre profissional-paciente por um controle medicamentoso dos sintomas. Por fim, em terceiro lugar, percebe-se a disseminação do uso de psicofarmacos de todos os tipos, especialmente os antidepressivos pelas mulheres, deixando seu uso, porém, de estar restrito às classes médias e altas, sendo cada vez mais utilizado também por mulheres das classes populares e indígenas (MALUF, 2010).

Nesse sentido, Andrade (2014) refere que o processo da Reforma Psiquiátrica e suas implicações na criação de novas formas de assistência em saúde mental estão significativamente demarcadas pela dimensão de gênero. Neste contexto, segundo a autora, “o gênero se desdobra em práticas e discursos que reproduzem hierarquias, reforçam desigualdades e assimetrias, naturalizando o sofrimento das mulheres.” (p. 64). Dessa forma, os dados epidemiológicos que atualmente tem apontado para uma maior prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres manteriam relação com uma visão biologizante do sofrimento feminino, contribuindo para uma construção social de um discurso de vulnerabilidade ou mesmo propagando a existência de uma natureza feminina do sofrimento.

É exatamente a partir da existência de um discurso socialmente construído acerca do sofrimento das mulheres que Maluf (2010) nos mostra a importância de atentarmos para o fato de que uma política de saúde mental não é representada apenas por suas diretrizes estabelecidas legalmente. Ela também é um reflexo de todas as ações em saúde realizadas pelos próprios profissionais. Dessa maneira, a dimensão local de aplicação de uma política pública, segundo a autora, será permeada pelas especificidades de cada contexto, fazendo com que as estratégias de cuidado adotadas pelos envolvidos sejam bastante diversificadas. Contudo, em grande parte dos casos, percebe-se um desconhecimento por parte dos profissionais das políticas de saúde, englobando aqui desde aquelas de responsabilidade da esfera federal até mesmo aquelas centralizadas no âmbito estadual e municipal, quadro que se agrava ainda mais quando se considera as políticas de saúde mental para mulheres.

Observa-se assim que o desenvolvimento de uma perspectiva crítica de gênero nas políticas de saúde da mulher, citando aqui especialmente aquelas relacionadas ao campo da saúde mental, deveria buscar exercer um questionamento sobre as práticas que reforçam as diferenças sexuais e propagam discursos naturalizantes acerca do sofrimento feminino. Para

que isso seja possível, além de mudanças nos textos governamentais, também seria necessário questionar o processo de formação dos profissionais de saúde e dos próprios saberes biomédicos, os quais estão “historicamente comprometidos com a reprodução da diferença e da desigualdade.” (MALUF, 2010, p. 37).

### 8.3 TRAÇADOS METODOLÓGICOS DE PESQUISA E ANÁLISE

Esta pesquisa foi realizada com 17 mulheres, assim autodeclaradas, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão, moradoras da comunidade de Solanum, pequeno município localizado na encosta da Serra, colonizado por imigrantes alemães por volta de 1853. Nesta comunidade, a Equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol foi escolhida como campo de pesquisa, sendo que os profissionais que lá atuavam indicaram todas as mulheres participantes deste estudo.

Como ferramenta de coleta de dados, aplicou-se uma entrevista semiestruturada com todos os participantes, sendo esta realizada de forma individual com as mulheres e em formato coletivo com a equipe da ESF. Todas as entrevistas foram gravadas com auxílio de um gravador de áudio e posteriormente transcritas, sendo que cada participante recebeu uma cópia de sua entrevista em formato impresso ou via e-mail. Também elaborou-se um Diário de Campo, contendo todas as informações coletadas ao longo das observações participantes realizadas na ESF Girassol, tendo início em agosto de 2017 e se encerrando em junho de 2018.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS, através do CAAE 69593617.6.0000.5347. Todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de iniciarem sua participação na pesquisa, assim como todos os nomes aqui utilizados, seja de instituições públicas ou de pessoas, foram fictícios, respeitando as premissas éticas de sigilo e confidencialidade.

Após a transcrição dos áudios das entrevistas e da leitura exaustiva das duzentas e sessenta e cinco páginas de material obtido, em conjunto com às articulações de todo material proveniente das observações participantes e de registros do Diário de Campo, foram elencadas sete categorias de análise, sendo elas: *O corpo como depósito de sintomas; O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas; O valor do trabalho e o controle dos corpos; Experiências singulares para além do DSM; Estar mulher em Solanum: corpo, cuidado, trabalho e família; Morar no campo: entre o imaginário e o “real”; Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde e concepções sobre*

*saúde mental, mulheres e cuidado*. A seguir, cada categoria será apresentada, analisada e discutida individualmente.

## 8.4 A BAGAGEM DA PESQUISA: APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

### 8.4.1 O corpo como depósito de sintomas

Só mesmo rejeita, bem conhecida receita, quem  
não sem dores aceita que tudo deve mudar.  
(*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

Receber o diagnóstico de depressão, em Solanum, manteve ampla relação com a manifestação de sintomas físicos no corpo das mulheres. Em grande parte de suas narrativas<sup>19</sup>, as participantes recontavam seus caminhos de peregrinação entre diversos profissionais buscando a causa orgânica para os sintomas físicos que apresentavam, incluindo aqui a realização dos mais diferentes tipos de exames, todos os quais, na grande maioria dos casos, sem qualquer resultado que pudesse justificar o que sentiam.

Porque os sintomas que eu ganhei da doença, tipo, convulsão, mal-estar, tontura, enjoo, dor de cabeça, sabe, que nem a fibromialgia também vem disso né, as dores crônicas que eu sentia [...]. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Eu acho que eu já tenho depressão 20 anos! Porque pelo que eu me lembro assim, como é uma depressão, eu acho que há 20 anos eu tenho depressão. Que eu não sabia. Que eu achava que era tudo normal. Aquelas crises que eu ganhava de enxaqueca, dor de cabeça, eu só ganhava quando eu tava explodindo, sabe? Chegava uma hora que vinha pra fora. Aí eu vomitava, tinha dor de cabeça, dor na nuca, não conseguia mais nem olhar, mas era tudo, isso era consequência da depressão. E eu tinha isso muitas vezes. Não faz ideia quantas vezes eu ficava no soro, era só soro, soro, soro, 3, 4 vezes por semana. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Eu imagino que isso se acumulou e de uma hora pra outra eu, meu corpo não aguentou mais, daí veio a depressão. Sabe, eu acumulei tudo, eu chorava, eu chorava muito, que eu fazia mais era chorar. Eu chorava, daí me aliviava, mas não é que passava aquela sensação sabe, mas aliviava um pouco. Eu fui levando isso no longo da minha vida, até que um dia o corpo não aguentou mais e ele teve uma reação. [...] eu sentia tontura e, que nem eu disse, tontura, choro, eu desmaiava, eu passava muito mal. (Fonte:

<sup>19</sup> Por narrativa entendemos que “cada pessoa encontra-se já imersa em estruturas narrativas que lhe preexistem e em função das quais constrói e organiza de um modo particular a sua experiência, impõe-lhe um significado. Por isso, a narrativa não é o lugar da irrupção da subjetividade, da experiência de si, mas a modalidade discursiva que tanto estabelece a posição do sujeito que fala (o narrador), quanto as regras de sua própria inserção no interior de uma trama (o personagem) [...]”. (LARROSA, 1994, p. 70).

entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

No início eu sempre passava mal, mas daí o médico não falou logo, mas daí quando eu sempre tava mal, me levaram pro hospital, daí o médico falou que eu tinha que ir pro psicólogo. [...] quando eu via, o pior era sempre em segundas, quando eu via aquele tumulto de pessoas, eu começava a tremer, me sentia fraca, parecia que eu ia pra trás. Eu tinha que me encostar na mesa, porque eu me sentia insegura, daí eu ia, parecia que eu tinha, que eu ia pra trás, que eu perdia a força. (Fonte: entrevista com Gabriela, 35 anos, há 18 anos diagnosticada com depressão pela Médica Psiquiatra da rede de saúde pública da comunidade).

- É, eu até tinha medo que eu tinha problema no coração, eu falei isso pro F. (médico). Daí ele disse que eu era pra fazer um eletro (eletrocardiograma), daí o enfermeiro ele fez, mas não deu nada. Ele disse que isso era puro nervo. Deu tudo normal.

Pesquisadora: - Tu tinha a sensação que teu coração batia diferente?

Janete: - Sim, bem ligeiro assim, e era sempre nas horas quando eu ficava nervosa, sabe? Às vezes tu via o crachá pulando, até as mulheres se apavoraram. [...]. Suava, muito, muito, muito! Nas mãos, embaixo dos braços e nas costas. (Fonte: entrevista com Janete, 40 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade)

O médico chega, conversa com as participantes perguntando como estão e aquela que havia referido, momentos antes, o desejo de morrer, responde: -meu corpo dói inteiro. Calmamente o médico inicia a aplicação das agulhas, demonstrando acolhimento em seu olhar. A sala fica em silêncio total e ao fundo toca uma música leve, que acalma. Neste momento, enquanto o médico aplica as agulhas, percebo quanta dor existe em cada uma daquelas mulheres. Fico pensando em como a vida, por vezes, é dura com as pessoas e imagino que momentos e histórias cada uma delas viveu até chegar aqui. A dor do corpo parece devastá-las. Duas participantes choram após a aplicação das agulhas e uma delas teve de ser retirada da sala e levada para um quarto: a dor foi insuportável. Após a aplicação de todas as agulhas, o médico sai e apaga a luz. Ficamos todas em silêncio e a dor, se antes já era visível, escancarase. (Fonte: Recorte do Registro do Diário de Campo feito pela pesquisadora após a primeira observação no grupo de acupuntura da Unidade de Saúde, em Maio de 2017).

A linguagem do sofrimento, segundo Helman (2009), costuma apresentar manifestações diferentes entre as culturas e os grupos sociais, até mesmo em indivíduos de uma mesma família, fazendo com que cada membro apresente uma forma particular de comunicar o seu sofrimento aos outros. O autor defende que as manifestações e as respostas dadas para certas expressões de dor, por exemplo, serão valorizadas ou discriminadas porque suas interpretações estarão baseadas em comportamentos culturalmente aprendidos como aceitáveis, ou não, frente a uma determinada condição.

Em Solanum, foi possível perceber que a manifestação de sintomas físicos auxiliava na validação de uma doença, afinal, existiria a possibilidade de que estes fossem justificados através de exames laboratoriais ou de imagem. Em contrapartida, a presença exclusiva de sintomas emocionais, os quais não poderiam ser mensurados por estas modalidades de exames, acabavam sendo alvo de questionamentos acerca da sua veracidade, gerando comportamentos preconceituosos tanto por parte da família quanto por parte de membros da comunidade.

Helman (2009) refere que a dor crônica pode manter ligação íntima com problemas sociais e psicológicos como, por exemplo, relações interpessoais conturbadas, sendo que em muitas famílias ou grupos sociais sua manifestação apresenta-se como uma das únicas maneiras de sinalizar o sofrimento, independentemente de suas causas. Além disso, considerando a manifestação dos sintomas de depressão, a psiquiatria ocidental basicamente mantém seu foco, segundo Patel (2001), sobre as alterações do humor presentes no diagnóstico, como sentimentos de tristeza e impotência. Porém, a apresentação clínica mais comum da doença, segundo o autor, pode ser representada através da presença de um conjunto de sintomas somáticos, como cansaço, fraqueza, dores múltiplas, palpitações e alterações do sono, demonstrando a necessidade de compreender a depressão de uma maneira holística.

Silveira (2000) entende que a presença de sintomas físicos sem causas orgânicas aparentes pode ser comparada ao processo de somatização, alcançando repercussões também nos profissionais de saúde. Segundo a autora, pacientes que costumam apresentar seu sofrimento através de sintomas no corpo podem vivenciar experiências de preconceito ao buscar atendimentos de saúde, principalmente devido ao desconhecimento dos profissionais. Entretanto, nos relatos encontrados nesta pesquisa, pode-se perceber uma tentativa de compreensão destes aspectos pelos profissionais da ESF Girassol.

Tem uma coisa ainda antes de terminar, que eu queira, que eu acho que vale a pena levantar assim. A minha percepção, e acho que tu foi muito sensível nisso né e te parabeno (fala olhando para mim). Acho que muitas vezes as pessoas vinham por uma queixa, às vezes específica, e se eu conseguia elucidar tinha uma agenda oculta por trás que era uma questão de saúde emocional, que às vezes até a própria pessoa, e aí eu tô falando de mulheres, não tinham se dado conta. E na minha percepção aqui 90% dos encontros são questões de saúde mental, por isso eu falei da cultura do medo, a gente vive uma cultura do medo e às vezes a saúde mental se manifesta por algum medo, às vezes a dor é um medo que tá travado em algum lugar, de uma forma ou de outra né. Mesmo quando é por movimentos repetitivos que a pessoa tem dor: - Ah, é uma dor bem objetiva! Mas é porque ela tem medo de reclamar que aquela dor tá ruim, porque ela tem medo de ser demitida, então o medo ele corporifica na pessoa né? (Fonte: entrevista com profissional A).

Às vezes a gente né, eu saía do acolhimento e sabe eu dizia: esse caso tem alguma coisa que eu não consegui acessar né, mas tem alguma coisa a mais né, que eu já assinalava pro doutor que eu acho que teria que aprofundar né, porque também era um sensação de que o que a pessoa tava me passando não era isso que ela queria dizer. Mas ela também não tava totalmente confortável em expor isso, então acaba aquela coisa assim né, dita e não dita, sabe. [...] porque, às vezes, é meio óbvio né, se a pessoa entra numa sala de acolhimento mancando né, e aí eu pergunto pra ela: - Como é que tu tá? O que é que tu precisa hoje né e tal. Parece óbvio: - Tu não viu que eu tô com dor lá no pé? Mas aí fica aquela coisa né: não é dor no pé. Só um exemplo. (Fonte: entrevista com profissional C).

Existem muitos debates nessa questão né, que é da agenda oculta que a gente chama do paciente e as pessoas vão pedindo, por exemplo, um exame pra legitimar uma questão que ela tá sentindo, seja lá qual for. (Fonte: entrevista com profissional G).



Na contemporaneidade, a manutenção de uma visão biologicista e mecanicista do processo diagnóstico, como refere Silveira (2000), acaba demonstrando porque a biomedicina, mesmo em seu âmbito mais social, que é a epidemiologia, ainda continua esclarecendo tão pouco sobre a singularidade e o sofrimento de quem sente-se doente. Desconsiderar a leitura dos significados simbólicos envolvidos nesse processo, segundo a autora, acaba maquiando a manifestação de diversas condições sociais que, em muitos casos, se colocam ao mesmo tempo como causa e perpetuação de tantos sintomas e doenças.

Em Solanum, a sensibilidade dos profissionais da ESF Girassol acabou auxiliando na compreensão do que eles denominaram de *agenda oculta* dos pacientes, ressaltando, novamente, a importância de que o profissional possa investigar, no local em que atua, as condições sociais, políticas, econômicas e culturais que estão atreladas a narrativa de uma experiência de sofrimento, sejam estes manifestados através de sintomas físicos ou emocionais, afinal “a linguagem de sofrimento não tem equivalente exato na nosologia psiquiátrica e só pode ser compreendida completamente dentro da moldura cultural específica de referência e das circunstâncias de vida do paciente em questão.” (HELMAN, 2009, p. 240).

#### **8.4.2 O discurso científico, a legitimação da doença e o investimento em tecnologias medicamentosas**

Eu não me vejo na palavra fêmea: alvo de caça,  
conformada vítima  
Prefiro queimar o mapa, traçar de novo a  
estrada  
Ver cores nas cinzas e a vida reinventar  
(*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

O conjunto de sintomas vivenciado pelas mulheres que participaram deste estudo passou a ser nomeado como depressão somente após o recebimento do diagnóstico por um profissional da saúde, geralmente o médico. Quase que concomitante ao diagnóstico, também apareceram os relatos sobre o uso de medicações.

[...] daí eu fui emagrecendo cada vez mais, mais, mais e mais. E daí eu não sabia que eu tinha depressão. Aí um dia veio o dr. Q., que trabalhava no O., sábados de manhã. Como eles vieram lá em casa, como se eles viessem passear, sabe? - Hoje nós viemos passear! Fiz chimarrão, tinha cuca, tinha bolo, porque eu gosto de fazer essas coisas, daí eu fazia, mas eu não conseguia comer, eu não conseguia comer mais. Parece que eu tinha uma coisa trancada aqui (mostra o pescoço). Daí eles começaram a conversar, conversar, daí no fim chegaram assim: - Óh Sandra, tu tá muito magra, tu tá muito mal tratada, tu tem que começar a pensar diferente, fazer diferente, e nós achemo que tu tem depressão, que tu tem que tomar uma medicação pra começar a te sentir melhor. Aí eu disse: - Não, eu não tenho depressão! Mas

nem sabia o que é que era depressão na época. Daí eles me deram uns remédios, comecei a tomar, eles conversando, conversando. - Tá, vou tomar, eu disse. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Eu perguntei esses dias pra ele, pro psiquiatra, foi sexta-feira né, tinha pouca gente, ele tinha mais tempo pra conversar, porque eu não sabia, ele me botava assim nas minhas receita, nos laudo que ele me dava, CID tal e tal né, que eu não sabia o que é que era. Daí eu perguntei pra ele o que é que era sabe, essa dor que eu sentia. Daí ele disse: - Isso é fibromialgia. Daí eu disse: - O que é que é isso? Daí ele me disse que isso vem da depressão, quanto mais eu me deprimia, mais sofria, mais dor eu ia sentir. Daí eu perguntei pra ele se isso tinha cura, ele disse que não, só tratamento. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Quando eu comecei a fazer o tratamento com o fluoxetina eu vi resultado sabe? Daí eu fiquei bem, daí eu pensei: graças a Deus que eu fui (buscar ajuda profissional) então. (Fonte: entrevista com Tina, 26 anos, há 1 ano diagnosticada com depressão pelo clínico geral da rede de saúde pública da comunidade).

Eu lembro que uma vez o doutor, aí não lembro dele, mas era neuro (neurologista) da policlínica e ele me tirou o Rivotril® (clonazepam), tirou de soco assim sabe. Meu Deus (voz assustada), daí eu aguentei um mês e daí eu fui lá e disse: - Olha dr., era R. dr. R. se eu não me engano, eu disse: - Não tô aguentando, eu desço as escadas assim me segurando no corrimão porque eu tô tonta, tô voando assim. E ele me disse: - Não, não, vamos voltar. Pronto, voltei a tomar o Rivotril® e fiquei tranquila, sabe. (Fonte: entrevista com Andréia, 49 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Só por causa do remédio que eu durmo, sem remédio eu não durmo mais. (Fonte: entrevista com Nádia, 53 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo médico de Família e Comunidade).

O processo de legitimação do diagnóstico de depressão em Solanum, somente após o aval de um profissional da saúde, geralmente o médico, nos remete as discussões de Foucault acerca das relações de saber-poder, dominação e discurso. O autor defende que as relações de poder não devem ser entendidas de forma esquemática, como se de um lado existissem os que detém o poder e do outro estivessem aqueles que não o possuem. Há poder em todas as relações, pois o filósofo entende que as relações de poder se apresentam como uma dimensão que faz parte das relações humanas. Da mesma maneira, só se estabelecem relações de poder quando há existência de liberdade e, conseqüentemente, possibilidade de resistência.

Todavia, a partir das narrativas das entrevistadas, também foi possível perceber a presença do exercício da dominação. Se o poder pressupõe liberdade e resistência, como afirma Foucault (1995), entendemos que a sujeição às práticas da medicina, como, por exemplo, através do uso de medicações, fez com que muitas mulheres se encontrassem sujeitas a relações de dominação. Assim Foucault (1995, p. 243) diz:

De fato, aquilo que define uma relação de poder é um modo de ação que não age diretamente e imediatamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação. Uma ação sobre ação, sobre ações eventuais, ou atuais, futuras ou presentes. Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si,

outro polo senão aquele da passividade; e, se encontra uma resistência, a única escolha é tentar reduzi-la.

Foucault (2014a), ao realizar discussões sobre o conceito de discurso, afirma que “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em todas as circunstâncias, que qualquer um, enfim, não pode falar de qualquer coisa.” (p. 09). Segundo o autor, o discurso mantém relação com o desejo e com o poder, não sendo “simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo porque, pelo que se luta, o poder do qual queremos nos apoderar.” (p. 10). Assim, segundo o autor, o discurso sempre se produz em função das relações de poder, não podendo ser entendido como a simples expressão de algo, pois apresenta regularidades que lhe permitem definir sua própria rede conceitual.

Além disso, o discurso consiste em um conjunto de enunciados que, segundo Foucault (1986), teriam de se apoiar em uma mesma formação discursiva. Por enunciado, o autor entende tudo aquilo que pode ser tomado como acontecimento, como algo que surge em determinado tempo e lugar. Enquanto isso, a formação discursiva deve ser entendida como o ato de falar a partir de determinadas regras, expondo as relações de poder que se estabelecem dentro de um discurso. O que permitiria então reunir um conjunto de enunciados dentro de uma determinada organização, segundo Fischer (2012), seria o fato de eles pertencerem a uma formação discursiva. Assim, a autora defende que, por exemplo, ao falarmos do discurso médico, devemos considerar que ele carrega um conjunto de enunciados que estarão apoiados no sistema de formação discursivo da medicina.

Foucault (2014b) também define que não há relação de poder sem que haja também a construção de um campo de saber, e vice e versa, pois poder e saber implicam um ao outro. Essas relações de saber-poder, segundo o autor, não devem ser analisadas a partir de um sujeito de conhecimento livre, muito menos unicamente em relação ao sistema de poder, porque, antes de tudo, o sujeito que conhece, o que ele conhece e como ele conhece são efeitos exatamente destas relações de saber-poder e de suas transformações ao longo do tempo. Ou seja, “não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber útil ou recalcitrante ao poder, porém o que determina as formas e os domínios de conhecimento são o poder-saber, os processos e as lutas que os atravessam e pelas quais são constituídos.” (p. 52).

Dessa forma, pensar na legitimação de uma doença indica a necessidade de também perceber o papel hegemônico ocupado pelo campo da medicina, além de considerar as relações de saber-poder estabelecidas entre profissional e paciente. O médico é tomado como aquele que detém o saber científico, sendo responsável por determinar diagnósticos e prescrever condutas

de saúde que deveriam ser adotadas por toda a população, citando aqui, por exemplo, o uso de medicações.

Este espaço de controle das condutas ocupado pela medicina vem se constituindo mais amplamente, segundo Foucault (1997), desde o final do século XVIII, quando teve início o desenvolvimento de uma tecnologia de poder que atuava sobre o indivíduo em sua coletividade, ou seja, sobre a população, denominada de biopoder e colocada em ação através da biopolítica. Em conjunto com esta tecnologia, já atuava desde o século XVII o poder disciplinar, estando este dirigido ao indivíduo em uma esfera individual, buscando tornar seu corpo dócil e submisso.

Atualmente, o aumento da prescrição de medicações psicotrópicas, principalmente os antidepressivos para mulheres, vem se acentuando significativamente tanto em esfera nacional quanto mundial. Este processo de medicalização da subjetividade, segundo Maluf (2010), tem sido tratado pelos estudos antropológicos mais recentes como reflexo de um avanço nos domínios da atuação da biomedicina, estendendo a presença de um campo patológico para dentro do que até então poderia ser entendido como “normal” (grifo da autora).

Maluf (2010) considera que, em nosso país, muitas vezes a universalização do acesso à saúde costuma ser interpretada como sinônimo de distribuição em massa de medicações. Em Solanum, mesmo que a equipe da ESF Girassol tenha demonstrado, ao longo de todo período de realização desta pesquisa, o desejo, o interesse e a motivação para implementar estratégias de cuidado que não estivessem pautadas exclusivamente sobre o tratamento medicamentoso, entre elas a acupuntura, as ações de saúde na comunidade através da Corrente do Sorriso, os grupos de meditação e os encaminhamentos para acompanhamento psicológico, altos índices de uso de medicações psicotrópicas, principalmente por mulheres, ainda continuavam presentes.

Dessa maneira, como discutido no segundo artigo que compõe esta dissertação, percebe-se que, desde a efetivação de políticas públicas de saúde na comunidade, passando pelas práticas de Promoção da Saúde ao alcance da realização dos profissionais, até a interpretação das mulheres entrevistadas sobre o significado de um tratamento em saúde mental, o uso de algum tipo de medicação costuma ser entendido como principal via de cura.

Talvez fosse possível pensar que, em Solanum, o alto índice de prescrição e uso de medicações psicotrópicas seja reflexo de uma rede de relações de poder que engloba desde os âmbitos da gestão em saúde e da atuação profissional até a percepção das próprias mulheres da comunidade, as quais, em muitos casos, entendem que o discurso médico seria o responsável pela legitimação do seu sofrimento. A partir disso, percebeu-se que estas redes de poder

atuavam sobre o significado desenvolvido por cada indivíduo acerca do uso de medicações, fazendo com que, até o momento, as redes continuem se reforçando mutuamente, apesar de todos as resistências.

Um dos exemplos de resistência a ser citado é a organização do grupo da acupuntura pela equipe da ESF Girassol. Seus profissionais entendem este espaço como uma estratégia de cuidado não medicamentosa para o tratamento de questões de saúde mental, uma vez que as participantes do grupo, em sua maioria, acessavam frequentemente a Unidade de Saúde devido a presença de dores crônicas pelo corpo, sendo que suas manifestações mantinham relação, segundo avaliação dos profissionais, com questões emocionais.

### 8.4.3 O valor do trabalho e o controle dos corpos

Que um homem não te define  
 Sua casa não te define  
 Sua carne não te define  
 Você é seu próprio lar  
 (*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

Desenvolver uma atividade laboral em Solanum foi narrado pelas participantes tanto como uma garantia de sustento financeiro quanto como sinônimo de presença de saúde, honra e dignidade. Nos relatos coletados, além de ser possível observar a importância de exercer atividade laboral independente das condições de saúde em que as mulheres se encontravam, também deu-se início à um processo de intensos questionamentos sobre a valorização das atividades realizadas pela mulher, sobre as consequências da sobrecarga oriunda do trabalho e sobre as relações de poder vigentes no ambiente fabril, considerando aqui desde ameaças de demissão, o corte de valores financeiros caso houvessem faltas ao trabalho e a desigualdade de cargas laborais entre homens e mulheres.

Descrever-se como uma pessoa cansada ou até mesmo impossibilitada de trabalhar, despertava sentimentos de culpa e inutilidade nas participantes. Até mesmo quando havia uma mínima percepção da sobrecarga acarretada pelo trabalho, às mulheres encontravam justificativas para validar suas atitudes, entendendo a negação do cansaço e das dores no corpo como o caminho a ser tomado para não serem alvo de críticas como, por exemplo, acusações de falta de apreço pelo trabalho ou preguiça.

É, porque quando eu comecei a trabalhar na fábrica, ao mesmo tempo durante o dia eu trabalhava e de noite eu estudava no colégio, né. E na fábrica tem bastante serviço assim né, então tipo de noite quando eu ia pra aula eu tava bem cansada, é bem puxado né. Mas é uma coisa que dá pra aguentar sim, sabe?

Ninguém morreu até hoje de trabalhar na fábrica sabe. Claro, é puxado, mas dá pra aguentar sim. (Fonte: Tina, 26 anos, há 1 ano diagnosticada com depressão pelo clínico geral da rede de saúde pública da comunidade).

- É que eu nunca ia atrás, eu nunca ia no médico, eu tinha medo de perder, daí eu perdia o prêmio, e isso me faltava porque eu trabalhava sozinha, eu não podia perder nada. É, eu nunca faltava. Só quando era realmente necessário. Eu não faltava na fábrica.

Pesquisadora: - Então muitas vezes tu foi trabalhar não se sentindo bem...?

- MUITAS! MUITAS, MUITAS! (levanta o tom de voz). Meu Deus, tinha dias que eu levantei, sentei em cima da cama, achei que eu não ia conseguir, aí eu respirava fundo, eu pensei: Deus, me dá força pra mais esse dia. Pedia só por um dia, não pedia mais. Aí levantava e daí daquele meu jeito eu ia trabalhar de novo e me arrastava pra ir trabalhar. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Iá, eu não tava mais fazendo nada direito (depois de começar a apresentar sintomas de depressão). Eu tava 27 anos numa fábrica né, e eu não fazia mais nada certo. Eu, como eu tava trabalhando na máquina né, eles tiveram que me tirar dos lugares, porque eu tava trabalhando no corte né, pra tirar uma navalha do cepo eu não tinha mais força nos braços. Pra trabalhar na chanfração eu não podia mais levantar os braços né, porque tu passava as peças e eu não consegui mais. Pra trabalhar numa revisão, eles me botaram na revisão, eu não tinha mais cabeça pra aquilo sabe? E daí eles me tiravam dos lugares, de um lugar pro outro sabe, eu vivia voando na fábrica, de um lugar pro outro e eu só chorava, eu não fazia mais outra coisa, eu chorava só. De meio dia a gente chegava em casa, meu marido tava sentado na mesa almoçando e eu tava no quarto chorando, era só isso que eu fazia mais. Porque eu me sentia uma inútil sabe? Tu sabe que tu trabalhou 27 anos numa fábrica, tu sempre era um bom funcionário, tu nunca sabe que eles tiveram que né, tipo, tu precisou falar com o chefe ou alguma coisa porque tu não dava conta, ou que tu respondia, ou que tu fez uma coisa errada. Aí depois de 27 anos tu vai pra cá, pra lá, não sabem onde te botar. Bah, aquilo lá pra mim foi sabe, que nem eu te falei, eu me sentia uma inútil. Sabe quando tu não é mais nada? Assim eu me senti. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Eu trabalho agora na pré-costura, a gente faz o foro né, que vem dentro da bota. E daí é a mil sabe? E eu fico muito, eu fico nervosa pressionada, sabe? Parece que eu tenho, que eu não consigo, eu sempre tô nervosa, isso acaba atrapalhando um pouco. Que nem eu gosto de trabalhar tranquila, sabe, no meu tempo. Eu trabalho, posso trabalhar direto sabe, só que ali é pressão, nunca tá rápido o suficiente, sempre tem que ser mais rápido, mais rápido e não dá! O corpo da gente não aguenta, chega uma hora assim que dá vontade de sair correndo. [...] sei lá, eu queria dar mais de mim, mas eu não consigo, sabe? Não dá! E daí eu fico, sabe, sei lá eu fico tão ansiosa, estressada. (Fonte: entrevista com Verônica, 27 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pela Médica Psiquiatra da rede de saúde pública de outro município).

Ah, eu fiquei mais na minha né. Quando eu comecei a ficar assim (sintomas de depressão) eu fiquei mais fechada né e o trabalho em si eu não tive mais tanta produtividade, eu não saía mais do lugar, tava mais cansada, quase dormia em cima da mesa né, o próprio gerente falou isso pra mim. Falou pra minha mãe que eu quase tava dormindo em cima da mesa, ele mesmo via isso. (Fonte: entrevista com Carina, 29 anos, há 4 meses diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Como eu faço de tudo ali dentro da fábrica sabe, aí eles me colocam tudo que é serviço e sempre vem encher o saco, sempre a culpa é minha, sempre o erro é meu sabe. Daí começou, e o gerente começou a gritar comigo direto. E assim, que nem ele grita muito comigo, ele já gritou várias vezes comigo. Que nem semana passada foi uma das piores. Ele grita comigo, eu tenho o que responder só que eu não consigo. Esse é o meu problema sabe, daí eu fico engolindo, fico guardando tudo pra mim. [...] ele falou que eu tinha que aprender a trabalhar, ele falou um monte de coisas assim e um monte de gente ouviu sabe. Daí todo mundo achou aquilo um absurdo e eu tive que ficar ali, ouvindo ainda. (Fonte: entrevista com Débora, 19 anos, há 1 mês diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Eu me via no caixão, eu via as flores, eu via o pessoal rezando, chorando, eu sentia que eu passava a faca em mim. Isso, que nem hoje de manhã aconteceu, eu me cortei, isso me doía. O meu filho é muito querido comigo, mas eu chegava de noite em casa e eu preferia não ver ele, sabe? Eu não tomava banho, eu não comia, eu nem precisava tomar água. Eu pesava 52 kg, meu eu tava tão fraca, tão fraca, mas eu não podia faltar na fábrica, porque eu precisava do dinheiro. (Fonte: entrevista com Janete, 40 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Acho que as empresas, a chefia, os que mandam eles não têm preparo, não valorizam as pessoas. A minha irmã tá desde aquela vez, desde que fechou a D., a Y. começou ali, mais de 10 anos já, mas eles não. Pelo que eles contam sempre, eles não valorizam a pessoa, parece que a pessoa é escrava. E eu sei muito bem que as empresas não devem mais ser assim. Que eu assisto tv, programas bons e instrutivos. Tem, como é que chama essas pessoas que preparam os que mandam, os chefes, vice chefe, o que cuida da esteira. Mas aqui na região eles não tem preparo, eles só querem que a pessoa trabalhe, trabalhe, trabalhe, até a exaustão. Trocar a pessoa de trabalho, pra não ficar com essas doenças, essas tendinite, essas coisas, tudo tem uma saída, mas as empresas não querem investir. Ou o governo rouba demais e eles não tem como, não se sabe porquê. Eu penso assim. (Fonte: entrevista com Jacinta, 62 anos, há 20 anos diagnosticada com depressão pelo Médico Clínico Geral da rede de saúde pública da comunidade).

É bem assim que é. E eu trabalhei 27 anos, eu nunca precisei entrar no escritório pra falar com o chefe, porque eu não trabalhei, ou porque eu respondi ou porque não fiz serão, eu nunca negava serão, fazia sempre. Eu, quando eu tava trabalhando no W., a gente virava a noite, trabalhava o dia inteiro, virava a noite e de manhã ia pra casa dormir. Eu nunca neguei sabe, uma hora de serão, nada, mas depois quando tu não consegue mais né, aí tu não serve mais, é bem assim. [...] porque ali dentro, pra eles, o que vale é a produção. Porque ali dentro tu é um número, mais nada. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

A percepção dos profissionais de saúde, mesmo para aqueles que estavam somente de passagem pela ESF Girassol, também identificava a existência de algum tipo de relação entre a organização do trabalho na indústria de calçados e o desenvolvimento de alterações de saúde mental, especialmente em mulheres na comunidade.

Já conversei com o F. (médico) várias vezes em relação a isso, acho que outras pessoas talvez que estiveram na reunião lá da secretaria, enfim, e a gente conversou sobre isso também. Assim, eu tô há pouco tempo aqui mas da primeira semana a gente consegue avaliar que a questão central aqui em Solanum é a questão do trabalho né, pelo menos pra mim isso tá muito claro. Claro que existem vários fatores que estão relacionados, fatores culturais, fatores da própria cidade, como se organizam as relações aqui na cidade, mas pra mim tá muito bem demarcado como o trabalho né, como a relação de trabalho se coloca aqui né. Em relação a saúde mental a gente tem que as pessoas começam a trabalhar muito jovem né, a fábrica é basicamente o único ambiente que elas conhecem assim, a pedra fundamental da sociabilidade aqui é a fábrica, é o trabalho fabril, que de sociabilidade não tem nada na verdade. As pessoas ficam nos seus postos, sem poder sair, acho que elas têm sete minutos de manhã e sete minutos a tarde pra ir no banheiro e lanchar, enfim, além do horário de almoço, não podem conversar entre si, não podem abandonar o seu posto de trabalho em nenhum momento. (Fonte: entrevista com profissional G).

E daí meus colegas que trabalham nesse ambiente então (da fábrica de calçados), dizem que eles praticamente não têm voz lá dentro, eles trabalham, eles têm que fazer aquilo ali e às vezes ainda são xingados quando eles não chegam a uma certa meta, que a gente pode achar muito, entendeu, a meta que eles têm que atingir, e quando eles não conseguem eles são xingados né, por não ter conseguido chegar lá. Aí isso, às vezes tem certas pessoas que não conseguem fazer muita coisa ligeiro, entendeu? Então, acho que isso afeta muito a saúde mental. (Fonte: entrevista com profissional F).

[...] não tem o protagonismo no trabalho, o pessoal meio que tem dois âmbitos de trabalho, ou trabalha e tem uma família que é da agricultura e ele trabalha ali, as gerações tão trabalhando ali, ou a pessoa vai pra uma fábrica onde não tem uma força de expressão, ela não tem um protagonismo e muitas vezes não tem uma perspectiva de melhora pro futuro dela, ela não tem uma perspectiva de que ela vai conseguir mudar de vida, ou ganhar ou melhorar alguma coisa no seu aspecto financeiro, no seu aspecto até emocional com a família, porque ela não consegue melhorar o ambiente de trabalho, ela não tem voz de expressão. Então ela, às vezes, não tem tanta comunicação com os outros, tem um tempo muito apertado, tem muitas metas, é um ambiente extremamente estressante e eu acho que acaba prejudicando muito, estressando muito a pessoa e ela não se vê melhorando talvez daqui três, daqui cinco anos a sua vida. E eu acho que pode ser um grande fator causal pra tudo que acontece aqui na cidade. (Fonte: entrevista com profissional H).

Bem quando eu comecei assim, às vezes a gente tá num meio que a gente acha que as coisas são normais e eu acho que, tenho certeza que muitas pessoas acham que é normal, normal esse trabalhar pra cá, trabalhar sabe? É uma coisa, pode ser cultura, não vamos jogar toda a culpa pra cultura, mas eu acho que grande parte é sim. [...] mas o que é que eu poderia então fazer, pra ter, o meu trabalho ter um significado dentro daquilo que eu tava fazendo. Daí eu atendia a pessoa, na primeira visita eu deixava então ela falar, e às vezes quando ela tá falando do trabalho assim, eles falam muito do trabalho as pessoas, daí às vezes eu dou umas aberturas, ou começo a falar pra elas ter um outro né (outra visão, perspectiva), porque elas ficam muito naquilo do trabalho, trabalho. (Fonte: entrevista com profissional E).

Enquanto estou realizando observações na sala de espera, chega uma nova paciente para aguardar sua consulta. Ela logo me cumprimenta e senta ao meu lado para conversar. Nos conhecemos há mais tempo, porque já foi minha paciente em um local onde realizei estágio curricular obrigatório [...] refere que o que mais tem lhe incomodado é o fato de não conseguir voltar ao mercado de trabalho. [...] também diz que gostaria de começar a fazer pastéis congelados para vender, mas o seu marido não a apoia e ela depende dele para ter dinheiro para investir. Percebo que antes mesmo desta paciente estar me relatando estes fatos, outras pessoas que estavam aguardando atendimento também falavam sobre questões de trabalho. Talvez não tão diretamente quanto ela, mas ao se referirem sobre sua própria saúde ou mesmo a saúde de outra pessoa, mensuravam-na pela capacidade de exercer algum trabalho. Falas como: - Não trabalho mais na fábrica, me aposentei, mas ainda tenho muito serviço em casa com os animais e a lavoura; - Se parar de trabalhar, fico doente; - F. ficou doente quando não conseguiu mais trabalhar; - Tu viu, S. não consegue mais trabalhar de tão doente que tá. Através dessas falas, percebo que a questão do trabalho tornava-se um fator importante quando aquelas pessoas pensavam em saúde, relacionando sempre a impossibilidade de trabalhar como algo causado ou que causaria adoecimento. (Fonte: Recortes do Registro do Diário de Campo da pesquisadora, Julho de 2017).

Meyer (2000), ao analisar o processo de imigração alemã para o Rio Grande do Sul entre os séculos XIX e XX, elenca como um de seus tópicos de discussão o significado de ser/estar homem ou mulher nesta cultura. Segundo a autora, a ligação entre imigrantes alemães e o trabalho aparecia constantemente em registros de jornais e revistas alemãs da época, estando representada através de discursos acerca da devoção ao trabalho pesado entendido como pressuposto básico de vida dos imigrantes.

Ao considerar o entendimento de cultura, Meyer (2000) apresenta as ideias de Stuart Hall, discutindo que, “quanto maior for a centralidade da cultura para a produção e organização de dinâmicas sociais específicas, mais significativas são as forças envolvidas com sua produção, regulação e governo.” (p. 51). Nesta perspectiva, a cultura deixa de ser entendida como um



conjunto de valores, crenças e experiências passadas de geração para geração, passando a ser vista de forma muito mais ampla, como um conjunto que engloba processos, categorias e conhecimentos através dos quais as comunidades se definem e são definidas, desenvolvendo-se a partir de processos singulares e delimitados. Isso significa, segundo Meyer (2000), que a cultura, muito além de limitar-se aos rituais compartilhados por uma comunidade, mantém relação com a “forma pela qual estes fenômenos e manifestos são produzidos através de sistemas de significação, estruturas de poder e instituições.” (p. 51). Observa-se assim a presença de redes de poder imbrincadas neste processo de construção da imagem do imigrante alemão como aquele indivíduo voltado para a dedicação exclusiva o trabalho, entendendo-o como um pressuposto básico e fundamental de uma vida permeada por dignidade e honra.

Em seus escritos, a autora segue demonstrando que a figura do homem era normalmente apresentada como aquele que detinha a posse das terras e era responsável pelo serviço mais pesado da propriedade, podendo descansar depois de tê-lo realizado. Enquanto para a mulher, ficavam todas as obrigações da casa, cuidado dos filhos, marido e família, além de atividades na propriedade e os cuidados com roupas e alimentação, não estando previstos momentos de descanso. Dessa maneira, seguindo com as discussões de Stuart Hall, aliadas agora aos conceitos de poder e discurso de Foucault, Meyer (2000) discorre sobre como os indivíduos reconhecem a si mesmos dentro de uma cultura e como o conhecimento sobre o social foi e continua sendo construído a partir de determinados períodos históricos e seus respectivos regimes de poder.

Nesse sentido, segundo a autora, a produção discursiva do social só irá adquirir contornos de significado verdadeiro a partir do momento em que estiver articulada a determinados discursos situados em contextos particulares. É por isso que o discurso, e não o sujeito ou mesmo a instituição social, seria responsável pela produção de conhecimento, segundo Meyer (2000). Ou seja, os imigrantes alemães estavam (e ainda continuam) operando dentro de regimes de verdade produzidos em um período e dentro uma cultura específica, demarcados pelo tempo, história, condições econômicas, políticas e sociais.

Esta discussão busca demonstrar que a relação entre o trabalho e os descendentes de imigrantes alemães em Solanum, sejam estes homens ou mulheres, não deve ser entendida como algo naturalizado, intrínseco ao fato de ser “alemão/alemã”, como muito se houve em conversas informais com os moradores da comunidade. Ela é, antes de tudo, produto dos discursos que foram sendo construídos, historicamente, sobre a representação do trabalho de homens e mulheres nesta cultura, estando estes discursos permeados, constantemente, pela vigência de relações de poder.

Além disso, em nosso trabalho entendemos que as experiências de sofrimento das participantes que trabalhavam nas indústrias de calçados se constituem como uma manifestação das relações de poder. Entretanto, ressaltamos, como refere Foucault (2010), que mesmo que as relações de poder se estendam sobre as relações humanas e impliquem, necessariamente, a existência de liberdade, também é possível observar que, em determinadas situações, as relações de poder encontram-se bloqueadas e cristalizadas, fazendo com que os indivíduos não encontrem estratégias para modificá-las, constituindo-se assim como estados de dominação.

Portanto, para que se exerça uma relação de poder, é preciso que haja sempre, dos dois lados, pelo menos uma certa forma de liberdade. Mesmo quando a relação de poder é completamente desequilibrada, quando verdadeiramente se pode dizer que um tem todo o poder sobre o outro, um poder só pode se exercer sobre o outro à medida que ainda reste a esse último a possibilidade de se matar, de pular da janela ou de matar o outro. Isso significa que, nas relações de poder, há necessariamente possibilidade de resistência, pois se não houvesse possibilidade de resistência – de resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação – não haveria de forma alguma relações de poder. Sendo esta a forma geral, recuso-me a responder à questão que às vezes me propõem: “Ora, se o poder está por todo lado, então não há liberdade.” Respondo: se há relações de poder em todo campo social, é porque há liberdade por todo lado. Mas há efetivamente estados de dominação. Em inúmeros casos, as relações de poder estão de tal forma fixadas que são perpetuamente dessimétricas e que a margem de liberdade é extremamente limitada. (FOUCAULT, 2010, p. 277, aspas do autor).

Em nosso trabalho, um dos exemplos deste estado de dominação pode ser visto quando, mesmo com a apresentação de atestados médicos provenientes dos atendimentos realizados, ao final do mês as participantes identificavam a presença de descontos financeiros e perdas de benefícios em seus salários. Em Solanum, o velho ditado popular “tempo é dinheiro” costumava ser utilizado em seu formato mais cruel.

#### **8.4.4 Experiências singulares para além do DSM**

Triste, louca ou má  
Será qualificada ela quem recusar  
Seguir receita tal, a receita cultural  
Do marido, da família  
Cuida, cuida da rotina  
(*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

Ao colocar-me a disposição das participantes deste estudo, escutando suas narrativas acerca da experiência de viver com o diagnóstico de depressão, por diversas vezes peguei-me pensando o quanto cada relato ultrapassava as dimensões nosológicas de um diagnóstico psiquiátrico, pautado quase que exclusivamente em categorias de sintomas responsáveis por

classificar a presença ou ausência uma patologia. Dessa maneira, tanto como profissional da psicologia quanto como pesquisadora, tive a oportunidade de vivenciar, não sem pesar, aquilo que Helman (2009) largamente discute em seus estudos: com o crescimento do número de diagnósticos descritos em manuais como o DSM, além de todo o processo de medicalização do comportamento, acaba-se perdendo a compreensão dos aspectos culturais e simbólicos que podem estar presentes no desenvolvimento, manifestação e externalização de sintomas de uma doença.

Eu acho muito triste. Eu acho muito dolorido. É uma dor assim, acho que pra cada um ela tem um valor né? Mas pra mim, que nem, eu tinha dado um ultimato né, se eu não ficasse feliz até os 50 anos eu ia desistir, é o fundo do poço. Não é legal não, é muito dolorido. É muito dolorido tu viver, principalmente, viver com ela (depressão) e não ter pessoas que reconheçam que você tem ela né? Então assim, hoje a gente vê essas pessoas que se suicidam né, eu também quis né, esse vazão dos outros não enxergar é verdadeiro sim. Às pessoas não tem essa percepção dentro da tua casa, tu não tem essa percepção, porque se todo deprimido for suicida, for do jeito que eu fui, eu teria me matado e ninguém sabia de tudo o que eu, teria sido em vão, porque eu não ia abrir o jogo. É muita gente te apontando, é uma sociedade te cobrando de coisas né, então assim, tu não vai expor ainda que você tem uma depressão né? Eu acho que a pessoa que diz que tem depressão e age como um deprimido, e deixa as pessoas tratarem ela com depressão, ela é vitoriosa. Agora no meu caso, era uma depressão bem sigilosa assim, ela era uma armadilha, era uma armadilha pra mim e pra quem tivesse em volta. (Fonte: entrevista com Júlia, 51 anos, há 18 anos diagnosticada pela Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – da rede de saúde pública de outro município).

E de noite assim, quando eu tava dormindo e acordava, eu ficava assim dura na cama também. E apareceu uma bola branca sempre, com os olhos bem pretos, braços e pernas bem compridas, isso tava grudado assim na porta, e me puxava. Daí eu pegava a cama e isso me puxava. Até que eu consegui levantar pra ir no banheiro, eu ficava dura. [...] muito medo! Eu tava suando de medo. Daí quando eu tava na fábrica, daí eu achava que ia acontecer uma coisa com o G. (seu filho) em casa, daí eu achava que eu tinha que voltar pra casa. Mas eu não tinha força pra caminhar. Isso era muito estranho. (Fonte: entrevista com Janete, 40 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo médico de Família e Comunidade).

Tinha dias assim que eu não sentia nada, absolutamente nada! E parecia que eu precisava sentir alguma coisa, que eu precisava, nem que seja dor. Dor é algo! Sentir alguma coisa, sabe? E sim, eu fazia com frequência (automutilação). Eu tava no ensino médio, eu acho. Eu tenho marcas ainda que tem, que tem umas bem no pulso ainda, eu fazia nos braços e quando os braços tavam cheios eu fazia nas coxas. Era verão, 35 graus, e eu tava de moletom, sabe? E eu escondia de todo mundo. (Fonte: entrevista com Marina, 22 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico Clínico Geral da rede de saúde pública da comunidade).

Eu não tenho vontade de viver. A coisa que eu mais tenho, eu não. Quando me dá uma fase assim, uma crise assim, eu podia. A minha ideia é só me tirar a vida. Só, só. E eu tentei várias vezes, eu digo. Só que eu tenho, uma promessa eu fiz. O dia que eu tentar, o dia que me dá aquilo ali de novo, daí vai ser fatal. Daí ninguém vai ficar sabendo. Aí eu vou fazer tão bem feito que ninguém vai ficar sabendo, só quando é tarde (silêncio). (Fonte: entrevista com Nádia, 53 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Porque que nem agora quando eu vejo anoitecer já me bate aquela tristeza, mas não sei por que dessa tristeza. Aí tipo, eu não consigo dormir, às vezes 4 da manhã, eu fico o dia todo, tipo, a noite toda sem conseguir dormir. Eu acabei percebendo assim [...]. É mais uma tristeza, não sei te dizer, parece que tem

alguma coisa vazia em mim, assim uma coisa bem depressiva. É mais isso assim. (Fonte: entrevista com Jéssica, 18 anos, há 1 ano diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Sempre também eu pensava assim né: ai, sempre diziam depressão não é doença né? A pessoa que não se ajuda né? A gente escutava muito falar. Mas eu acho que só quem passa mesmo pra saber que realmente é uma doença, porque tu quer tanto sair daquilo e tu não consegue! Sabe, que nem eu quando eu fiquei assim mal, eu pensava: Meu Deus, porque é que eu tô assim, eu não queria tá assim, mas eu tava sabe? Então é uma coisa que tu não tem como explicar, sabe? Às vezes tu até queria sair daquilo mas tu não consegue né, é mais forte que tu. (Fonte: entrevista com Tina, 26 anos, há 1 ano diagnosticada com depressão pelo clínico geral da rede de saúde pública da comunidade).

Ao longo de suas pesquisas, Maluf (2010) demonstra e discute a criação de um vocabulário específico para falar sobre os sintomas da doença mental, utilizado tanto por mulheres de maior status econômico quanto por aquelas moradoras de áreas periféricas da cidade e do campo. Segundo a autora, esta forma de narrar os sintomas é produto do constante controle exercido pelas práticas da biomedicina, fazendo com que as mulheres, ao descreverem seus sofrimentos, acabem utilizando expressões como depressão e pânico, estando estas muito próximas a termos e jargões de uso médico, constituindo-se assim em um dialeto-médico-psiquiátrico.

Em uma pesquisa realizada na ilha do Campeche, em Santa Catarina, Silveira (2000, grifo da autora) denominou a presença de sintomas físicos e psicológicos de causa orgânica geralmente desconhecida, desenvolvidos especialmente por mulheres que apresentavam dores difusas, mal-estar, tonturas, palpitações e alterações do sono, como a manifestação de *nervos*. Um dos tantos pontos interessantes desta etnografia, identificou que mesmo quando as mulheres narravam seu sofrimento como um *ataque de nervos* ou como *a presença do nervoso*, costumavam ser traduzidas ou diagnosticadas pelos profissionais da saúde como histéricas ou com depressão, nomenclaturas visivelmente relacionadas a uma visão biologizante e mecanicista da doença mental e que desconsideravam qualquer relação entre a cultura da comunidade e a manifestação dos *nervos*.

Evidenciando a presença de dois tipos de interpretação do sofrimento das mulheres, Maluf (2010) elenca uma que está pautada sobre o modelo fisiológico, defendendo uma concepção de diferenças biológicas entre os gêneros como justificativa para os processos de adoecimento; e outra denominada de modelo sociológico, estabelecendo seu foco sobre as experiências cotidianas, as narrativas e as histórias de vida das mulheres. Conceber este modelo sociológico, segundo a autora, implicaria considerar uma dimensão que vai além das concepções biomédicas de corpo e de doença, englobando também experiências construídas a partir do contexto cotidiano em que estas mulheres estão inseridas, como suas relações familiares, de trabalho e com a própria comunidade. Dessa maneira, não se recusaria a presença

de um diagnóstico e a necessidade de um tratamento, mas se buscaria ressignificá-los, como afirma Maluf (2010, p. 45) “incorporando dimensões sociais e políticas do vivido (a violência no bairro, as dificuldades econômicas, as desigualdades de gênero, a história política de ocupação e conquista do lugar).”

Ou seja, se desde o início da escrita desta dissertação busco realizar aproximações e discussões entre a cultura e a forma adotada pelos indivíduos para manifestação de seus sofrimentos, considerar os aspectos levantados por Maluf (2010) no momento em que se presencia um relato sobre a experiência com o diagnóstico de depressão, nos faz lembrar que, inevitavelmente, o poder de uma narrativa nunca poderá ser totalmente englobado por uma categoria diagnóstica. Torna-se importante desenvolver a capacidade de, antes de tudo, investigar quais os significados que determinados sintomas possuem na vida de quem os conta.

Em Solanum foi exatamente por nem sempre terem a certeza da possibilidade de existência de espaços de escuta que pudessem englobar uma dimensão holística e compreensiva sobre seus sintomas, ou até mesmo pelo medo do preconceito, é que muitas mulheres optaram pelo silêncio, afastando-as da busca por algum tipo de tratamento e conseqüentemente agravando, a partir da passagem do tempo, o desenvolvimento do seu quadro de depressão.

É que eu não queria aceitar, porque pra mim depressão não existia, sabe? Pra mim a depressão não era doença. Eu não sei se tu lembra, antigamente eles falavam que depressão não era uma doença, que a pessoa não queria fazer nada, ficar em casa né. Até por isso eu pensava: meu Deus, as pessoas vão ficar falando mal de ti porque tu tá em casa, tu não consegue trabalhar, eles vão me achar uma preguiçosa, coisa que eu nunca fui né. Daí eu pensei: meu Deus, o que é que vai ser de mim? (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

[...] mas ela (a depressão) existe. Por mais que muitas pessoas achem que é frescura, que não é nada, que é fácil, que isso é a pessoa que enfia na cabeça, não é! (Fonte: entrevista com Andréia, 49 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Antes eu era preconceituosa, como a maioria é. Tipo, antes eu achava que a pessoa tinha que se ajudar, que a pessoa tinha que ter mais fé e a maioria pensa isso. Só que só a pessoa passando por isso pra saber como é que é. (Fonte: entrevista com Carina, 29 anos, há 4 meses com diagnóstico de depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Sim, é importante para que as pessoas vejam que não é loucura né, ou que não é. Até pode ser um desequilíbrio emocional, uma coisa assim, mas não é que a pessoa tá louca, como eles dizem. A diferença é que quando a pessoa passa por isso daí sim ela vê o que é que é. O falar dos outros é muito fácil, se tu não sabe o que a pessoa passa. (Fonte: entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

Eu não achava que era assim (a depressão), que ficava tão fraca sabe? Que os pensamentos eram assim, sabe, assim fortes. Eu não achava que era assim difícil. [...] eu achava que isso era da cabeça das pessoas [...]. (Fonte: entrevista com Gabriela, 35 anos, há 18 anos diagnosticada com depressão pela Médica Psiquiatra da rede de saúde pública da comunidade).

Então não tinha quem dissesse que eu estava com depressão. As pessoas com quem eu convivia, por exemplo, que é o pai da B., ele dizia que eu era louca né, que eu era louca. (Fonte: entrevista com Júlia, 51 anos, há 18 anos diagnosticada pela Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS – da rede de saúde pública de outro município).

[...] eu não, eu achava que isso não podia acontecer comigo, eu não aceitava muito bem isso. Porque eu, sabe como eu pensava? Se eu tivesse depressão o pessoal ia achar que eu tava louca, porque quem vai no psicólogo ou vai no psiquiatra são os que são, assim é aqui em Solanum, são os que são loucos né? Eu achava isso, que o pessoal ia achar que eu tava louca e que ninguém queria saber mais nada de mim depois disso. Sabe, um monte de besteiras. (Fonte: entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

É que tem muita gente que meio que rejeita e acha que é frescura sabe. Que nem elas tavam comentando, minha mãe começou a comentar disso na fábrica, e daí uma mulher falou: ai, como é que uma pessoa que nem tinha filhos ia ter depressão, sabe? O pessoal acha que só depois que tu tem uma certa idade tu vai começar com isso. (Fonte: entrevista com Débora, 19 anos, há 1 mês diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Porque uma vez eu tava ali no ambulatório e veio um médico totalmente diferente, um novo assim, e eu tinha passado mal, com alergia, alguma coisa. Daí ele me perguntou: ah, tu toma alguma medicação? E eu falei: ah, eu tomo fluoxetina, lítio, risperidona, tal, tal, tal. Daí ele falou assim: tá, tu é bipolar ou borderline? Daí eu fiquei assim: tá, eu sou bipolar eu sou borderline? Eu sou o quê? O que é que eu sou? Não tinha, até ali eu não tinha encontrado uma plaquinha pra pendurar no pescoço e isso me fez ficar muito irritada. (Fonte: entrevista com Marina, 22 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pelo Médico Clínico Geral da rede de saúde pública da comunidade).

Rose (1972) refere que o preconceito mantém ligação com atitudes que provocam, favorecem ou justificam atos de discriminação. Em sociedades, Goffman (1982) define o estigma como a ação de classificação de condições entendidas como não naturais nas relações sociais. Nesse sentido, preconceito e estigma, como pode ser visto, estão conectados. Dessa maneira, indivíduos que apresentam alguma condição de saúde mental podem ter sua experiência marcada por vivências de estigmas sociais, representados, por exemplo, através da associação discriminadora entre doença mental e loucura.

Observa-se que atitudes de preconceito e estigma puderam ser identificados nesta pesquisa, demonstrando a necessidade de desenvolver ações de saúde com a população de Solanum que possam auxiliar a esclarecer dúvidas sobre as diferentes manifestações de questões de saúde mental, uma vez que o isolamento, a culpa, o medo de estar ficando louca ou de ser interpretada como preguiçosa ou mentirosa, afastaram quase todas as participantes da busca por auxílio profissional mais imediato.

Além disso, estes relatos também corroboram com as discussões anteriormente realizadas acerca da manifestação de sintomas físicos no corpo como porta de entrada para buscas de atendimentos em saúde, demonstrando, outra vez, que a presença de um sintoma físico mapeado através de exames laboratoriais ou de imagem, garante a comprovação de uma doença e a consequente justificativa de seus sintomas, diferentemente da depressão, que não

pode ser mensurada através destas estratégias, podendo ser, muitas vezes justificada, através da necessidade do uso de uma medicação.

Na *História da Loucura*, Foucault (2014c) nos mostra que o louco não existe como entidade separada das relações de saber-poder. Em seus estudos, o autor nunca buscou alcançar uma definição ou comprovar a existência da loucura, pelo contrário, ele buscou demonstrar como este objeto foi se constituindo por meio de rupturas e continuidades históricas, construindo-se a partir dos regimes de saber a seu respeito. Dessa maneira, a experiência da loucura, segundo o autor, seria uma construção ou invenção humana.

Em Solanum, as relações de poder vigentes na comunidade ainda criavam e faziam operar discursos que associavam, erroneamente, questões de saúde mental com loucura, incluindo aqui desde o fato de receber um diagnóstico ou mesmo iniciar um tratamento com profissionais da área da saúde mental, como psicólogos e psiquiatras. Este tipo de discurso, entretanto, afastou muitas mulheres das opções de auxílio profissional ou mesmo familiar, demonstrando o poder, tantas vezes nefasto, de conviver diariamente com manifestações de preconceito por causa da depressão.

Infelizmente, esta não é somente uma realidade da comunidade de Solanum, pois no mundo inteiro experiências de preconceito tem contribuído negativamente para o aumento do estigma e a conseqüente diminuição na busca por tratamentos em saúde mental, segundo Hirata (2015). Talvez isto explique porque, neste trabalho, tantas participantes compartilhavam a sensação de que somente após viver com depressão seria possível saber o que o diagnóstico representava. Solidão, acho que é sobre isso que elas tanto me falavam.

#### **8.4.5 Estar mulher em Solanum: representações acerca do feminino**

Ela desatinou  
Desatou nós  
Vai viver só  
(*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

As experiências de estar mulher, na comunidade estudada, foram aqui divididas em três âmbitos, todos permeados por relações de gênero: o trabalho, a designação do papel de cuidadora e os relacionamentos conjugais.

Zanello (2014) defende que considerar as implicações das relações de gênero no campo da saúde mental nos conduz a reflexão de como a atribuição de valores e papéis distintos a homens e mulheres acaba por participar da constituição subjetiva do indivíduo, aspecto que

pode ser visto não somente na maneira como as relações de gênero se expressam, mas também através da forma como o próprio sujeito vive e comunica seu sofrimento.

Ele (seu marido) falava que eu andava com os outros, meu Deus, era o primeiro marido e único. Sabe, isso machuca muito. Quando tu sabe que tu nunca tinha outro alguém e daí ele fala essas coisas, alguém te fala isso, isso machuca muito. Que eu tava sempre com os outros e tudo, meu Deus do céu, eu nunca saía de casa. O pessoal de Solanum nunca me via enquanto eu tava casada com ele, ninguém me viu porque eu não podia sair. Eu não saía, porque eu não podia ir em baile, em festa, ele sempre tava bêbado, sempre tinha que ficar em casa, o meu lugar era em casa! O único lazer que eu tinha era ficar em casa, fazendo serviço. Isso era meu lazer durante dezenove anos, esse era o meu lazer: ficar em casa, cuidando de velho primeiro (seu sogro e sogra), e os treze anos aguentando as brigas deles. Aí depois foi lá em casa, era a mesma coisa. Não tinha vida. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Daí assim, hoje eu posso dizer que eu tenho um pouco de tempo pra mim, porque eu só vivi assim pros meus irmãos, pra minha mãe, pro meu pai, pro meu ex-marido e depois foi meu sogro e minha sogra, eu também tenho meus filhos. Daí hoje eu posso dizer assim, os meus filhos tão na creche, na escola, meu marido tá trabalhando, hoje eu posso dizer que eu tenho um pouco de tempo pra mim, porque eu não tinha tempo pra mim nunca, só pros outros, eu só vivi e trabalhei pros outros. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Iá, claro que sim, isso tudo tem um começo, tudo tem o seu começo, isso tu vai, que nem pra mim. Primeiro, eu nunca na minha vida tinha uma vida tranquila, porque em casa, como eu já tinha dito, daí tinha a minha vó e o meu avô junto comigo, eu casei com velhos dentro de casa. Veio morar aqui, tinha meu sogro. Depois foi meu marido que ficou doente, ele ficou doente, daí depois eu perdi o pai, o pai faleceu. Logo depois da morte do meu marido, a minha mãe ganhou um AVC, tá de cadeiras de roda até hoje, foi um mês, dois meses depois que o V. morreu, ela ganhou o AVC. Ela não consegue falar, ela não consegue caminhar, ela tá de cadeiras de rodas. Depois foi meu pai. Isso vai cair tudo muito seguido e agora eu tenho ainda a minha cunhada também pra cuidar, ela é minha cunhada (aponta pra senhora na sala). Isso tudo, sabe, acumula. Isso se acumula e daí isso acontece (depressão). [...] vai, é a mesma coisa que tu abre uma torneira e enche uma jarra de água, se vai passar por cima, vai derramar fora, isso é quase a mesma coisa. (Fonte: entrevista com Vitória, 64 anos, diagnosticada com depressão há 5 meses pelo Médico de Família e Comunidade).

Só que o meu problema nem é tanto a depressão, é mais nervosismo sabe, eu sou muito nervosa, eu não consigo controlar isso, sabe? Eu entro em estado de pânico, qualquer coisa que tem, que nem agora que meu pai tá doente, que ele passa mal volta e meia né, eu fico sem, sabe, sem saber o que fazer, eu entro muito em pânico. Que nem eu era pra ficar cuidando dele no hospital, eu não consegui, minha pressão baixou, eu fiquei ansiosa, nervosa e não deu certo, sabe eu tenho um certo limite. Que nem eu já não queria ir, sabe, porque eu já sabia que isso não ia me fazer bem, e mesmo assim eu fui pra tentar, pra ver se realmente, pra provar pros meus irmãos que eu também tentei né? Porque sabe como é que é né, daí depois ficam falando: - Aí, que nem isso eu consigo fazer! (Fonte: entrevista com Verônica, 27 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pela Médica Psiquiatra da rede de saúde pública de outro município).

Eu saí do colégio com 11 anos, eu não pude mais estudar porque tinha que ficar em casa, cuidar as crianças. E assim não era só eu, sabe? Conforme a gente ia assim crescendo, a gente tinha reponsabilidade de cuidar a mãe e os menores ainda. E o pai, o que ele ganhava ele gastava na bebida. E assim a gente foi crescendo, sabe? Depois com vinte e dois anos, daí eu saí de casa, daí o pai faleceu, tinha câncer, sofreu bastante também, nós também junto né? E daí eu saí de casa, porque a mãe tava recebendo daí a pensão do pai pra ela viver. Só que quando o pai morreu tinha três irmãos meus ainda pequenos, um tinha quatro, outro tinha seis, outro tinha oito, quando o pai faleceu né? E daí no começo assim, a gente tinha que ajudar a mãe a sustentar os pequenos ainda né, daí eu já morei um tempo fora



de casa e ainda dando o meu dinheiro pra mãe viver. Aí depois ela começou a se ajeitar né, daí ela ganhou depressão profunda. Daí eu tive que parar de trabalhar, voltar pra casa, pra ficar com ela. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Depois eu comecei a trabalhar, com onze anos eu saí de casa, fui lá morar com minha vó pra ajudar nas despesas da família. E daí eu fui trabalhando, trabalhando, daí um tempo, daí a mãe engravidou de novo do último filho, tinha que ficar três meses deitada, eu tinha que ficar em casa de novo, daí eu voltei pra casa. Daí tinha que tratar ela na cama porque os dois tavam correndo risco, tanto a mãe quanto o nenê, aí eu voltei pra casa. Aí depois de um tempo eu comecei a trabalhar de novo, daí eu já tinha doze anos, aí eu comecei e fui trabalhando. Daí quando esse nenê tava perto de nascer aí o meu irmão se queimou tudo! Todo o corpo na água. Daí eu fiquei três meses parada de novo, no hospital, com meu irmão. Porque o pai trabalhava, era o único que trabalhava, daí eu não podia mais trabalhar pra cuidar dele, e a mãe tinha, ela tava 8 meses grávida quando isso aconteceu. Aí depois de um mês nasceu o outro nenê, o último, que era o M., daí ele nasceu e daí eu continuei cuidando da mãe e do meu irmão, sabe? Era pra nós mais velhos, era bem complicada a vida em casa. E daí depois a gente continuou trabalhando, trabalhando, trabalhando, eu trabalhei até os vinte e um anos, aí eu casei, e eu casei no dia primeiro de abril, aí no dia cinco eu recebi o pagamento e eu dei pra minha mãe pagar as contas. [...] nós era responsável, a mãe, ela me dava e nós tinha que comprar fralda de pano, não era fralda que nem agora descartável, fralda de pano, roupa pra nenê, era tudo pras outras crianças, era tudo, era como se nós tivesse uma família, sabe? Com essa idade a gente já tinha uma família, era responsável pela família. [...] as responsabilidades era nossa, nós era pai, mãe, irmão, tudo ao mesmo tempo. Era muito complicado. (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Defender que a mulher é a pessoa mais apta a exercer os cuidados da família pois constitui-se como mais amorosa, delicada e afetiva, configura-se como um discurso que ressalta as diferenças naturalmente e essencialmente atribuídas entre os gêneros. Buscando investigar a construção destes enunciados, Rohden (2010) analisou pesquisas que centralizavam no cérebro a justificativa para as diferenças entre os papéis atribuídos a homens e mulheres, tomando como período histórico estudos realizados desde o século XIX até chegar em pesquisas mais recentes.

Em um dos trabalhos analisados, uma tese de 1839 intitulada “A puberdade da mulher”, de João das Chagas e Andrade, Rohden (2010) refere que o autor buscou apresentar uma ideia geral a respeito da mulher, descrevendo com precisão “as características que fazem da mulher um ser especialmente diferente do homem em função do papel que a natureza teria lhe reservado.” (p. 405). Dentre uma das conclusões da tese, levanta-se a afirmação de que a mulher seria mais sensível do que o homem devido a presença de uma fragilidade, tendo os sentidos mais delicados e as sensações mais vivas, estando naturalmente propensa a expressões nervosas.

A partir disso, a mulher era vista como facilmente impressionável e instável, o que não a tornaria suficientemente apta para o trabalho no mundo dos negócios, afinal sua capacidade de inteligência e resolução de problemas poderia ser afetada pela sua instabilidade emocional. Naturalmente, a mulher estaria então mais apta aos cuidados com a casa, com a família e os

filhos, tendo sua vida direcionada, quase que exclusivamente, para fins de reprodução e cuidados da espécie (ROHDEN, 2010).

Pensando em pesquisas mais contemporâneas, a autora traz discussões sobre as inegáveis mudanças que distinguem os estudos do século XIX dos realizados atualmente. Entretanto, demonstra que a manutenção da busca científica pela diferença entre homens e mulheres ainda prevalece, agora tendo como campo de investigação os hormônios e sua ação sobre o cérebro. Dessa maneira, Rohden (2010) sugere que provavelmente estamos vivenciando apenas “uma nova remodelagem da reafirmação do dualismo de gênero, agora repaginado com as cores da neurociência.” (p. 432).

Dessa maneira, percebe-se claramente que os discursos que colocam a mulher como naturalmente mais apta à maternidade, aos cuidados da casa, dos filhos, da família, do marido, além de ser essencialmente entendida como mais propensa a crises emocionais, constroem-se historicamente e denunciam, antes de tudo, sua instauração em diversas relações de poder que, desde tempos mais remotos, buscam justificar desigualdades entre homens e mulheres através de marcadores biológicos, desconsiderando praticamente todas as violências e opressões de gênero à que inúmeras mulheres, do mundo todo, estão sujeitas.

Considerando as nuances de vivenciar uma condição de vulnerabilidade de gênero, os relatos das entrevistadas sobre seus relacionamentos conjugais puderam me mostrar, mais uma vez, a hegemonia do controle masculino sobre a mulher em Solanum.

Quando eu casei, saí de casa, fui morar com minha sogra. Daí depois meu marido começou a beber. Daí o primeiro nenê eu perdi, depois tinha uma outra gestação, essa ficou, daí eu ganhei o meu filho e daí depois de um tempo meu marido começou a beber, sair, sempre bêbado também. Outra situação igual à que eu tinha em casa. E brigava dia e noite, não era bem comigo, mas era com minha sogra. E eu não tinha opção de ir onde morar. Daí enquanto isso meu sogro faleceu, daí a gente ficou sabe? Daí minha sogra ficou sozinha, a gente tinha que ficar lá e daí foi aquelas brigas, brigas, brigas, foi 13 anos! Até que eu, eu decidi comprar um terreno escondida, que eu trabalhava na fábrica, eu fazia serão, esse dinheiro eu colocava no banco, separado. Aí quando eu tinha um dinheiro, o cara pediu 4.500 na época, daí comprei o terreno e daí meu, daí como meu marido sempre tava bêbado, como é que eu vou fazer? Daí o S. disse segunda de manhã: - Amanhã de manhã, que nem sábados ele falou pra mim, segunda de manhã vocês tem que vim aqui pra fora pra gente fazer a escritura do terreno, mas o meu marido não sabia de nada. E daí eu disse: - Óh, é assim, eu comprei um terreno. E daí ele disse: - Não tem dinheiro! Eu disse: - Tu não tem, mas eu tenho, eu poupei esse dinheiro. Eu fazia serão, trabalhava em sábado, fazia torta em casa, tudo pra poder ir morar sozinha. Daí eu comprei o terreno, daí ele foi junto, porque como nós era casado em comunhão universal de bens, ele tinha que assinar também. Aí a gente foi, comprou o terreno e daí depois eu fui na caixa e construí a casa, sozinha! Porque ele não tinha fundo, não tinha nada, porque ele não trabalhava. Ele trabalhava, fazia uns bicos por aí pra bebida, o resto era comigo. Quem sustentava a sogra, as visitas, mais minha casa, era tudo comigo ali. Daí os treze anos que eu morei lá, meu. Daí eu pensei: agora que eu tenho a minha casa, eu vou me mudar, em domingos de manhã eu me mudei. Agora vai melhorar! Aí depois de um tempo, meu Deus do céu, ele começou a ficar ruim, cada dia mais ruim, cada dia mais ruim, e complicado, e brigava, não deixava mais ninguém dormir. Eu cheguei a pesar 42 kg, que ele só brigava em casa, brigava, brigava, dia e noite, dia e noite, meu Deus do céu. Às vezes o vizinho vinha de noite olhar uma vez. Um dia ele pegou a mesa, virou a

carne, os bifés que eu fiz de noite pra fazer uma janta pra, eu fazia janta pra ele, eu não comia, mas eu fazia pra ele, porque às vezes ele ia trabalhar junto com o M., daí eu pensei: não, daí ele pode comer melhor. E virava a mesa, os pratos, os bifés tava lá embaixo da estante na sala, que voava assim. Era uma tristeza. E daí com o tempo foi aumentando, eu já não conseguia mais dormir, não conseguia mais comer e cada dia pior, e briga, e briga, e briga e ele não trabalhava mais. Um dia ele cortou os pulsos em casa. Cheguei em casa tudo cheio de sangue na garagem, aí tinha 3 garrafas de cerveja, uns copos lá em cima da mesa. Daí eu cheguei em casa tudo cheio de sangue, a porta tava aberta, não tinha ninguém em casa. Aí eu só entrei, liguei o telefone, sabe não tinha bateria, liguei o telefone na bateria, botei ali, aí liguei pra brigada, liguei pro posto (de saúde) pra saber, daí a mulher disse: ele veio no posto, ele disse que se cortou na moto serra, mas não era. Daí eu abri uma gaveta e tinha uma faca dentro, ele tinha se cortado como uma faca. Aí eu pedi ajuda pros irmãos dele e eles riram disso, sabe? Os irmãos ficaram gozando ainda, acharam que era... E daí foi, foi, foi, foi até dia dezenove de janeiro, daí eu saí de casa, não dia quinze de janeiro. E daí do dia quinze de janeiro até o dia dezenove de fevereiro ele ficou sozinho na casa. Daí ele botou fogo na casa (silêncio). Ele queimou a casa e queimou dentro também (silêncio). (Fonte: entrevista com Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo Médico de Família e Comunidade).

Daí eu fui morar com meu namorado, daí a gente construiu uma casa né, casou, tudo. Só que daí ele também começou a beber e ele já tinha diabete tudo né, ele não podia, ele saía de casa de manhã, voltava tarde da noite, e eu tava assim, sabe, toda nervosa, estressada. Daí eu aguentei isso catorze anos, até que eu tomei uma decisão de não querer mais aquilo pra mim, porque eu vivia sozinha, eu não tinha ninguém, sabe, nenhum apoio. E como a gente já se sentia assim muito sozinhas e humilhadas desde em casa né, porque a gente era humilhada, porque o pai bebia, a gente era visto como as filhas do cachaceiro, sempre isso né? A gente não tinha ninguém que defendesse né. E daí um dia, sabe, o que mais me doía quando eu falava pro meu marido assim: - Se tu não parar de beber, eu vou embora, eu não aguento mais essa vida né? Porque eu trabalhei e praticamente construí minha casa sozinha, porque ele vivia também só jogando carta, futebol e bebia né? E daí quando vinha pra casa, eu tava o dia inteiro na fábrica, de noite no serão, e em sábados eu trabalhava o dia todo lá na padaria, daí ainda em sábados de noite ele chegava em casa e me passava mal de tanto que bebia né e comia tudo que era coisa errada. E daí ele simplesmente ganhava convulsão, a glicose dele baixava demais, daí eu ficava ainda aqui no hospital quase o domingo inteiro com ele. Daí eu aguentei isso catorze anos daí. E quando eu dizia pra ele né, pra ele parar, pra ele se cuidar mais né, porque o diabético pode ter uma vida normal, mas não, ele não, fazia tudo errado, parecia que queria chamar atenção com aquilo. E daí o que mais me doía quando eu dizia pra ele que eu ia largar dele, daí ele me dizia: - Ai, tu quer ir, vai embora, tu sempre com essas ameaças de ir embora, vai! Porque mulher se acha em qualquer lixo (silêncio). Sabe, daí eu me sentia pior ainda. Daí até que um tempo eu fiquei tão mal, tão mal com aquilo, sabe, levando aquilo né, empurrando de barriga, que eu comecei a ganhar convulsão, eu tinha ganhado três convulsão. (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

Daí ele (seu esposo) briga, não só porque eu vou falar, senão ele não briga, senão ele não briga, ele é muito brabo assim, muito assim antiquado. Ele não quer aceitar assim certas coisas, então ele pensa que ele tem que mandar em casa, mas eu nunca deixei ele mandar em casa por causa dos problemas de saúde dele, quem toma as rédeas de cuidar da horta, que vai dizer coisas: - Temos que fazer isso, sempre eu! Eu não posso deixar nas mãos dele, fica tudo, fica tudo em inço, fica grande, aí a gente não teria o aipim plantado, o milho plantado. Eu sempre tenho que, eu que boto tudo na cabeça e daí ele vem comigo, mas se eu deixo isso no comando dele, como seria antigamente, não! Eu nunca deixei por causa dos problemas dele, olha já teve semanas, teve ataque (epilepsia), semanas que levou duas semanas pra ceder, pra ele se recuperar, então eu sempre tomei a frente de tudo. E ele não diz, mas no fundo ele acha isso humilhante. (Fonte: entrevista com Jacinta, 62 anos, há 20 anos diagnosticada com depressão pelo Médico Clínico Geral da rede de saúde pública da comunidade).

Sim, que nem o relacionamento. Eu e meu namorado também tá complicado, sabe? A gente tá brigando bastante, porque eu não tenho, eu não tenho vontade sabe de ter relação (sexual) e tudo. Isso querendo ou não isso acaba prejudicando né? Porque ele, muitas vezes não entende. Até que ele entende, sabe, só

que não é, eles entendem até por um tempo, mas chega uma hora assim que. Aí sabe, tá complicado de lidar com isso. Aí, eu queria me livrar disso. (Fonte: entrevista com Verônica, 27 anos, há 6 anos diagnosticada com depressão pela Médica Psiquiatra da rede de saúde pública de outro município).

- Eu comprei os remédios, eu comecei a tomar eles. Daí meu marido pediu o que eu tinha e eu disse que eu tinha depressão. Daí naquela hora ele não falou nada, não disse nada assim, sabe. Só que eu tava trabalhando naquele tempo, aí depois eu parei de trabalhar e eu tava bem, eu tomava uma paroxetina por dia, eu tava bem. Daí o meu marido começou a encher o meu saco porque tinha que gastar dinheiro com remédio, que eu não tava trabalhando (ele pagava a medicação).

Pesquisadora: Então a primeira vez que tu parou de tomar a medicação foi porque teu marido pediu?

- Sim. É, ele me cobra isso. Que pagando isso ele do mesmo não tinha nada. Que ele paga pra mim e ele não tem nada. Que nem ele paga os remédios e não tem retorno. Que nem, seu eu vou comprar uma bala eu vou comer uma bala. Só que ele paga os remédios e quem toma sou eu. [...] eu que tô tomando o remédio, não é ele. (Fonte: entrevista com Carmen, 38 anos, há 8 anos diagnosticada com depressão por Médico Psiquiatra particular).

A atribuição de papéis femininos e masculinos imbricados a relações de poder, também pode ser vista nos relatos sobre os relacionamentos conjugais, mostrando o funcionamento de uma hegemonia do poder do homem sobre a mulher, ação que ainda se exerce, nos dias de hoje, apesar de tantas lutas e conquistas das mulheres, quase todas advindas de reivindicações dos movimentos feministas.

Esta hegemonia masculina se exerce, nesta pesquisa, através das ações de controle exercidas por homens e direcionadas aos corpos das mulheres, restringindo suas vestimentas, seus pensamentos, seus relacionamentos, seu desejo sexual, o controle de seu poder aquisitivo e até mesmo o futuro de seus destinos. Meyer (2000), ao discutir o conceito de gênero adotado pela historiadora e feminista Joan Scott, define que ele deve ser entendido como um aspecto que é constitutivo da identidade dos sujeitos, articulando-se a partir de múltiplas relações sociais de poder, as quais implicam compreender que muito além de atribuições de papéis sociais masculinos e femininos deve-se atentar para a forma com que estas masculinidades e feminilidades se exercem, criando e mantendo hierarquias sociais que seriam justificadas através da diferença entre os sexos.

Assim já dizia Louro (2003) “para que se compreenda o lugar e as relações de homens e mulheres numa sociedade importa observar não exatamente seus sexos, mas sim tudo que socialmente se construiu sobre os sexos”. (p.21). Dessa maneira, ao analisar os relatos das entrevistadas, percebe-se que o significado de ser mulher em um relacionamento conjugal, nesta comunidade, estava permeado por violências e opressões de gênero que, situadas em relações de poder, muito além de estabelecer associações com o desenvolvimento de condições de saúde mental e o aparecimento de experiências singulares de sofrimento, acabava por ditar um padrão de comportamento esperado para as mulheres, reforçando e mantendo discursos que as representam quase sempre de forma bastante subjugada em seus relacionamentos.

#### 8.4.6 Morar no campo: entre o imaginário e o “real”

Você é seu próprio lar  
(*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

Em quase todas as minhas experiências de divulgação dos meus dados da pesquisa em Solanum, percebo manifestações de descrédito em muitos rostos daqueles que me assistem. Geralmente este fato acontece porque muitos moradores da cidade, assim como tantos outros profissionais da saúde, não conseguem encontrar justificativas para os altos índices de diagnósticos em saúde mental e o significativo uso de medicações psicotrópicas por parte população da comunidade. Às respostas mais comuns, ou melhor dizendo, os questionamentos que mais são levantados dizem respeito a presença de uma boa qualidade de vida na cidade, entendida aqui como presença de boas condições de moradia, quase que inexistência de desigualdade social, baixíssimos índices de violência e incidência de roubos, acesso ao trabalho e a boas condições de educação e saúde, o que acabaria invalidando qualquer possibilidade de apresentar um diagnóstico de saúde mental na percepção destes moradores e de alguns profissionais de saúde.

Buscando ampliar minha percepção sobre o tema, especialmente nos últimos meses tenho percebido que esta interrogação também vem sendo levantada por aqueles que buscarei denominar como *os de fora*, ou seja, sujeitos que não são moradores ou frequentadores assíduos de Solanum. Costumo encontrá-los na universidade, em congressos, em amigos de outras cidades, em ex-colegas do curso de psicologia, em estrangeiros (moradores de outros países) que visitavam a casa de minha orientadora e que discutiam sobre minha temática de pesquisa e, até mesmo, em estudantes que circulavam pela ESF Girassol enquanto estive realizando este estudo.

Eu trabalho numa favela perigosa do Rio de Janeiro e não vejo esse tipo de problema dessa maneira, dessa magnitude na Rocinha, por exemplo, no Rio de Janeiro. É uma favela que tem condições de vida muito piores do que aqui, que as pessoas não têm acesso à terra, que as pessoas não têm acesso a lazer, que as pessoas não têm acesso a várias coisas como as pessoas tem aqui. Lazer nem tanto, porque as pessoas não têm acesso a lazer aqui, mas acesso à terra, acesso a trabalho, que tem pelo menos um salário mínimo, têm alguma coisa garantida, enfim, é, e não vejo a prevalência de problemas de saúde mental como eu vejo aqui. Então é muito gritante assim, pra mim. [...] acho que talvez pra mim que sou da cidade, existia muito esse glamour do campo né, aquela ideia de que que as pessoas têm tudo pra elas e têm uma vista bonita e podem ter a liberdade ou a autonomia pra produzir o que elas quiserem e tudo mais. E acho que é um fetiche de quem é da cidade isso, de achar que ir pro campo vai resolver todos os seus problemas e que tudo é muito bom e todo mundo é muito feliz [...]. (Fonte: entrevista com profissional G).

Profissional G: - Mas acho que a realidade é muito mais da pobreza, acho que aqui é muito pobre também né, as pessoas também elas são, por isso mesmo elas se submetem a relações de trabalho tão problemáticas, e elas tão muito colocadas numa realidade de tá presos né, de tá, acho que isso que eu vejo né. As pessoas se sentem muito presas ao seu trabalho, presas à sua família, presas à sua relação na comunidade

Profissional A: - Quando você fala muito pobre, o que é que é muito pobre pra ti?

Profissional G: - É claro, pobre tem várias interpretações, aliás. [...] eu acho que a pobreza nesse sentido que eu tô falando é uma pobreza financeira, mas tudo bem que ela não, pobreza não é só isso. É muito diferente você não ter dinheiro aqui e você não ter dinheiro na Rocinha, no Rio de Janeiro. É diferente, você tem a sua terra, você pode produzir, tem várias coisas que são diferentes. Mas em vários sentidos elas também são parecidas. Mas não precisa ser só uma pobreza financeira, mais no sentido de justamente não conseguir ser autônomo na sua vida, ou não ter protagonismo, não ter lugar de voz na família. [...] é não conseguir ter a palavra final em relação a sua própria vida, ou de não conseguir atingir as suas potencialidades, acho que é isso. A gente vê aqui que pessoas por necessidade, ou também por questões culturais, abandonam a escola, começam a trabalhar com catorze, dezesseis anos, que não é nada diferente do Rio de Janeiro, São Paulo e Porto Alegre, e vão cada vez mais abandonando as potencialidades, seja lá o que queriam fazer ou o que poderiam fazer, pra viver uma vida que é igualzinha à do seu pai, que é igualzinha da sua mãe, que é o que eles falam (Fonte: entrevista com profissionais da ESF).

Schnorr (2011) refere que a mídia, principalmente através de produtos da televisão como as novelas, representa a vida no campo de uma forma muito homogênea, sendo este considerado como um local atrasado, estático e onde quase nada acontece. Em contrapartida, o urbano seria o local do progresso, do movimento e das possibilidades de crescimento social. O espaço do campo só costuma ser representado como sinônimo de progresso quando mantém relação com grandes plantações, atividades de exportação ou produção de pecuária de corte.

Em grande parte destes produtos televisivos, segundo a autora, prevalece o estereótipo de que o morador da comunidade rural é ingênuo e com poucas condições de dar continuidade aos estudos, devido às dificuldades de acesso às escolas. Sua maneira de falar também costuma ser descrita como uma condição inculta, sendo seus erros e sotaques logo percebidos quando ele vai até a popular “cidade grande”. Além disso, palavras como tranquilidade, silêncio e calma também costumam ser atreladas ao espaço do campo (SCHNORR, 2011, grifo meu).

Observa-se assim, mais uma vez, a construção de representações simbólicas acerca do campo e de seus moradores. Hall (1997) já afirmava que estas representações costumam ser produto do olhar de um outro sobre determinado grupo, especialmente em situações que envolvem relações de poder. Nesse sentido, percebe-se a existência de um imaginário social sobre o significado de morar no campo, colocando a cidade e o espaço urbano como os únicos territórios onde haveria possibilidade de desenvolvimento e progresso, ocupando assim espaços de superioridade em uma escala hierárquica de poder.

Uma vez que questões de pobreza, violência, desigualdade social, discriminação e desemprego contribuem para um aumento na probabilidade de desenvolvimento de doenças

mentais especialmente em mulheres, segundo a OMS (2009), e entendendo o território do campo como espaço de calma e tranquilidade, realmente poderia causar certo nível de estranhamento a presença de altos índices de depressão em Solanum. Entretanto, é exatamente discutindo este aspecto que me dou conta do quanto esta pesquisa de mestrado adquire relevância frente as discussões sobre experiências individuais com diagnósticos em saúde mental, além de questionar alguns dos pressupostos sobre os quais estudos epidemiológicos e estatísticos vêm se sustentando.

Dessa maneira, por mais que em Solanum, por exemplo, os níveis de desemprego ainda permaneçam muito baixos, pode-se observar que a organização do trabalho na comunidade vem contribuindo significativamente para o aumento do adoecimento mental, especialmente em mulheres. Ou seja, ao analisar estatisticamente a distribuição de trabalho e renda na comunidade, superficialmente ter-se-ia a percepção de que esta não poderia ser um fator que contribuiria para o adoecimento mental, afinal desigualdade e desemprego não alcançariam taxas preocupantes.

Entretanto, como nos ensinou Foucault (2014a), as relações de poder que se estabelecem entre as pessoas e as instituições não devem ser desconsideradas, afinal é a partir delas e sobre elas que determinados discursos e práticas estão estabelecidas. Em Solanum, ao analisarmos a organização das práticas laborativas devemos considerar desde o discurso socialmente construído sobre o imigrante teuto-brasileiro e seu relacionamento com o trabalho, como discutiu Meyer (2000), até mesmo as próprias condições de trabalho exercidas nas indústrias de calçados, permeadas por desvalorização do trabalho feminino, sobrecarga e quase que total desconsideração sobre a existência de questões de saúde mental, apontando para a existência de desigualdades de gênero.

De forma semelhante, ao interpretarmos os estudos epidemiológicos que discutem a prevalência do diagnóstico de depressão em mulheres, torna-se importante observar o quanto as violências e opressões de gênero, além das relações de poder desiguais entre homens e mulheres, também podem estar imbricadas no discurso que, em nossa contemporaneidade, propaga com muita força a maior prevalência de diagnósticos de saúde mental no público feminino. Através disso, poderemos continuar encontrando argumentos teóricos que busquem instaurar uma discussão sobre o predomínio dos aspectos biológicos como justificativa para manutenção das diferenças entre os sexos, sendo estes ainda amplamente utilizados em pesquisas.

Tudo isso nos mostra que morar no campo não exige ninguém de desenvolver um quadro de doença mental, pois não é para o campo, esteticamente falando, que devemos voltar

nosso olhar. Ao contrário, devemos é nos questionar sobre quais discursos construíram esse campo e de que relações de poder ele é (e vem sendo) historicamente, politicamente, economicamente e socialmente constituído.

#### **8.4.7 Cargas e enfrentamentos de quem cuida: profissionais da saúde, concepções sobre saúde mental, mulheres e cuidado**

E um homem não me define  
 Minha casa não me define  
 Minha carne não me define  
 Eu sou o meu próprio lar  
 (*Triste, louca ou má* – Francisco, El Hombre)

Sentir cansaço. Não dar conta da demanda. Sentir cansaço. Não encontrar respostas. Sentir cansaço. Ter vontade de chorar. Sentir cansaço. Ficar com raiva. Sentir cansaço. Não ter vontade de voltar a trabalhar. Sentir cansaço...

Este parágrafo que inaugura a última categoria de análise desta dissertação foi escrito propositalmente desta forma, pois busca retratar um dos meus sentimentos enquanto observadora participante da rotina da ESF Girassol, além de ser um recorte de tudo que pude escutar dos próprios profissionais de saúde da Unidade. Havia cansaço, quase que o tempo todo, permeando a equipe. E dúvidas, um mar de dúvidas.

Profissional B: - Mas essa é a questão da pressão que a equipe também sofre né ? (falando sobre os atendimentos em saúde mental). Muitas vezes o que nós podemos fazer pra melhorar né? A gente acaba atendendo essas pessoas todos os dias e nós também somos...

Profissional A: (interrompe e complementa). - Somos seres humanos.

Profissional B: - Somos seres humanos e estamos acumulando todas essas coisas.

Profissional A: - Ainda somos seres humanos (risos).

Profissional D: [...] - escutar a pessoa, tudo que ela tem pra falar pra, porque depressão acho que não é, saúde mental não é só falar sobre depressão, é tudo que a família fala pra nós do seu dia-a-dia, tudo isso eu acho que é saúde mental. Ontem até eu li um texto, eu achei, até salvei aqui pra mim (olha no celular), se eu posso ler?

Pesquisadora: - Pode!

Profissional D: - Eu achei bem legal. “A saúde mental não se restringe a transtornos ou a doenças mentais. Ela diz respeito ao nosso modo de estar no mundo, as nossas relações com as outras pessoas e a nossa postura perante o mundo em que vivemos. Tem a ver com sofrimento tanto quanto com felicidade.”

[...] mas assim no que eu consigo talvez o que eu mais assim fico, quando eu termino uma visita (visita domiciliar) assim, às vezes é bem pesada assim, como semana passada então, e realmente eu penso: meu Deus do céu, eu não posso mais, eu não consigo, eu tô fazendo mal pra mim, e agora o que é que, aonde que eu vou gritar né? O que é que eu vou fazer com o que eu escutei? E aquela culpa de não, talvez eu não posso ir mais sabe, daquilo que eu tô indo, e são pessoas né? Que tão ali, que a gente amanhã talvez,



ou eu também né. Então quando eu escuto assim bah, uma conversa, tomamos um chimarrão, eu sento, eu escuto, e eu realmente gosto muito de conversar e quando eu saio da casa da pessoa e a pessoa me abraça e diz: parece que tu tirou assim 100kg de mim e aí eu sinto que eu tô fazendo a diferença. [...] eu me importo muito sabe, até as pessoas às vezes dizem, até li bastante sobre isso sabe, pra não ser esponja né? Sugar. Mas é bem difícil às vezes, eu sei que não é saudável pra pessoa, mas são pessoas como eu, como né, com sentimento, com valores e às vezes a gente passa por coisas, a gente escuta aquela pessoa falando coisas que tu já passou na tua vida e aí é difícil. Porque cada um sente de uma forma diferente, isso eu tenho pra mim. Só que às vezes quando a pessoa começa a falar, eu penso: Meu Deus do céu, eu tô me vendo naquela pessoa, eu sei o que é tu tá passando, ou imagino né? [...] então assim, eu dou, quando a pessoa chora nas minhas entrevistas, nas minhas visitas assim, muito assim eu tenho bastante gente que chora assim e aí eu abraço, muitas vezes eu choro junto. Eu até assim achei que no começo, hoje eu já tô trabalhando, ainda acho que às vezes eu não poderia tá chorando porque eu posso talvez tá passando pena ou alguma fraqueza, mas eu não consigo, eu não consigo não chorar quando eu vejo outra pessoa chorando, eu choro também. [...] e talvez não é uma fraqueza, talvez seja um modo de também dizer: - eu tô aqui, ou, sabe, uma coisa assim. (Fonte: entrevista com profissional E).

Eu acho que eu concordo com tudo que todo mundo falou assim né. Sentir angústia né, muitas vezes eu sintonizo, uma das formas até descritas por Freud, se eu não me engano né, às vezes o único recurso que tu tem pra fazer é o diagnóstico é o que tu sente, às vezes tu tá sintonizado com o paciente e tu faz o diagnóstico do paciente baseado no que tu sente né? E, bom, então se a gente realmente funciona nesse nível atendendo 20 pessoas por manhã né, é um caminhão que a gente é atropelado por dia, tá. E depois de 8 anos a gente acaba criando um pouco de uma casca, mas eu continuo estando aqui de corpo e alma né e acho que eu sou muito feliz de ter uma rede né [...]. Mas assim é, às vezes a sensação é que a gente é uma antena aqui pra poder né, sentir e evitar o pior né, que seria na minha opinião, o suicídio né. (Fonte: entrevista com profissional A).

Tu te sente sobrecarregada, às vezes eu canso de ouvir sabe, às vezes eu até desligo né, porque é uma energia assim muito negativa, às vezes eu acho que eu não tenho lugar aqui dentro, mas é isso assim. Eu tento me isolar assim um pouco, quando a gente fica escutando muito né, muito sofrimento das pessoas né? [...] é que às vezes as pessoas elas depositam né, tanta confiança na gente e às vezes eu acho que eu não dou conta de tudo, sabe, porque nossa, tem tanto problema, tanto problema que tu pensa assim: - O que é que eu vou fazer com tanta informação né? A gente não, a gente também não é um monge, sábio, pra sair dando conselhos. (Fonte: entrevista com profissional C).

Em uma reunião de equipe, um dos profissionais da ESF Girassol traz um relato sobre o quanto era difícil escutar algumas coisas nas visitas domiciliares realizadas, ainda mais quando via as pessoas chorando. Fala que: - Parece que eu não sei o que fazer. Eu abraço, digo que vai passar, mas sei lá. Dá medo de pegar essas coisas pra gente e ficar doente também. (Fonte: Recortes do Registro do Diário de Campo da pesquisadora, setembro de 2017).

Em um dia de observações na Unidade de Saúde, converso com profissional B e com os profissionais D e E sobre sentimentos que alguns pacientes podem despertar nos mesmos. A profissional B então relata: - Eles (pacientes) vêm aqui e eu não sei o que dizer. Daí eles vem duas, três vezes e tu sabe que não é pelo motivo da consulta, mas que eles precisam conversar. Mas tu vai fazer o quê? (Fonte: Recortes do Registro do Diário de Campo da pesquisadora, Outubro de 2017).

Os trabalhadores de uma Equipe de Estratégia de Saúde da Famílias, segundo Carreiro et al. (2013), costumam estar submetidos aos mais diferentes riscos à saúde, entre eles a exposição a substâncias e materiais tóxicos, a precarização das condições de trabalho, a falta de reconhecimento profissional, os baixos salários, as dificuldades de manter o trabalho em equipe, as brechas e lacunas na própria organização dos sistemas de saúde, o que pode causar entraves em seus fluxos de trabalho e, até mesmo em alguns casos, podem estar sujeitos a experiências

de perseguição política. Além disso, em muitos casos, segundo os autores, a saúde do profissional acaba sendo desconsiderada pela gestão, a qual nem sempre mostra interesse em cuidar de seus cuidadores. Da mesma maneira, a condição de saúde pode ser negligenciada pelos próprios profissionais, os quais entendem, por vezes, que não podem ficar doentes, pois são os responsáveis pela saúde dos outros, ou até evitam afastamentos devido à perda em seus rendimentos financeiros.

A presença de transtornos de ansiedade, de humor, uso abusivo de álcool, de tranquilizantes e a síndrome do esgotamento profissional (Burnout) tem sido relatadas em pesquisas que estudam a prevalência de adoecimento mental em trabalhadores da ESF (GOMES et al., 2011; MARQUI et al., 2010; TRINDADE; LAUTERT, 2010; SILVA; MENEZES, 2008; RESENDE et al., 2011). Os pressupostos de organização do trabalho na ESF, segundo Sousa e Hamann (2009), preveem que a equipe seja responsável pela avaliação dos indicadores de saúde das famílias que estão em sua área geográfica de atendimento, buscando elaborar estratégias de enfrentamento para os problemas de saúde, desenvolver ações educativas na comunidade e prestar assistência aos usuários tanto na unidade quanto através de visitas domiciliares. Dessa forma, este modelo de assistência pressupõe o estabelecimento de um vínculo entre a equipe e os moradores da sua área de responsabilidade, buscando em conjunto com todos os envolvidos a construção de soluções para os problemas de saúde detectados, o que pode acabar gerando um gasto de energia considerável, além de exigir capacidade de flexibilidade e adaptação, aspectos que, dependendo do perfil de cada profissional, podem acabar desencadeando um sofrimento mental.

O Ministério da Saúde, através do Cadernos de Atenção Básica, volume 34 (BRASIL, 2013), elabora um manual que é enviado para as equipes de ESF a fim de auxiliar os profissionais na compreensão sobre os tratamentos e intervenções propostos na área da saúde mental. Este Caderno está organizado em três partes: a primeira está intitulada “*Cuidado da Pessoa em Sofrimento: Conceitos gerais e aplicações práticas*”, a qual busca apresentar, entre outros aspectos, a Política Nacional de Saúde Mental, os princípios de intervenção em saúde mental, a importância do acolhimento, as ações terapêuticas e as definições de cuidado, sofrimento, pessoa e território; a segunda parte, intitulada “*Saúde Mental e a cartografia da pessoa, da família e da comunidade*”, abordando o cuidado em saúde mental ao longo do ciclo de vida, a construção do Projeto Terapêutico Singular (plano de atendimentos em saúde mental construído individualmente para necessidade de cada usuário) e a utilização de instrumentos de cartografia para compreensão dos significados de família e sofrimento psíquico; e a terceira e última parte, intitulada “*Cuidado da Pessoa que Sofre*”, discutindo as situações de saúde

mental mais comuns na Atenção Básica, os instrumentos de avaliação psicossocial, citando aqui a elaboração de grupos de cuidado, as Práticas Integrativas Complementares, tais como Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa, a descrição de intervenções psicossociais avançadas, como terapia comunitária, mediação de conflitos e até mesmo terapias cognitivo comportamentais e o último capítulo apresentando os principais medicamentos utilizados em tratamentos de saúde mental na Atenção Básica. A equipe da ESF Girassol possuía um destes exemplares, localizado na estante da sala de reuniões. Em todas as observações participantes que realizei na unidade, não foi possível identificar a sua utilização, o que não descarta a possibilidade de que o Caderno tenha sido utilizado em outras oportunidades.

Sobre as questões específicas de saúde mental dos próprios trabalhadores da ESF, o Caderno discute a temática em uma página, frente e verso (25 e 26), adotando como título “As expectativas e o sofrimento do profissional de Saúde no cuidado em saúde mental”. O primeiro parágrafo do texto aborda, rapidamente, a formação do profissional da saúde, o foco sobre a doença e a criação de expectativas frente a remissão total dos sintomas dos usuários. O segundo parágrafo reforça que muitos medos dos profissionais podem ser justificados por essa expectativa de cura (através da remissão total de sintomas). O terceiro discute a troca de dúvidas entre os profissionais da equipe quando um atendimento em saúde mental é realizado, indicando a necessidade de um autoquestionamento dos profissionais sobre os conhecimentos que possuem para este tipo de demanda. O quarto parágrafo apresenta a importância do vínculo e da manutenção de um atendimento processual na Atenção Básica. O quinto aponta os sentimentos despertados frente ao fato de nem sempre saber qual conduta adotar em atendimentos de saúde mental, ressaltando a importância de discutir com os demais componentes da equipe e também encontrar um espaço para poder falar sobre seus próprios sentimentos, caso contrário experiências de distanciamento e resistência com usuários que demandam atendimentos de saúde mental poderiam acontecer. No sexto e penúltimo parágrafo, um alerta para que as estratégias de intervenção adotadas não sejam por demais rígidas, focadas apenas em remissão dos sintomas, e no sétimo e último parágrafo, apresentam-se as temáticas que serão discutidas nas próximas sessões.

Ao longo da minha leitura deste manual, percebi que não havia qualquer sugestão de cursos de capacitação destinados aos profissionais, especialmente neste tópico. Da mesma maneira, no período de realização desta pesquisa, apenas observei a participação de dois profissionais da ESF Girassol em uma capacitação sobre suicídio, realizada em Porto Alegre, em função do Setembro Amarelo (campanha nacional de conscientização e prevenção da vida e do suicídio). A Unidade de Saúde nunca pode ser fechada ou ter seus atendimentos

interrompidos a fim de que todos os profissionais pudessem participar destes cursos ou de outras capacitações, o que também acabava limitando suas formações continuadas.

No que se refere ao papel de mulher nos cuidados em saúde, em Solanum, os profissionais veem e atribuem uma maior responsabilidade da mulher no tratamento de agravos e doenças de outros membros da família, colocando-a como aquela que guia e auxilia os demais no seguimento do tratamento. Também foram realizadas comparações entre o processo do adoecimento do homem, o relacionando ao abuso de álcool, e o adoecimento da mulher, entendendo-a como aquela que mais acessa o Sistema de Saúde por ter mais facilidade na comunicação de seus sintomas e sentimentos.

É no sentido do adoecimento né, assim, o homem adoecer claro, de uma maneira assim generalizada, o homem adoecer de uma maneira mais fechada né, de uma maneira mais secreta e vai levando isso até o momento, até que se suicida, mais até que as mulheres. Enquanto as mulheres, muitas vezes procuram ajuda mais cedo, mas estabelecem essa relação problemática com o seu corpo, com a sua saúde, muito mais cedo e por muito, muito mais tempo. (Fonte: entrevista com profissional G).

Acho que isso é muito disseminado né, em qualquer lugar isso vai ser assim, as mulheres acabam procurando muito mais os serviços de saúde, enquanto os homens muitas vezes tentam evitar. E muito que a gente vê, tanto, não sei se aqui acontece bastante, mas, por exemplo, lá em D. (cidade) nos atendimentos, quem carrega, talvez, tipo o cuidado e o tratamento da saúde do marido é a mulher. Então se a mulher não tá presente, o marido ele não vai na consulta, ele não faz o tratamento, ele não segue as mudanças que devem ser feitas e a mulher, ela muito, vai muito mais, pega muito mais o acesso de saúde do que o homem. (Fonte: entrevista com profissional H).

A mulher acaba adoecendo justamente por isso, porque ela é a matriarca de tudo, do marido, da casa, da família, do trabalho e acaba se sobrecarregando em todos os sentidos. [...] e muitas vezes tem que segurar as pontas, porque se largar, o marido vai ficar doente, a casa vai. (Fonte: entrevista com profissional B).

É, os maridos muitas vezes se medicam por conta com cachaça né. Então assim, isso é super comum, daí muitos acabam conseguindo depois dar uma, uma calibrada e não entrar naquele adoecimento do alcoolista, assim que qualquer um vê que o cara tem problema de bebida né. Mas, é complicado se automedicar, acho que é uma das coisas que faz com a gente entenda porque é que os homens não procuram tanto, se automedicam com cachaça. (Fonte: entrevista com profissional A).

Nestes relatos, percebe-se, novamente, o funcionamento dos papéis de gênero entendidos culturalmente como de responsabilidade da mulher, considerando desde o cuidado com a doença de algum membro da família, até a sua maior capacidade de falar sobre sentimentos e sintomas de sua doença. Segundo Rabelo e Araújo (2014, p. 129), “as construções sociais que localizam na mulher a responsabilidade pelo cuidado de si e de seus familiares têm contribuído para que trabalhadores da área de saúde negligenciem a dimensão social da mulher.” Exatamente por isso, segundo Carvalho e Dimenstein (2004), situações envolvendo o uso de álcool, drogas, violência e dependência de ansiolíticos têm sido invisibilizadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família, fazendo com que processos de saúde-doença

permeados por problemas sociais acabem sendo diagnosticados e medicados de forma hegemônica, às vezes sem mesmo colocar em questão a existência do sofrimento destas pessoas.

Na ESF Girassol, foi possível perceber que os profissionais buscavam compreender o processo de adoecimento mental das mulheres em associação às condições sociais, econômicas, políticas e históricas responsáveis por construir e demarcar as representações do significado de ser mulher na cidade. Porém, alguns discursos superficialmente explicativos, como a responsabilidade da mulher no cuidado do tratamento do marido, o uso do álcool por homens como estratégia para não adoecer, e o maior acesso aos cuidados de saúde pelas mulheres, ainda continuavam sendo utilizados.

Ressalto que não estou questionando a percepção dos profissionais de saúde, muito menos buscando comprová-la ou refutá-la. Apenas busco demonstrar que alguns discursos construídos em relações de poder hegemonicamente masculinas continuavam sendo propagados.

Por fim, os limites de atuação dos profissionais também foram levantados em suas discussões, envolvendo interesses econômicos da cidade, estratégias de gestão em saúde e até mesmo conflitos éticos entre profissionais de unidade de saúde distintas, como pode ser visto nas seguintes falas:

[...] é muito complicado quando a gente tá enfrentando interesses econômicos, interesses são uma relação de poder aqui né, na cidade, acho que em qualquer relação entre humanos se colocam relações de poder, mas nesse momento eu, fica mais claro ainda as forças que estão em disputa né: é a força do empresariado, da fábrica, dos donos, da economia dessa região, contra a força de uma equipe de saúde, de uma equipe, de um grupo de pessoas que está disposta a debater a saúde desses trabalhadores, o que pro empresário pouco importa né, enquanto ele consiga produzir, enquanto ele consiga fazer dinheiro pra eles é muito bom. E é o que a gente vê né, a gente vê várias problemáticas em relação a atestados né, em relação a várias coisas. A gente, que isso se coloca não só da gente ter uma demanda gigante sobre saúde mental, que esse não é o problema, debater saúde mental é uma coisa que os médicos, os enfermeiros, enfim, os profissionais de saúde tem que estar dispostos, tem que estar preparados, mas a gente não consegue debater saúde mental da maneira que a gente gostaria né, na verdade a gente só tá remediando, a gente só tá intervindo na doença e não na prevenção, porque existe uma demanda muito grande, porque a gente não consegue se livrar dessa demanda. (Fonte: entrevista com profissional G).

[...] porque às vezes eu vejo pessoas na saúde querendo, oferecendo cada vez mais procedimentos, cada vez mais exames, cada vez mais, e a gente tem que lidar com isso de alguma forma. Mas isso acaba reforçando este diálogo do medo, entende? Que parece que o diálogo que se deve dar com a saúde é através dessa resposta primária com a saúde mental como um medo de alguma coisa física e que não se sustenta quando a gente vai ver as evidências científicas e parece que isso é reforçado né. E você tocou então nos conflitos de interesse (apontando para profissional ao seu lado). Assim, quem quer ganhar dinheiro com isso é muito fácil né? Porque a pessoa já tá te dando um medo, ela te entrega assim a coisa que ela é mais vulnerável, seria tipo né, vocês conhecem o Aquiles né, e ele chega dizendo: pessoal, o meu ponto fraco é aqui né (aponta para tendão de Aquiles). É só tu enfiar a faca aqui né. E as pessoas chegam fazendo isso nos consultórios, e eu vejo assim uma, como a gente faz parte desse sistema de

saúde, pra mim é uma coisa importante colocar né, como a gente tem responsabilidade. Então não é só o homem, é o sistema de saúde, como tem responsabilidade de reforçar essa cultura do medo, esse diálogo baseado (na necessidade de mais exames, consultas, procedimentos), eu sei que talvez seja um pouquinho abstrato eu falar nisso né, mas a gente reforça isso. (Fonte: entrevista com profissional G).

Dia de reunião de equipe e em pauta discutem as novas responsabilidades atribuídas aos profissionais D e E, entre elas, investigar focos de mosquito da dengue na comunidade. Estes mostram-se incomodados com as novas atribuições e, da mesma maneira, o profissional A parece irritar-se com o fato, dizendo então: - Agora tem profissional para dengue e não temos registro de um caso aqui (na comunidade). E o suicídio? Suicídio seria uma prioridade, não dengue! (Fonte: Recortes do Registro do Diário de Campo da pesquisadora, Outubro de 2017).

Ser um profissional da saúde, tanto em Solanum quanto em qualquer outro lugar do mundo, talvez possa significar estar envolvido em um jogo de interesse, demonstrativo claro da forças das relações de poder, que envolve desde a organização de políticas públicas de saúde e a adoção do que é entendido como uma prioridade para comunidade, até o próprio relacionamento com profissionais de outras unidades, os quais podem desenvolver concepções de saúde-doença-tratamento muito diferentes das adotadas por alguns de seus colegas.

Dessa maneira, estes meses de observações participantes que realizei na ESF Girassol me fizeram lembrar, outra vez, dos tempos em que eu mesma já fui trabalhadora do Sistema Único de Saúde: neste campo, na minha quase insignificativa possibilidade de opinar, não há quem seja somente bandido, somente refém ou somente vítima. Existe apenas quem hoje possui mais poder e controle, não retirando a possibilidade de que o jogo possa se inverter, novamente, amanhã.

## 8.5 ENCERRANDO A VISITA

Às últimas linhas deste artigo não terão como objetivo retomar os conceitos apresentados ou encontrar um fechamento para os mesmos. Este processo será realizado no que nomeei de “Uma pausa na caminhada: considerações acerca desta experiência”, tópico em que pretendo, da melhor forma possível, descrever o que entendo como o encerramento deste ciclo do mestrado. Por enquanto, gostaria de falar sobre outras histórias.

Acredito que a ousadia deste artigo tenha chegado ao fim. O entendo e o nomeio como ousado, pois lá, em suas primeiras páginas, o descrevi como a tentativa mais densa de análise de todo o material que coletei ao longo dos dois anos da construção desta dissertação. Incerta ainda de que eu possa ter minimamente alcançado a densidade exigida, decidi manter as palavras utilizadas na introdução porque penso que, dentro da minha experiência como mulher,

de origem alemã, psicóloga e estudante de mestrado, este artigo realmente retrata o processo de imersão mais profundo que pude fazer, até o momento, em todos os autores apresentados.

Nestes últimos dois anos tive de aprender a mudar minha concepção sobre a passagem do tempo. Ele voou! Não busco apresentar esta minha percepção para justificar possíveis lacunas desta dissertação. Gostaria apenas de poder compartilhar o quanto estive imersa nesta experiência, vivendo dia após dia todos os significados que estiveram conectados à vivência de ter sido (e ainda continuar sendo) a mestranda que eu fui.

É por isso que, ao final da construção deste último artigo que compõe minha (e nossa e de todos) dissertação, percebo que não há espaço para entendê-lo como uma consideração final. O apresento então como o término de uma visita, pois talvez continuarei tendo a chance de retornar: Quantas vezes for possível. Quantas vezes for necessário. E quantas vezes eu assim quiser.

Obrigada pela paciência, compreensão e pela companhia do início da viagem até aqui.

## 8.6 REFERÊNCIAS

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

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A.P. M. (Entre)Laçamentos Possíveis entre Gênero e Saúde Mental. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

BATISTA, G. C. A construção e desconstrução da Psiquiatria: práticas desenvolvidas nos serviços de Atenção à Saúde Mental. In: ENABRAPSO, XV. 2009, Maceió. **Anais**. Maceió: ABRAPSO, 2009. Disponível em: <[http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais\\_XVENABRAPSO/168.%20a%20constru%C7%C3o%20e%20a%20desconstru%C7%C3o%20da%20psiquiatria.pdf](http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/images/Anais_XVENABRAPSO/168.%20a%20constru%C7%C3o%20e%20a%20desconstru%C7%C3o%20da%20psiquiatria.pdf)>. Acesso em: 01 dez. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei Nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/110216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm)>. Acesso em: 02 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Brasília, novembro de 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica V. 34: Saúde Mental**. Brasília: Ministérios da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas**. Brasília, julho de 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/politica-nacional-de-saude-mental-alcool-e-outras-drogas>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

CARDOSO, M. **Médicos e clientela: da assistência psiquiátrica à comunidade**. UFSCar, São Carlos: FAPESP/Ed, 1999.

CARREIRO, G. S. P. et al. O processo de adoecimento mental do trabalhador da Estratégia de Saúde da Família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 15, n. 1, p. 146-155, jan./mar. 2013. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/14084/15532>>. Acesso em: 06 dez. 2018.

CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 9, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22388.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

FISCHER, R. M. B. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

FOUCAULT, M. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. (Org.). **Michel Foucault - Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica**. São Paulo: Forense Universitária, 1995.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 2014a.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do Saber**. São Paulo: Forense Universitária, 1986.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014b.

\_\_\_\_\_. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1997.

\_\_\_\_\_. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 2014c.

\_\_\_\_\_. **Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade e Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1992.

GOMES, A. L. et al. O Ele entre o processo e a organização do trabalho e a Saúde Mental do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família do município de João Pessoa-PB, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, Paraíba, v. 15, n. 3, p. 265-276, 2011. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/10564>>. Acesso em: 29 nov. 2018.

HALL, Stuart. **Representation: Cultural Representations and Signifying Practices**. London, 1987.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.



HIRATA, E. S. Estigma e depressão. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 71, n. esp., p. 3-15, fev. 2015. Disponível em: <[http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=6094](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=6094)>. Acesso em: 27 ago. 2018.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e Educação. In: SILVA, T. T. (Org.). **O sujeito da Educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MARQUI, A. B. T. et al. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342010000400014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000400014)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração de Caracas**. 1990. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 05 dez. 2018.

\_\_\_\_\_. **Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

MEYER, D. E. E. **Identidades traduzidas: cultura e docência teuto-brasileiro-evangélica no Rio Grande do Sul**. São Leopoldo: Editora Sinodal, 2000.

PATEL, V. Cultural factors and International epidemiology. **Br Med Bull**, n. 57, p. 33-45, 2001. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11719922>>. Acesso em: 05 dez. 2018.

RABELO, I. V. M.; ARAÚJO, M. F. “Essa mulher não sai daqui da unidade”: práticas de descuido e invisibilizações na Estratégia Saúde da Família. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

RESENDE, M. C. et al. Saúde mental e ansiedade em agentes comunitários que atuam em saúde da família em Uberlândia (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 2115-2122, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n4/v16n4a11.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

RIO GRANDE DO SUL. Assembleia Legislativa do Estado do Rio Grande do Sul. **Lei Nº 9.716**, de 07 de agosto de 1992. Disponível em: <[http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXTO&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M0100099.ASP?Hid_Tipo=TEXTO&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281)>. Acesso em: 03 dez. 2018.

ROHDEN, F. O que se vê no cérebro: a pequena diferença entre os sexos ou a grande diferença entre os gêneros? In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

ROSE, M. A. A Origem dos preconceitos. In: XAVIER, M. D. (Org.). **A raça e a ciência II**. São Paulo: Perspectiva, 1972.

RUSSO, J. Do desvio ao transtorno: a medicalização da sexualidade na nosografia psiquiátrica contemporânea. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. (Org.). **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

SCHNORR, J. A representação do viver no campo: o estereótipo do homem e do espaço rural na televisão. **Cadernos de Comunicação**, Santa Maria, v. 15, n. 2, p. 1-10, jul./dez. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/ccomunicacao/article/view/4722/4343>>. Acesso em: 02 dez. 2018.

SILVA, A. T. C.; MENEZES, P. R. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, p. 921-929, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6933.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2018.

SILVEIRA, M. L. da. **O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2000.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa de Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1325-1335, out. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000800002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800002)>. Acesso em: 08 dez. 2018.

TRINDADE, L. L.; LAUERT, L. Síndrome de Burnout entre os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 274-279, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/05.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

## **9 UMA PAUSA NA CAMINHADA: CONSIDERAÇÕES ACERCA DESTA EXPERIÊNCIA**

O desenvolvimento desta dissertação de mestrado me permitiu pensar sobre a construção do diagnóstico de depressão em mulheres. Considero que antes deste estudo, o significado que um dado epidemiológico em saúde mental teria em minha vida seria completamente diferente. Provavelmente eu me perguntaria o porquê dos índices sempre estarem mais altos para o lado das mulheres, assim como fiz quando comecei a pensar remotamente neste projeto, mas provavelmente não poderia compreender a dimensão que este número estatístico realmente estava me apresentando.

A partir disso, em uma tentativa de concluir este trabalho, me proponho a retomar, brevemente, as discussões acerca do gendramento de diagnósticos em saúde mental. Ao longo de toda a minha graduação em Psicologia, nunca me foi apresentada qualquer discussão que colocasse em pauta a possível relação entre a prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres e as violências e opressões de gênero à que tantas estavam expostas no mundo inteiro. Para minha surpresa, em documentos oficiais como a Política Nacional de Saúde Mental, a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Atenção Básica, incluindo aqui o Cadernos de Atenção Básica volume 34, guia específico para auxiliar profissionais sobre os atendimentos em saúde mental, também nenhum tipo de discussão sobre este tema foi levantado.

Em Solanum, cidade em que vivo desde que nasci, violências de gênero que circulam desde os ambientes familiares até a organização das próprias atividades laborais na comunidade, considerando aqui a desvalorização do trabalho feminino, as agressões físicas e verbais, as experiências de assédio moral e sexual e o silenciamento de sintomas por medo do preconceito, apareceram fortemente na investigação sobre a construção do diagnóstico de depressão.

Além disso, a formação dos profissionais de saúde atuantes na rede de Atenção Básica, âmbito discutido nesta dissertação, não pareceu oferecer subsídios e ferramentas suficientes para auxiliá-los nos atendimentos em saúde mental, demonstrando a necessidade da introdução de formações continuadas. Entretanto, percebeu-se que nem sempre estas são oferecidas em esfera municipal, estadual ou federal, ou até mesmo quando são, muitas vezes os profissionais não são autorizados a participar, pois isto implicaria em cancelamento de agendas, fechamento das unidades de saúde ou sobrecarga para aqueles que permaneceriam nas unidades realizando os atendimentos.

Da mesma maneira, em muitas situações têm-se observado a predominância de uma visão biologicista no momento de realizar um diagnóstico em saúde mental, além da opção por tratamentos cada vez mais medicamentosos, os quais prometem combater milagrosamente os sintomas de uma doença, desconsiderando, em grande parte dos casos, as experiências e histórias de vida em que muitas mulheres estão inseridas. De forma semelhante, estes aspectos também acabam por influenciar a percepção que as próprias mulheres desenvolvem sobre seu diagnóstico, como no caso de Solanum, fazendo com que o discurso médico seja entendido como legitimador da doença e a medicação tomada como via quase que exclusiva para a melhora dos sintomas.

Nesse sentido, pensando no estabelecimento de estratégias de cuidado em saúde mental que possam considerar tanto as perspectivas de gênero quanto um processo de formação sólida para os profissionais e gestores, especialmente aqueles envolvidos com a Atenção Básica, volto a citar as discussões de Maluf (2010), quando a autora discorre sobre a necessidade de estender um olhar crítico às práticas institucionais que reforçam as desigualdades de gênero, além de criticar a realidade de hipermedicamentação das mulheres através do uso de psicofarmacos, ressaltando a necessidade de repensar o atendimento básico em saúde mental através de ações terapêuticas menos medicamentosas, incluindo aqui alterações nas próprias políticas de saúde mental, além de buscar repensar os modelos de cuidado, de saúde, de doença, de sofrimento e de cura, rompendo com a predominância de uma visão biologicista sobre o ciclo de vida, especialmente acerca das mulheres.

Por fim, ao longo destes dois anos de mestrado, tive a oportunidade e o privilégio de ser convidada pela minha orientadora, Dra. Tatiana, para participar de um curso de formação de mulheres trabalhadoras rurais organizado pela Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Rio Grande do Sul (FETAG/RS). No período de 4 módulos, tendo o primeiro iniciado em maio e o último encerrado em outubro, trabalhamos e discutimos histórias de vida e condições de saúde mental com as participantes, atividade que me foi tão prazerosa e enriquecedora que despertou meu interesse por investigar as condições de saúde mental deste público e me auxiliou na construção do meu projeto de Doutorado, já devidamente apresentado e aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, o mesmo em que cursei o Mestrado.

Assim sendo, em Solanum descobri que a organização do trabalho na comunidade também mantinha relação com o processo de adoecimento mental das mulheres. Já com o curso de formação da FETAG, me aproximei da experiência e do significado de ser uma mulher do e no campo, ou seja, uma trabalhadora rural. Dessa forma, os próximos capítulos desta história

buscarão caminhar entre a investigação da organização do trabalho em Solanum, as práticas de Promoção da Saúde e a relação com as condições de saúde mental de mulheres trabalhadoras rurais da comunidade.

Até o momento, já pude perceber que existem poucas pesquisas sobre o tema e que há muitos silenciamentos, violências de gênero, jogos de poder e discursos de verdade nesse campo. Então, desde agora, já fico me questionando para onde minhas próximas perguntas poderão me levar.

Agradeço, de coração, por você já ter me acompanhado até aqui.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ANDRADE, A.P. M. (Entre)Laçamentos Possíveis entre Gênero e Saúde Mental. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2018.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. 2018. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp\\_o\\_que\\_e.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_o_que_e.php)>. Acesso em: 19 jul. 2018.

BUSS, P. Uma introdução ao conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

\_\_\_\_\_. Promoção da Saúde e Qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232000000100014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 10 out. 2018.

CAMARGO, Tatiana Souza de. **O Governo dos excessos: uma análise das práticas de prevenção e controle do excesso de peso realizadas por profissionais da Atenção Básica à Saúde em Porto Alegre/RS**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 176 f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/40489/000828934.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 12 out. 2018.

CECCON, Roger Flores. **Vidas Nuas: mulheres com HIV/AIDS em situação de violências de gênero**. Porto Alegre: UFRGS, 2016. 164 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157190/001015753.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 03 nov. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução Nº 510 de 07 de abril de 2016**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/reso510.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2018.

DORLIN, Elsa. **Sexo, gênero y sexualidades: introducción a lá teoria feminista**. 1.ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

ESCOSTEGUY, A. C. Uma introdução aos Estudos Culturais. **Famecos: mídia, cultura e tecnologia**, Porto Alegre, v. 5, n. 9, p. 87-97, dez. 1998. Disponível em: <<http://revistas.eletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3014/2292>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

FONSECA, Claudia. Quando cada caso NÃO é um caso: pesquisa etnográfica e educação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, n. 10, jan./abr. 1999. Disponível em: <<http://www.lite.fe.unicamp.br/papet/2003/ep145/revist.htm>>. Acesso em: 20 ago. 2018.

FISCHER, R. M. B. **Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 2010.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do Saber**. São Paulo: Forense Universitária, 1986.

GUTIERREZ M. L et al. La promocion di salud. In: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. T (Org.). **La Promoción de la Salud y la Educacion para la Salud em América Latina**. San Juan: Editora da Universidade de Porto Rico, 1997.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. Depressão. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Cidades@**. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/cxc>>. Acesso: 02 jul. 2018.

JOHNSON, R.; ESCOSTEGUY, A. C.; SCHULMAN, N. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1998.

KNORST, Benno. **História de SMH**. Novo Hamburgo: Gráfica São Luís, 2003.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e Educação. In: SILVA, T. T. (Org.). **O sujeito da Educação: estudos foucaultianos**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LEAVELL, S.; CLARCK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. Conhecer, pesquisar, escrever... **Educação, Sociedade & Culturas**, Portugal, n. 25, p. 235-245, 2007. Disponível em: <<https://www.fpce.up.pt/ciie/revistaesc/ESC25/Arquivo.pdf>>. Acesso em: 02 nov. 2018.

MAGNANI, J. G. C. Etnografia como prática e experiência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v.15, n. 32, p. 129-156, jul./dez. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-71832009000200006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-71832009000200006)>. Acesso em: 01 nov. 2018.

MALUF, S. W. Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In: MALUF, S. W.; TORNQUIST, C. S. (Org.). **Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2010.

MEYER, Dagmar Estermann. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.1, p. 13-18, jan./fev. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000100003&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000100003&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 02 set. 2018.

\_\_\_\_\_. Cultura Teuto-brasileiro Evangélica no Rio Grande do Sul: articulando gênero com raça, classe, nação e religião. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 25, n. 1, p. 135-163, jan./jun. 2000. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/viewFile/48690/30341>>. Acesso em: 10 jul. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Let's talk**. 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>>. Acesso em: 05 out. 2018.

\_\_\_\_\_. **Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/ageing/mulheres\\_saude.pdf](https://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf)>. Acesso em: 10 out. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**. 2015. Disponível em: <[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839)>. Acesso em: 12 set. 2018.

REVEL, J. **Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.

ROST, Ademir et al. **No coração verde da Mata Virgem: Thee Walt – SMH**. Porto Alegre: Martins Livreiro, 2010.

SARMENTO, Manuel J. O estudo de caso etnográfico em educação. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. A. T. (Org.). **Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

ZAGO, Nadir. A entrevista e seu processo de construção: reflexões com base na experiência prática de pesquisa. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M. P.; VILELA, R. A.T. (Org.). **Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. (Org.). **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.



## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS – QUÍMICA DA  
VIDA E SAÚDE

#### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Eu, Muriel Closs Boeff, Psicóloga, formada pela Universidade Feevale, aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Associação de IES da Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS, estou desenvolvendo uma pesquisa inicialmente intitulada “**Um retrato da depressão: Investigação sobre a percepção do diagnóstico em práticas de Promoção da Saúde na atenção básica**”, sob a coordenação e supervisão da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Souza de Camargo, professora da Faculdade de Educação, vinculada ao respectivo programa de Pós-Graduação.

Os objetivos desta pesquisa concentram-se na investigação da relação estabelecida entre profissionais e pacientes, através de suas práticas de promoção a saúde, e os possíveis atravessamentos das mesmas sobre o diagnóstico da depressão.

Para realização desta pesquisa buscarei realizar observações participantes em atividades de promoção a saúde organizadas pela Clínica da Família Teewald direcionadas a pacientes com diagnóstico de depressão. Também realizarei entrevistas individuais com profissionais e pacientes, a fim de compreender a percepção dos mesmos sobre o processo de saúde-doença e o diagnóstico de depressão. Por fim, buscarei criar grupos de encontro, tanto com pacientes quanto com profissionais, oportunizando um momento de troca de experiências e acolhimento em relação ao diagnóstico da depressão.

O (a) senhor (a) está sendo convidado a participar voluntariamente desta pesquisa, não existindo riscos relacionados à sua participação. Você tem a liberdade de optar pela participação na pesquisa e retirar o consentimento a qualquer momento, sem a necessidade de comunicar-se com os pesquisadores. Porém, caso necessite de algum esclarecimento, poderá entrar em contato com a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Tatiana Souza de Camargo, responsável pela realização deste trabalho, através do telefone (51) 3308-4155 ou pelo seguinte endereço: Avenida Paulo Gama, SN, Porto Alegre, CEP:90046-900, sala 805, Faculdade de Educação.

Também será garantido o resguardo e sigilo de seus dados pessoais ou de qualquer aspecto que possa identificá-lo neste trabalho, primando pela privacidade e por seu anonimato. Manteremos em arquivo, sob nossa guarda, por no mínimo 5 anos, todos os dados e documentos da pesquisa, sendo estes armazenados na Faculdade de Educação, situada na Avenida Paulo Gama, SN, sala 825, Porto Alegre, CEP, 90046-900, telefone para contato 3308-4155. Após transcorrido esse período, os mesmos serão destruídos.

Ao final desta pesquisa, todos os dados coletados serão utilizados para a construção de uma Dissertação de Mestrado, a ser defendida em banca pública no Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências, além da produção de artigos com resultados das observações parciais, sendo estes publicados em periódicos desta área de estudo e/ou apresentados em eventos, como Congressos e Seminários. Os dados obtidos a partir desta pesquisa não serão usados para outros fins além dos previstos neste documento.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, localizado na Av. Paulo Gama, 110, sala 317, Prédio Anexo 1 da Reitoria, Campus Centro, Porto Alegre/RS – CEP: 90040-060 – Fone (51) 3308- 3738.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será rubricado em todas as folhas e assinado em duas vias, permanecendo uma com você e a outra deverá retornar ao pesquisador.

---

Tatiana Souza de Camargo  
Assinatura do pesquisador responsável

Local e data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

Declaro que li o TCLE: concordo com o que me foi exposto e aceito participar da pesquisa proposta.

---

Assinatura do participante

## APÊNDICE B – Termo de Instituição Co-participante

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BÁSICAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS –  
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

**DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE**

**Título do Projeto:** Um retrato da depressão: investigação sobre a percepção do diagnóstico em práticas de promoção a saúde na atenção básica

**Nome do Pesquisador Responsável:** Tatiana Souza de Camargo

Declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS Nº 466/2012. Esta instituição está ciente de suas coresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar. Da mesma forma, autorizo a realização do respectivo projeto intitulado “Um retrato da depressão: investigação sobre a percepção do diagnóstico em práticas de promoção a saúde na atenção básica”, na Unidade de saúde \_\_\_\_\_ endo esta composta por uma equipe de Estratégia de Saúde da Família.

**Nome da Instituição:** Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

**Mantenedora:** Prefeitura Municipal

**Vínculo:** Secretaria da Saúde – CNPJ: 11253138000/119

**Nome do Responsável pela Instituição:** \_\_\_\_\_ Secretária da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL  
DE SAÚDE

Assinatura e carimbo do responsável institucional

## APÊNDICE C – Roteiro de Entrevista Semiestruturada (incluindo dados sociodemográficos)

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Como você sente, entende, explica a depressão.
2. Você lembra quando começou a sentir os sintomas da depressão.
3. Relaciona o aparecimento da depressão com algum fato que aconteceu na sua vida.
4. Há histórico de depressão em sua família.
5. Alguém já lhe explicou algo sobre a depressão e/ou o tratamento.
6. Quem lhe forneceu o diagnóstico de depressão.
7. Como foi sua experiência neste momento.
8. Você concorda com o diagnóstico que recebeu.
9. Você realiza algum tipo de acompanhamento para o tratamento da depressão.
10. Quem são os profissionais que lhe auxiliam.
11. Você faz uso de algum tipo de medicação para o tratamento da depressão.
12. Há quanto tempo
13. Sempre foram as mesmas medicações.
14. Você usa as medicações exatamente como o profissional prescreveu.
15. Você compreende ou tem dúvidas sobre o tratamento que está realizando.
16. Você gostaria que o seu tratamento fosse diferente
17. Como foi a experiência de comunicar sua família sobre o diagnóstico de depressão.
18. Como foi sua experiência no trabalho após o diagnóstico de depressão.
19. O diagnóstico mudou algo em sua rotina diária
20. Conhece outras pessoas que possuem depressão.
21. Você costuma conversar com elas (ou com alguém) sobre o que você sente.
22. Em relação a sua percepção sobre a depressão, o que mudou antes e depois de receber o diagnóstico.
23. A que atribui sua melhora/piora.
24. Como é, hoje, sua experiência com o diagnóstico e vivência da depressão.

## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Nome completo
2. Idade.
3. Idiomas.

4. Naturalidade.
5. Estado Civil
6. Genograma familiar (família de nascimento e família constituída).
7. Escolaridade.
8. Quais instituições de ensino já frequentou.
9. Há quantos anos você mora em Solanum.
10. Quais outras cidades em que já morou.
11. Sempre teve casa própria.
12. História da construção da casa e constituição da família.
13. Nascimento dos filhos (se houver)
14. Profissão.
15. Quais profissões já desenvolveu ao longo do tempo
16. Gostaria de ter escolhido outra profissão. Se sim, qual.
17. Questões de saúde (alterações de saúde).
18. Uso de medicações (histórico sobre uso)

APÊNDICE D – Artigo do 13º Mundo de Mulheres & Fazendo Gênero 11: Transformações, conexões e deslocamentos (UFSC, Santa Catarina)

S471  
 Seminário Internacional Fazendo Gênero  
 (11.: 2017 : Florianópolis, SC).  
 Anais do XI Seminário Internacional Fazendo Gênero  
 [recurso eletrônico] : 13th. Women's Worlds  
 Congress / Organização : Jair Zandoná, Ana Maria  
 Veiga e Cláudia Nichnig. - Florianópolis : UFSC,  
 2018.  
 ISSN 2179-510X  
 <<http://www.fazendogenero.ufsc.br/wwc2017/>>  
 Evento realizado no período de 30 de julho  
 a 04 de agosto de 2017.  
 1. Mulheres - Congressos. 2. Estudos de  
 gênero. 3. Feminismo. I. Jair Zandoná (Org.).  
 II. Ana Maria Veiga (Org.). III. Cláudia  
 Nichnig (Org.).  
 CDU: 396



**DEPRESSÃO E GÊNERO: INVESTIGAÇÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA**

Muriel Closs Boeff<sup>20</sup>  
 Tatiana Souza de Camargo<sup>21</sup>

**Resumo:** Os estudos sobre gênero iniciaram nos anos 60, buscando desconstruir o significado de ser mulher na sociedade. Neste artigo serão apresentados os primeiros movimentos de construção do projeto de Mestrado intitulado “Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de promoção a saúde na atenção básica”, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Serão discutidos temas como Gênero, Depressão, *Illness, Disease* e *Sickness*; além de considerar os primeiros dados estatísticos e os movimentos de aproximação da pesquisadora com o local. Espera-se assim poder estabelecer diálogos e discussões sobre a construção do respectivo projeto.

<sup>20</sup>Psicóloga, Mestranda do PPPG Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: [muriel.boeff@ufrgs.br](mailto:muriel.boeff@ufrgs.br)

<sup>21</sup>Professora Adjunta do Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação, e do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil / RS. E-mail: [tatiana.camargo@ufrgs.br](mailto:tatiana.camargo@ufrgs.br)

**Palavras-chave:** Gênero, depressão, atenção primária, promoção à saúde.

### **Depression and gender: research on diagnosis in practices of health promotion in primary care**

**Abstract:** Studies of gender began in the 60s, seeking to deconstruct the meaning of being a woman in society. This article will present the first construction movements of the Master's project titled "A portrait of Depression: research on the construction of diagnosis in health promotion practices in basic care", linked to the Federal University of Rio Grande do Sul. Topics to be discussed such as gender, depression, Illness, Disease, Sickness, besides to considering the first statistical data and the movements of approach of the researcher with the location. It is expected to be able to establish dialogues and discussions about the construction of the respective project.

**Keywords:** Gender, depression, primary care, health promotion.

#### ***Apresentação***

Este artigo configura-se como parte de uma pesquisa de Mestrado intitulada “Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de promoção a saúde na atenção básica”, que busca problematizar a produção de determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental, por pacientes e profissionais, os quais podem estabelecer relações com a construção do diagnóstico de depressão em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. A pesquisa será realizada em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>22</sup>. A amostra desta pesquisa será constituída por usuárias da unidade, autodeclaradas mulheres, e que apresentam o diagnóstico de depressão. Esta pesquisa adquire caráter qualitativo, configurando-se como um estudo de caso que utilizará ferramentas etnográficas, contando com a realização da entrevista semi-estruturada, da observação participante e da criação de um diário de campo. Como o projeto ainda está em processo de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da respectiva Universidade, este artigo apresentará alguns conceitos que serão desenvolvidos no transcorrer da pesquisa, incluindo Gênero e Saúde Mental; Depressão; *Illness*, *Disease* e *Sickness*; além de considerar os primeiros dados estatísticos e os movimentos de aproximação da pesquisadora com o local. Espera-se, dessa forma, estabelecer diálogos e discussões acerca da respectiva pesquisa, além de divulgar o início desta trajetória.

<sup>22</sup>A Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da Saúde, consiste em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial através da implementação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, sendo estas responsáveis por um número específico de famílias, delimitadas pelo território geográfico da ESF. As principais atividades concentram-se na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, além da manutenção da saúde da população que vive no território atendido (BRASIL, 2012).

## **2 Gênero e Saúde Mental**

A emergência do conceito de gênero mantém estreita ligação com o movimento feminista contemporâneo. No final da década de 1960, após intensos conflitos intelectuais e políticos liderados por movimentos americanos e europeus, o feminismo identificou a necessidade de construir conhecimento, transcendendo às meras denúncias políticas e sociais sofridas pelas mulheres, buscando agora compreendê-las e explicá-las. As questões que mobilizavam o movimento também foram introduzidas em universidades e escolas, a partir das próprias militantes que ocupavam estes espaços, surgindo daí os estudos da mulher (LOURO, 2003).

Historicamente muitas desigualdades sociais entre homens e mulheres foram justificadas através da questão biológica, afirmando que estas diferenças, como por exemplo a presença do pênis ou da vagina, seriam a resposta para a manutenção de desigualdades na relação, posição, direitos e deveres entre homens e mulheres na sociedade. A partir das lutas para implodir a noção biológica como justificativa para as desigualdades entre os sexos é que o termo *gender* passou a ser utilizado de forma distinta do termo *sex*. Ressalta-se aqui que as diferenças biológicas nunca foram negadas, sendo que o gênero era concebido como algo criado sobre um corpo sexuado (LOURO, 2003). Entretanto, a importância destas discussões refletiu-se no fato de colocarem em pauta as relações sociais e suas influências na construção dos gêneros, além da denúncia da hegemonia de uma visão binária, homem ou mulher, definida pela presença ou ausência do sexo biológico, pênis ou vagina (MEYER, 2004).

É necessário manter cuidado com o entendimento sobre a característica social e relacional do conceito de gênero. Colocar em foco o aspecto social e relacional do gênero tem o objetivo de entendê-lo como algo que constitui a identidade do sujeito. Cabe ainda situar que o conceito de identidade aqui utilizado tem suas vertentes nos Estudos Feministas e Estudos Culturais, os quais concebem os sujeitos como detentores de identidades plurais, não sendo fixas ou permanentes, podendo até mesmo ser contraditórias. Dessa forma, quando se afirma que “o gênero institui a identidade do sujeito (assim como a etnia, a classe, ou a nacionalidade, por exemplo) pretende-se referir, portanto, a algo que transcendo o mero desempenho de papéis, a ideia de perceber o gênero *fazendo parte* do sujeito, constituindo-o.” (LOURO, 2003, p. 25, grifos da autora).

A partir desta concepção defendida por Louro, seria possível afirmar que assim como o gênero é construído no social e na relação, a forma de viver, perceber e compreender determinada doença também poderia ser influenciada pela identidade construída e adotada pelo



sujeito, em um determinado contexto e momento? Quais são os atravessamentos culturais, sociais, econômicos e políticos na construção da vivência e da compreensão sobre a doença? Sem a menor pretensão de encontrar respostas definitivas para os questionamentos levantados, acredita-se que seja importante discutir algumas concepções de autores sobre a experiência do adoecimento em saúde mental a partir de uma perspectiva de gênero. Ou seja, como homens e mulheres, cada qual com suas especificidades, vivem determinada doença que afeta sua saúde mental.

Para evitar generalizações sobre o tema Helman (2009) refere que ao considerar a influência do gênero ou da cultura sobre determinada experiência de adoecimento, torna-se fundamental situar o contexto de onde se fala. Ou seja, seria um engano pensar que em uma cultura de hegemonia masculina/feminina, branca, com grupo social economicamente favorecido, no continente europeu, as vivências e internalizações sobre o significado de uma doença poderiam ser as mesmas que em um contexto de hegemonia masculina/feminina, negra, em um grupo social economicamente desfavorecido, no continente sul americano, ou vice-versa, pois cada grupo, dentro de suas singularidades, reconhece ou não determinados sintomas, sinais ou alterações de comportamento como reflexo de saúde ou doença.

Sabe-se que “cada cultura oferece aos seus membros os modos de tornar-se “doente”, de moldar seu sofrimento em uma entidade nosológica reconhecível, de explicar sua causa e obter algum tratamento para ela.” (HELMAN, 2009, p. 233, grifos do autor). Dessa maneira, se o gênero é fator constituinte da identidade dos sujeitos sendo construído a partir de aspectos relacionais e sociais, os quais transitam nos mais diferentes contextos políticos, econômicos e culturais, poderia se pensar que a forma como uma mulher ou um homem hoje, no século XXI, vive sua experiência do adoecimento pode estar sendo influenciada pelas relações de gênero e pelo contexto cultural onde está inserida(o)?

### ***3 Conceito de Depressão***

O entendimento sobre depressão desenvolvido neste trabalho tomará como referência o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V (APA, 2014). Ressalta-se que neste manual a depressão é nomeada oficialmente como Transtorno Depressivo Maior. Assim, segundo o DSM V (2014) os sintomas devem estar presentes quase todos os dias, com exceção das alterações do peso e ideação suicida. É comum que o indivíduo manifeste humor deprimido na maior parte do dia, fadiga, alterações do sono (hipersonia ou insônia), acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, alterações psicomotoras, como agitação ou letargia, dificuldades de concentração, alterações na

alimentação considerando tanto dificuldades quanto excessos alimentares e conseqüente perda ou ganho de peso significativo, sentimento de culpa, desvalia, ou mesmo pensamentos de morte.

É importante ressaltar que a principal característica do transtorno depressivo maior é a presença de um período de pelo menos duas semanas onde há um grande quadro de humor deprimido e perda de interesse ou prazer em praticamente todas as atividades. Os sintomas também devem causar um prejuízo significativo na vida do indivíduo, tanto em setores profissionais quanto pessoais. Seu desenvolvimento inicial pode ocorrer em qualquer idade, mas as chances aumentam com o início da puberdade (DSM V, 2014).

#### ***4 Illness, Disease, Sickness***

Profissionais e pacientes, ainda que possuam a mesma origem social e estejam circunscritos pela mesma cultura, costumam entender a saúde e a doença de modos muitos distintos. Cada um possui seus critérios particulares para chegar à uma compreensão sobre a situação e não cabe realizar algum tipo de julgamento sobre qual destes seria o mais apropriado. Entretanto, sabe-se que ao estabelecer a relação entre profissional-paciente é necessário que, de alguma forma, uma comunicação compreensível à ambos se estabeleça, e é exatamente neste ponto que grandes entraves acontecem. A partir disso, torna-se importante buscar compreender como se constroem as visões sobre saúde-doença para ambos os envolvidos, sendo que os conceitos de *Illness*, *Disease* e *Sickness* adquirem grande relevância frente ao tema (HELMAN, 2009).

*Illness*, *Disease* e *Sickness* foram termos cunhados por Arthur Kleinman (1998) a partir de seus estudos sobre enfermidades e seus reflexos em aspectos sociais e psicológicos, tomando como base a saúde na perspectiva do paciente. Em sua definição, *Illness* relaciona-se ao que é sentido pelo paciente, ou seja, algo no âmbito da sua percepção. Acrescenta-se que esta percepção não reflete a doença em si, mas sim o que ela representa e como afeta a vida do indivíduo e de seus familiares, envolvendo questões morais, sociais e psicológicas. *Disease* já seria a doença em si, um diagnóstico recebido pelo indivíduo, nesse sentido algo determinado pelo modelo da medicina, visto como um processo patológico. Por fim, *Sickness* envolveria a resposta que a sociedade dá a patologia e ao indivíduo, considerando as imagens e representações que as pessoas tem sobre determinada doença. Neste campo situam-se questões relacionadas ao estigma e preconceito, como por exemplo a doença mental, vista em diversas situações como simulação ou fingimento para alcançar algum tipo de ganho secundário, como aposentadoria (KLEINMAN, 1998; CASSEL, 1976; FILHO, 2015).

A partir disso, Kleinman (1998) retrata em seus estudos uma das grandes dificuldades encontradas na relação profissional-paciente: a negligência, por parte do profissional, sobre a inclusão de aspectos sociais e culturais que podem construir e modificar a experiência subjetiva que o paciente apresenta frente o adoecimento. Ou seja, o profissional costuma pautar-se em uma visão biológica do corpo, como se o sintoma estivesse unicamente relacionado ao efeito de uma fisiopatologia, desconsiderando as reações emocionais do paciente frente a situação. Esse reducionismo biológico acaba então por empobrecer uma visão completa de saúde, deixando de considerar a pessoa e suas relações no mundo com a cultura, com a família e com a comunidade.

Ao realizar estudos sobre doenças causadas por movimentos e esforços repetitivos, como LER/DORT, Filho (2015) desenvolve discussões acerca das concepções postuladas por Kleinman, problematizando se a *Illness* poderia afetar a *Disease*, ou seja, se a percepção subjetiva do paciente poderia afetar a manifestação de seus sintomas e sua doença. Estas discussões tornam-se extremamente relevantes ao nosso trabalho, pois, como já mencionado em sessões anteriores, pode-se perceber que a cultura influencia na forma como o indivíduo manifesta e compreende sua doença (HELMAN, 2009). Porém, o autor refere que Kleiman (1998) não concluiu ou determinou totalmente se existe relação e influência entre *Illness* e *Disease*, mesmo que, em muitos trechos, tenha falado sobre as relações entre enfermidade, cultura, significado pessoal e a experiência como fator desregulador de processos biológicos.

Dessa maneira, observa-se a emergência e necessidade de desenvolvimento de estudos que possam investigar a influência da experiência subjetiva do indivíduo sobre as formas de manifestação e compreensão de determinada doença, buscando auxiliar no desenvolvimento e maior consolidação do modelo biopsicossocial em contrapartida ao modelo biomédico que, na maioria das vezes, torna-se extremamente reducionista e categorizante em seus diagnósticos.

### ***5 Caracterização da Comunidade e Dados Estatísticos***

A comunidade de Solanum<sup>23</sup> recebeu seus primeiros imigrantes oriundos da região do *Hunsrück*, na Alemanha, entre 1835 e 1838 (WOORTMANN, 2000). No princípio a organização comunidade ficou a cargo dos próprios imigrantes, tendo como língua base o alemão, mais especificamente o dialeto *hunsrik*. A grande maioria seguia a religião Evangélica (Protestantismo), tendo diversas profissões: lavradores, marceneiros, alfaiates, carpinteiros,

<sup>23</sup> Todos os nomes de cidades ou instituições são fictícios neste trabalho, garantindo o sigilo e a confidencialidade.

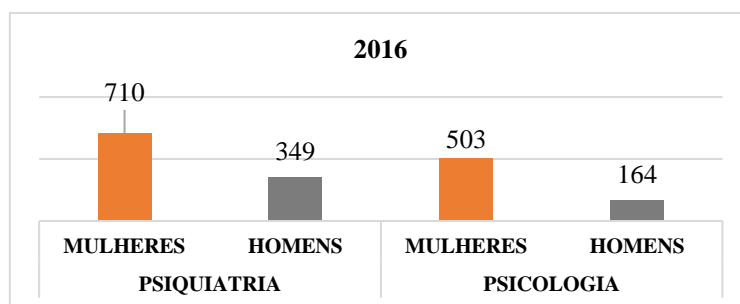
chapeleiros, entre outras. Somente em 1938 com a Nacionalização do Ensino, o qual proibia o uso do dialeto alemão, o português foi gradativamente sendo implementado na comunidade.

Atualmente, 29 anos depois de sua emancipação, assinada em 12 de Maio de 1988, Solanum é distribuída em 139,6 km<sup>2</sup>, tendo uma população estimada em 6.295 habitantes (IBGE, 2014). Na cidade, grande parte da população ainda se comunica através do dialeto alemão *hunsrik*. Sua economia distribui-se entre comércio, indústrias de calçados, agricultura e pecuária, com produção de acácia negra, batata, feijão, milho, verduras, fruticultura, aviários, leite, ovos e abate de bovinos e suínos.

O município conta com duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), a ESF Girassol e a ESF Margarida. Além disso, há um Ambulatório de Pronto-Atendimento 24 horas equipado para o atendimento de urgências e emergências. Nesta pesquisa a amostra será coletada através da ESF Girassol. Esta escolha ocorreu a partir do vínculo que a respectiva pesquisadora possui com o local, no qual realizou estágio extracurricular ocupando cargo de recepcionista por um período de 2 anos e, desde então, já observava os altos índices de depressão em mulheres que buscavam atendimentos.

Buscando demonstrar o quantitativo de atendimentos em Saúde Mental, Clínica Geral e Medicina de Família e Comunidade (ESF's) nos anos de 2014, 2015 e 2016, nas respectivas unidades de saúde Pronto Atendimento 24 horas, ESF Girassol e ESF Margarida, serão apresentados alguns dados estatísticos. O gráfico 1 retrata a quantidade de atendimentos nas especialidades da Psiquiatria e da Psicologia realizados na unidade do Pronto Atendimento 24h, no ano de 2016, separando-se homens e mulheres, assim autodeclarados, maiores de 18 ano.

**Gráfico 1** – Atendimentos Psiquiatria e Psicologia – 2016



**Fonte:** Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

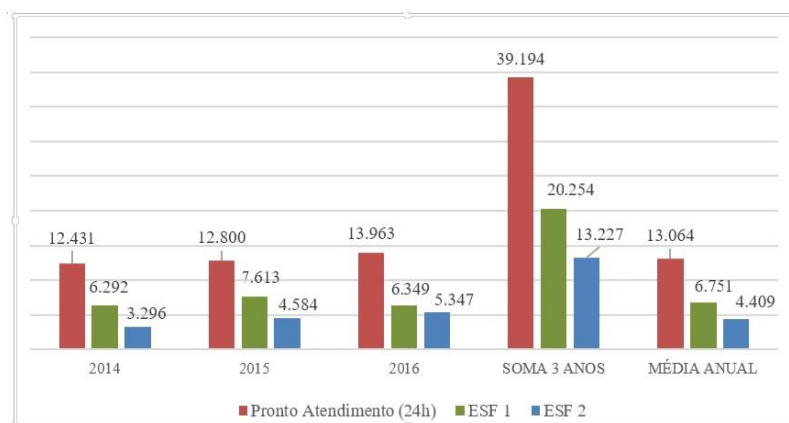
Observa-se que há uma quantidade maior de atendimentos para mulheres, reforçando tanto a questão da feminização do adoecimento mental no município quanto o reflexo de uma possível realidade do próprio Brasil, onde as mulheres apresentam índices de depressão muito

mais elevados do que os homens – 10,9% e 3,9% respectivamente – segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, realizada pelo IBGE (2013).

Como já discutido na sessão anterior, o marcador social gênero pode manter relação com as diferenças entre homens e mulheres frente percepção e vivência do sintoma de determinada doença. Neste sentido, estes gráficos também são ferramentas de análise em relação a vivência da saúde mental dos moradores de Solanum, pois refletem o que inúmeras pesquisas já apresentaram: há maior busca e adesão de tratamentos em saúde mental por parte das mulheres.

Seguindo com os dados estatísticos, no gráfico 2 apresenta-se o quantitativo de consultas na Clínica Geral (Pronto Atendimento 24h) e Medicina de Família e Comunidade (ESF Girassol, com média de 4000 pacientes em seu território e ESF Margarida, com média de 2200 pacientes em seu território) entre 2014 e 2016.

**Gráfico 2 – Quantidade anual de consultas médicas**



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde e Assistência Social

Como já citado anteriormente, Solanum possui aproximadamente 6.295 habitantes (IBGE 2014). Os dados apresentados demonstram que praticamente metade da população realiza atendimentos médicos ao menos 1 vez por mês, somando-se as 3 unidades. Para compreender quais as causas que motivaram estes atendimentos médicos seria necessário realizar uma análise minuciosa de prontuários e registros, o que tanto por uma questão ética quanto por uma questão de tempo seria inviável neste trabalho. Entretanto, já é possível notar que a circulação de pacientes em atendimento médico é notadamente alta em Solanum, quando comparada a densidade populacional do município. Além disso, se os atendimentos das três unidades forem somados, nos 3 anos utilizados como recorte nesta análise (2014, 2015 e 2016), os valores ( $30.194 + 20.254 + 13.227 = 63.675$ ) alcançam uma proporção 10 vezes maior do que a quantidade de habitantes no município.

Dessa maneira, apesar de se tratar de uma pesquisa qualitativa, estes dados estatísticos tornam-se relevantes para nossa pesquisa pois demonstram a urgente necessidade de uma investigação mais profunda sobre as vivências, experiências e interpretações que usuários e profissionais adotam frente a compreensão dos processos de saúde-doença. Nesse sentido, acreditamos que observar aspectos que articulam o marcador gênero com a organização social, do trabalho, e da cultura teuto-brasileira<sup>24</sup> no local tornam-se fundamentais para que se possa, até certa medida, compreender com maior clareza o que estes números estão querendo nos mostrar.

## **6 O Início da Caminhada**

Como nosso trabalho encontra-se na última etapa de submissão ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ainda não foi possível iniciar a observação participante e as entrevistas. Entretanto, algumas sondagens já foram realizadas com o objetivo de conhecer o local, as atividades e as pessoas que lá circulam.

A ESF Girassol tem uma estrutura predial ampla, sendo sua equipe formada por uma recepcionista, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, um médico de Família e Comunidade, dois agentes comunitários de saúde (ACS) e uma auxiliar de serviços gerais. Também circulam pela unidade de saúde estudantes de medicina que realizam seus estágios, sendo supervisionados pelo médico do local. A maioria dos pacientes fala português, mas tem grande preferência pelo dialeto alemão *hunsrik*.

Neste primeiro momento realizei algumas observações sobre a circulação de usuários no local, além de acompanhar três encontros dos grupos de acupuntura. Foi possível perceber que a circulação de pacientes é extremamente grande. O tempo de espera para consultas pode variar de 20 minutos até mais de uma hora. O público é bastante variado, contemplando buscas por atendimento em todas as faixas etárias. A ESF possui dois grupos de acupuntura formados. Um deles já exerce atividades há mais de seis meses, enquanto o outro apenas está iniciando. O grupo costuma ter duração de uma hora, com frequência semanal.

Decidi acompanhar o grupo que está em formação. Me apresento e peço autorização para observar o grupo a cada novo encontro, afinal sempre existem novas participantes que desconhecem o motivo da minha presença. Nos três encontros que observei, o grupo foi constituído somente por mulheres. A questão da dor é visível, tanto nas feições de seus rostos

<sup>24</sup>Segundo o dicionário, teuto-brasileiro é um adjetivo relacionado à Alemanha e ao Brasil, sendo um substantivo de algo ou alguém que é de origem alemã e brasileira (PRIBERAM, 2017).

quanto em suas falas. A depressão também existe, fato que percebi pela narrativa das participantes no momento em que explanei algumas ideias sobre o meu projeto de mestrado. Todas referiram o quanto seria importante ter alguém trabalhando sobre o tema e o quanto enfrentavam dificuldades com a experiência da doença. Ao longo dos três encontros que acompanhei encontrei 14 participantes, sendo que 11 se repetiram nos três momentos e apenas uma delas negou ter o diagnóstico de depressão.

O funcionamento do grupo de acupuntura consiste em: as participantes chegam, são encaminhadas até a sala de reuniões, sentam-se ao redor da mesa e permanecem conversando entre si, até o momento em que o médico da ESF chega para realizar a aplicação das agulhas. Em suas conversas falam sobre amenidades do dia-a-dia, sobre o cansaço e a luta diária contra a dor, sobre dificuldades no relacionamento familiar, sobre o desânimo relacionado a depressão, entre outros aspectos. Trocam experiências entre si, transformando este espaço em um momento extremamente terapêutico, afinal encontram a possibilidade de falar sobre o que sentem e sobre suas experiências com o viver diário da dor crônica. O ar-condicionado permanece ligado em uma temperatura alta devido ao inverno e também ao fato de que as participantes retiram parte das roupas para a aplicação das agulhas. Quando o médico chega, realiza breve escuta das participantes questionando, geralmente, como elas estão. Liga-se uma música calma ao fundo enquanto as agulhas são colocadas. Ao terminar, o médico sai da sala e apaga a luz.

Permaneço observando após a saída do médico e o silêncio é total, sendo quebrado somente pela música leve que toca ao fundo. É quase impossível não relaxar, em minha opinião. Poucas vezes elas conversam enquanto estão com as agulhas. Há muita dor em suas feições e às vezes eu me perguntava quantos anos cada uma teria, pois a dor me parecia envelhecê-las ao máximo. O sofrimento psíquico também se apresentava, tanto através do choro solto que corria no rosto de algumas, quanto pelo olhar solitário e cansado que outras carregavam. Em alguns momentos até senti vontade de chorar, pois aquele ambiente fechado, quente, sem luz, com uma música leve ao fundo, despertou em mim questionamentos sobre quanta dor cada uma delas já haveria de ter carregado consigo, ao longo da vida. O corpo, em minha opinião, se tornou apenas o depósito de inúmeras renúncias, sofrimentos, decepções e tristezas que a vida lhes apresentou. Fiquei imaginando qual a trajetória de cada uma e como viveram até aqui. Nestes três encontros, por mais breves que tenham sido, fui apresentada a um sofrimento intenso. Em meu diário de campo escrevi: “Penso que não há dor do corpo que não reflita em dor e sofrimento emocional, ao menos não nesse grupo. A dureza da vida, seja ela percebida do jeito que for, por cada um de nós, também torna-se por vezes insuportável.” Talvez seja isso: o corpo carrega marcas que só podem ser sentidas por quem as viveu.

## **7 Considerações Finais**

Este trabalho, produto de uma pesquisa de mestrado vinculada a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, está em construção. Constrói-se todos os dias, a partir do aprofundamento teórico e metodológico, além das sondagens e pesquisas de campo que estão prestes a acontecer. Assim como nasceu de um desejo profundo de compreender quais os aspectos que podem estar relacionados aos altos índices de depressão em mulheres na cidade de Solanum, ele também começa a compreender que, desde as estatísticas de atendimento até a dor manifestada pelo corpo das mulheres do grupo de acupuntura, há muito para ser feito e ouvido. Ouvir, atitude que adquire significado mais do que especial neste trabalho, afinal histórias de vida, alegrias, dores e sofrimentos perpassarão pelos olhos e ouvidos desta pesquisadora.

Nesse sentido, aprofundar-se teórica e metodologicamente é fundamental para que a dissertação possa acompanhar as bases científicas exigidas neste modelo de trabalho. Mas na mesma medida, já foi possível perceber que muito além da atitude de pesquisadora, há de se adotar também uma postura de ser humano que, humildemente, busca conhecer a experiência individual de usuárias e profissionais, considerando atravessamentos da cultura, da organização do trabalho e do gênero na construção da vivência e da interpretação do diagnóstico de depressão, nesta comunidade. Dessa forma, a partir da realização deste trabalho talvez seja possível desenvolver espaços de escuta e trocas, tanto para profissionais quanto pacientes, sobre o processo de diagnóstico da depressão, além de contribuir para a criação de novas ferramentas de cuidado em saúde mental, buscando disseminar as discussões de gênero no contexto de práticas de promoção a saúde na atenção básica.

## **8 Referências**

AMATO Tatiana C. et al. Trabalho, gênero e saúde mental: uma pesquisa quantitativa e qualitativa entre bombeiros. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, v.13, n.1, 2010. Arquivo disponível em <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/lil-574251>>. Acesso em 01 de maio de 2017.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM V**. 5. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica – PNAB**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARLOTTO Mary S. et al. Transtornos Mentais Comuns e fatores associados em trabalhadores: uma análise na perspectiva de gênero. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, 2011. Arquivo disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi->



bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=641433&indexSearch=ID>. Acesso em 01 de maio de 2017.

CASSEL, E. J. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**. Philadelphia: Lippincott, 1976.

DORLIN, Elsa. **Sexo, gênero y sexualidades: introducción a la teoría feminista**. 1.ed. Buenos Aires: Nueva Visión, 2009.

FILHO, Gilberto L. de Lima. Reflexões sobre *Illness e Disease*. **Saberes em Perspectiva**, Jequié, v. 6, n.13, maio/agosto, 2015. Arquivo disponível em <<http://www.saberesemperspectiva.com.br/index.php/saberesemperspectiva/article/view/119>>. Acesso em 27 de Junho de 2017.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. **Cidades@**. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/cxc>>. Acesso em 02 de julho de 2017.

\_\_\_\_\_. Depressão. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em 27 de junho de 2017.

JUSTO; Luís P.; Helena M. CALIL. Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v.33, n.2, 2006. Arquivo disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200007)>. Acesso em 01 de maio de 2017.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2003.

MEYER, Dagmar Estermann. Teorias e políticas de gênero: fragmentos históricos e desafios atuais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n.1, janeiro/fevereiro, 2004.

PRIBERAM, Dicionário. **Teuto-brasileiro**. Arquivo disponível em <<https://priberam.pt/dlpo/teuto-brasileiro>>. Acesso em 30 de junho de 2017.

SARMENTO, Manuel J. O estudo de caso etnográfico em educação. In: ZAGO, N.; CARVALHO, M.P.; VILELA, R.A.T. (Org.). **Itinerários de pesquisa: Perspectivas qualitativas em Sociologia da Educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p.137-79.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**. v. 20, n.2, julho/dezembro 1995.

WOORTMANN, Ellen Fensterseifer. Identidades e memória entre teuto-brasileiros. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 6, n. 14, p. 205-238, nov. 2000. Arquivo

disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v6n14/v6n14a09>>. Acesso em 02 de julho de 2017.

ZANELLO, et al., 2015. Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. **Fractal: Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v.27, n.3, set-dez, 2015. Arquivo disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fractal/v27n3/1984-0292-fractal-27-3-0238.pdf>>. Acesso em 01 de maio de 2017.

\_\_\_\_\_. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-79, 2012. Arquivo disponível em <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)>. Acesso em 01 de maio de 2017.

APÊNDICE E – Resumo Expandido do Seminário de Pós-Graduação INOVAMUNDI,  
Universidade Feevale

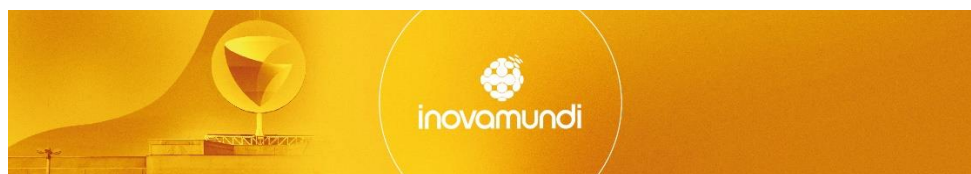
DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)  
Universidade Feevale, RS, Brasil  
Bibliotecária responsável: Tatiane de Oliveira Bourscheidt – CRB 10/2348

Seminário de Pós-Graduação (10.: 2017: Novo Hamburgo, RS)  
Anais [do] X Seminário de Pós-Graduação [recurso eletrônico]. –  
Novo Hamburgo : Universidade Feevale, 2017.

Sistema requerido: Adobe Acrobat Reader.  
Modo de acesso: <http://www.feevale.br/hotsites/spg/apresentacao>  
ISSN: 2358-4599

1. Pós-Graduação – Seminários – Brasil. 2. Ensino Superior -  
Seminários – Novo Hamburgo, RS. I. Título.

CDU 378(061.3)(81)



## RETRATOS DO CORPO: REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE PERCEPÇÃO E MANIFESTAÇÃO DA DEPRESSÃO

Muriel Closs Boeff (UFRGS)<sup>25</sup>  
Tatiana Souza de Camargo (UFRGS)<sup>26</sup>

Palavras-chave: Atenção Básica. Depressão. Diagnóstico. Promoção à Saúde. Saúde Mental.

### INTRODUÇÃO

Este trabalho se constrói como um recorte do projeto de Mestrado desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulado “Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de promoção a saúde na atenção básica”, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Química da

<sup>25</sup>Psicóloga, Mestranda do PPPG Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: [muriel.boeff@ufrgs.br](mailto:muriel.boeff@ufrgs.br)

<sup>26</sup>Professora da Faculdade de Educação e do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil / RS. E-mail: [tatiana.camargo@ufrgs.br](mailto:tatiana.camargo@ufrgs.br)

Vida e Saúde, e a linha de pesquisa Educação Científica: implicações das práticas científicas na constituição dos sujeitos. As bases teóricas deste projeto vinculam-se aos Estudos Culturais nas suas vertentes pós-estruturalistas, dialogando com os trabalhos de Michel Foucault.

Como metodologia prevê-se uma pesquisa de cunho qualitativo, configurando-se como um estudo de caso que utilizará ferramentas etnográficas, incluindo a realização da entrevista semiestruturada, da observação participante e da criação de um diário de campo. A coleta de dados será realizada em Solanum, uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, através da Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) com amostra constituída por usuárias da unidade, autodeclaradas mulheres, maiores de 18 anos e que apresentam o diagnóstico de depressão. A análise será realizada através da triangulação dos dados.

O objetivo geral e problema fundante desta pesquisa trazem o seguinte questionamento: Como a produção de determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental, por pacientes e profissionais, pode estabelecer relação com a construção do diagnóstico de depressão, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul? A partir disso, seus objetivos específicos englobam: Articular o marcador social gênero com a organização do trabalho, porque entende-se que este influencia nos modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes; Articular o marcador social gênero com a organização social do município, porque entende-se que o papel ocupado pelas mulheres no local influencia nos modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes; e por fim, analisar e compreender a organização da cultura teuto-brasileira<sup>27</sup> no local, porque entende-se que esta influencia nos modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes.

Este trabalho foi aprovado pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências – Química da Vida e Saúde; pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) do Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa, através do CAAE 69593617.6.0000.5347, ambos vinculados a Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A partir desta explanação geral sobre os objetivos e configurações do respectivo projeto de Mestrado, a discussão que segue buscará apresentar uma breve caracterização do local de pesquisa, alguns conceitos que serão desenvolvidos no Mestrado a partir do aprofundamento teórico, como *Illness*, *Disease* e *Sickness*; e os primeiros movimentos de aproximação da pesquisadora com o local, caracterizados, mais especificamente, através dos relatos de

<sup>27</sup>Segundo o dicionário, teuto-brasileiro é um adjetivo relacionado à Alemanha e ao Brasil, sendo um substantivo de algo ou alguém que é de origem alemã e brasileira (PRIBERAM, 2017).

observação de um grupo de acupuntura realizado na ESF. Espera-se, dessa forma, estabelecer diálogos e discussões acerca da respectiva pesquisa, além de divulgar o início desta trajetória.

## **CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL**

O município de Solanum<sup>28</sup> foi colonizada por imigrantes alemães entre 1835 e 1838, sendo estes oriundos da região do *Hunsrück*, na Alemanha. A organização da localidade, no princípio, ficou a cargo dos próprios imigrantes, tendo como língua base o alemão, mais especificamente o dialeto chamado *hunsrik*. A grande maioria seguia a religião Evangélica (Protestantismo), tendo diversas profissões: lavradores, marceneiros, alfaiates, carpinteiros, chapeleiros, entre outras. Somente em 1938 com a Nacionalização do Ensino, o qual proibia o uso do dialeto alemão, que o português foi gradativamente sendo implementado na comunidade (WOORTMANN, 2000).

Atualmente, 29 anos depois de sua emancipação, assinada em 12 de Maio de 1988, Solanum é distribuída em 139,6 km<sup>2</sup>, tendo uma população estimada em 6.295 habitantes (IBGE, 2014). Na cidade, grande parte da população ainda se comunica através do dialeto alemão *hunsrik*. Sua economia distribui-se entre comércio, indústrias de calçados, agricultura e pecuária, com produção de acácia negra, batata, feijão, milho, verduras, fruticultura, aviários, leite, ovos e abate de bovinos e suínos.

O município conta com duas Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>29</sup>, a ESF Girassol e a ESF Margarida. Além disso, há um Ambulatório de Pronto-Atendimento 24 horas equipado para o atendimento de urgências e emergências. Nesta pesquisa a amostra será coletada através da ESF Girassol. Esta escolha ocorreu a partir do vínculo que a respectiva pesquisadora possui com o local, no qual realizou estágio extracurricular ocupando cargo de recepcionista por um período de 2 anos e, desde então, já observava os altos índices de depressão em mulheres que buscavam atendimentos.

## **ILLNESS, DISEASE, SICKNESS**

Profissionais e pacientes, ainda que possuam a mesma origem social e estejam circunscritos pela mesma cultura, costumam entender a saúde e a doença de modos muitos

<sup>28</sup> Nomes de cidades ou instituições são fictícios neste trabalho, garantindo o sigilo e a confidencialidade.

<sup>29</sup> A Estratégia Saúde da Família (ESF), segundo o Ministério da Saúde, consiste em uma estratégia de reorientação do modelo assistencial através da implementação de equipes multiprofissionais nas Unidades Básicas de Saúde, sendo estas responsáveis por um número específico de famílias, delimitadas pelo território geográfico da ESF. As principais atividades concentram-se na promoção, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos, além da manutenção da saúde da população que vive no território atendido (BRASIL, 2012).

distintos. Cada um possui seus critérios particulares para chegar à uma compreensão sobre o fato e não cabe realizar algum tipo de julgamento sobre qual destes seria o mais apropriado. Entretanto, sabe-se que ao estabelecer a relação entre profissional-paciente é necessário que, de alguma forma, uma comunicação compreensível à ambos se estabeleça, e é exatamente neste ponto que grandes entraves acontecem. A partir disso, torna-se importante buscar compreender como se constroem as visões sobre saúde-doença para ambos os envolvidos, sendo que os conceitos de *Illness*, *Disease* e *Sickness* adquirem grande relevância frente ao tema (HELMAN, 2009).

*Illness*, *Disease* e *Sickness* foram termos cunhados por Arthur Kleinman (1998) a partir de seus estudos acerca de doenças e suas influências sobre aspectos psicológicos e sociais, considerando sempre a perspectiva do paciente sobre sua saúde. Em sua definição, *Illness* diz respeito ao que é sentido pelo paciente, ou seja, um processo da sua percepção. Torna-se importante ressaltar que esta percepção não reflete a doença em si, mas sim o que ela representa e como afeta a vida do indivíduo e de seus familiares, envolvendo questões morais, sociais e psicológicas. *Disease* já é um reflexo da doença em si, ou seja, o diagnóstico recebido pelo indivíduo, comumente determinado pelo modelo da medicina, sendo então visto como um processo patológico. Por fim, *Sickness* envolveria a resposta que a sociedade costuma dar a patologia e ao indivíduo, englobando assim as representações que as pessoas tem sobre determinada doença. Neste campo pode-se observar a presença de estigmas e preconceitos, como por exemplo na doença mental, vista em diversas situações como simulação ou disfarce para alcançar algum tipo de ganho secundário, como aposentadoria (KLEINMAN, 1998; CASSEL, 1976; FILHO, 2015).

A partir disso, Kleinman (1998) retrata em seus estudos uma das grandes dificuldades encontradas na relação profissional-paciente: a negligência, por parte do profissional, sobre a consideração de aspectos sociais e culturais que podem construir e modificar a experiência subjetiva que o paciente apresenta frente o adoecimento. Ou seja, o profissional costuma pautar-se em uma visão biológica do corpo, como se o sintoma estivesse unicamente relacionado ao efeito de uma fisiopatologia, desconsiderando os possíveis atravessamentos culturais, sociais e econômicos que podem estar interligados com as reações emocionais manifestadas pelo paciente em determinada situação. Esse reducionismo biológico acaba então por empobrecer uma visão completa de saúde, deixando de considerar a pessoa e suas relações no mundo com a cultura, com a família e com a comunidade.

Ao realizar estudos sobre doenças causadas por movimentos e esforços repetitivos, como LER/DORT, Filho (2015) desenvolve discussões acerca das concepções postuladas por

Kleinman, problematizando se a *Illness* poderia afetar a *Disease*, ou seja, se a percepção subjetiva do paciente poderia afetar a manifestação de seus sintomas e sua doença. Estas discussões tornam-se extremamente relevantes ao nosso trabalho, pois, como já mencionado anteriormente, pode-se perceber que a cultura influencia a forma como o indivíduo manifesta e compreende sua doença (HELMAN, 2009). Porém, o autor refere que Kleiman (1998) não concluiu ou determinou totalmente se existe relação e influência entre *Illness* e *Disease*, mesmo que, em muitos achados, tenha falado sobre as relações entre enfermidade, cultura, significado pessoal e a experiência como fator desregulador de processos biológicos.

Dessa maneira, observa-se a emergência e necessidade de desenvolvimento de estudos que possam investigar a influência da experiência subjetiva do indivíduo sobre as formas de manifestação e compreensão de determinada doença, buscando auxiliar no desenvolvimento e maior consolidação do modelo biopsicossocial em contrapartida ao modelo biomédico que, na maioria das vezes, torna-se extremamente reducionista e categorizante em seus diagnósticos.

## O INÍCIO DA CAMINHADA

Como nosso projeto de Mestrado foi recentemente aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (agosto de 2017) ainda não foi possível iniciar a coleta de dados através das entrevistas. Entretanto, algumas sondagens já foram realizadas com o objetivo de conhecer o local, as atividades e as pessoas que lá circulam. A equipe da ESF Girassol é formada por uma Recepcionista, uma Enfermeira, uma Técnica em Enfermagem, um Médico de Família e Comunidade, dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e uma Auxiliar de Serviços Gerais. Também circulam pela unidade de saúde estudantes de medicina que realizam seus estágios, sendo supervisionados pelo médico do local. Os pacientes atendidos compreendem todas as faixas etárias e comunicam-se através do português, mas em minhas observações percebi que há grande preferência, principalmente em adultos jovens e idosos, pelo uso do dialeto alemão *hunsrik*.

Além das observações realizadas na sala de espera, acompanhei 6 encontros do Grupo de Acupuntura desenvolvido na ESF, sendo este constituído, até o momento, apenas por mulheres. Em todos os momentos da observação me apresentei e pedi autorização para observá-las, afinal sempre existiam novas participantes que desconheciam o motivo da minha presença. Todas as mulheres que acompanhei nestes seis encontros, exceto uma, afirmaram ter o diagnóstico de depressão e fazer uso de medicação.

Em minhas observações pude ver uma dor física extenuante. O corpo de cada participante me pareceu um depósito de vidas imersas em sofrimentos, tristezas e solidão. Cada

relato compartilhado pelas mulheres deste grupo, uma vez que estas permaneciam em média de 30 a 40 minutos reunidas, conversando, sem a presença de qualquer profissional da ESF, aguardando a chegada do médico para iniciar a aplicação das agulhas, me mostrou o quão terapêutico se constituía aquele espaço. Ouvi histórias de casamentos arruinados pelo desrespeito e pela violência das palavras, tendo como perspectiva apenas lágrimas silenciadas e o medo do estigma da separação. Ouvi relatos de quem viveu a morte do companheiro através do suicídio e que continua se perguntando o que pode ter acontecido naquele momento terrível. Também ouvi narrativas de quem não tem mais forças para encontrar perspectivas e pensa, diariamente, que o fim da vida seria a melhor opção.

Foram contrastes da dor física que as aprisiona em suas casas, incapacitando-as para o trabalho, fato que as adoce imensamente dada a importância de uma função laborativa nessa comunidade de tradição teuto-brasileira, em contrapartida à um reflexo de lágrimas duras, aprisionadas por anos, na tentativa de mostrar força para a criação dos filhos ou do cuidado de familiares doentes. Força e fraqueza. Dor e solidão. Medo e angústia. Aflição e desejo de que acabe. Quantas histórias, quantos caminhos, quantas perguntas, poucas respostas.

Estes seis encontros me mostraram, de uma forma por vezes brutal, que a dor de um corpo carrega consigo marcas silenciosas. Ela é construída exatamente sobre renúncias, sobre impossibilidades, sobre incompreensão, sobre cansaços, sobre medicações e sobre diagnósticos. Ela existe, viva e visível de uma forma cruel. E, em minha percepção, legitima sua existência no sentimento de cada mulher. E é exatamente por se legitimar nesse espaço que permanece, dia após dia, enraizando-se e alimentando-se do vazio, afinal poucos as veem, poucos as escutam e poucos as compreendem.

Nessa experiência, dor e solidão, sobretudo, estiveram gigantescas em minha frente. Acredito que agora é hora de ouvi-las e penso sempre que, para que isso seja possível, primeiro preciso deixá-las falar. Sobre o que quiserem, onde quiserem, como quiserem. Em minha opinião, não há para o ser humano respeito maior do que saber que alguém pode vê-lo e aceitá-lo, exatamente do jeito que é, naquele momento.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho está em construção, sendo necessário aprofundar-se teórica e metodologicamente para que a dissertação mantenha seu rigor ético e científico. Da mesma maneira, a realização deste projeto exige sensibilidade, empatia, respeito e compreensão, afinal a proposta de ouvir mulheres atravessadas pelo diagnóstico da depressão pressupõe relatos de angústia, tristeza, dor e solidão. Nesse sentido, a partir da proposta deste projeto talvez seja



possível desenvolver espaços de escuta e trocas, tanto para profissionais quanto pacientes, sobre o processo de construção do diagnóstico de depressão, além de contribuir para a criação de novas ferramentas de cuidado em saúde mental na atenção básica.

## REFERÊNCIAS

CASSEL, E. J. **The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship**. Philadelphia: Lippincott, 1976.

FILHO, Gilberto L. de Lima. Reflexões sobre *Illness e Disease*. **Saberes em Perspectiva**, Jequié, v. 6, n.13, maio/agosto, 2015. Arquivo disponível em <<http://www.saberesemperspectiva.com.br/index.php/saberesemperspectiva/article/view/119>>. Acesso em 08 de agosto de 2017.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

IBGE. **Cidades@**. 2014. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/cxc>>. Acesso 08 de agosto de 2017.

\_\_\_\_\_. Depressão. In: \_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em 01 de agosto de 2017.

KLEINMAN, A. **The illness narratives: suffering, healing & the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

PRIBERAM, Dicionário. **Teuto-brasileiro**. Arquivo disponível em <<https://priberam.pt/dlpo/teuto-brasileiro>>. Acesso em 30 de junho de 2017.

WOORTMANN, Ellen Fensterseifer. Identidades e memória entre teuto-brasileiros. In: **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 6, n. 14, p. 205-238, nov. 2000. Arquivo disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ha/v6n14/v6n14a09>>. Acesso em 25 de julho de 2017.

APÊNDICE F – Resumo no II Encontro Regional de Ensino de Ciências (EREC) - UFRGS

EREC 2018 

**II ENCONTRO REGIONAL  
DE ENSINO DE CIÊNCIAS**

11 E 12 DE MAIO - UFRGS - PORTO ALEGRE

**UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A CONSTRUÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**Muriel Closs Boeff<sup>1</sup>; Tatiana Souza de Camargo<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestranda do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. Bolsista CAPES. E-mail: muriel.boeff@ufrgs.br.

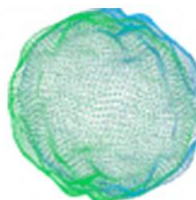
<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação, e do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: tatiana.camargo@ufrgs.br.

Este trabalho busca compreender a construção do diagnóstico de depressão em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul, articulando o marcador social gênero com a organização do trabalho, o papel social da mulher e a cultura teuto-brasileira do local, entendendo-se que estes aspectos influenciam nos modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes. Como metodologia prevê-se uma pesquisa de cunho qualitativo que utilizará ferramentas etnográficas. A coleta de dados será realizada em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, tendo como amostra usuárias da unidade autodeclaradas mulheres, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão. A análise será realizada através da triangulação dos dados. Os resultados preliminares apontam para as seguintes questões: mudança de percepção sobre a depressão após receber o diagnóstico; presença de histórico familiar de depressão; grande maioria recebeu diagnóstico do médico da ESF; grande maioria faz uso de medicação e atribui sua melhora a este fato; baixa adesão ao tratamento psicológico; pouco diálogo sobre depressão com a família ou círculo de amigos; relatos de experiências de sofrimento no ambiente laboral após o diagnóstico, principalmente pelo preconceito dos colegas; necessidade de manter atividade laboral mesmo quando o quadro de depressão mostrava-se extremamente severo; auxílio profissional, para maioria, centrado sobre o médico. A partir disso, através desta pesquisa talvez seja possível discutir e compreender como as práticas de Promoção da Saúde incidem sobre a população, a prevenção, o tratamento e o diagnóstico de depressão nesta comunidade.

**Palavras-chave:** Depressão. Gênero. Atenção Primária. Promoção da Saúde. Estudos Culturais.

APÊNDICE G – Resumo no XII Jornadas Latinoamericanas de Estudios Sociales de La  
Ciencia Y La Tecnología – Ciudadanías Científicas – ESOCITE (Santiago, Chile)

**ESOCITE**  
SANTIAGO DE CHILE 2018  
XII JORNADAS LATINOAMERICANAS DE  
ESTUDIOS SOCIALES DE LA CIENCIA Y LA TECNOLOGÍA  
CIUDADANÍAS CIENTÍFICAS



**TECNOLOGIAS FARMACOLÓGICAS E A CONSTRUÇÃO DO  
DIAGNÓSTICO DE DEPRESSÃO EM UMA CIDADE DO INTERIOR  
DO RIO GRANDE DO SUL/BRASIL: ESTRATÉGIAS BIOPOLÍTICAS E  
O CONTROLE DOS CORPOS**

Muriel Closs Boeff<sup>1</sup>

Tatiana Souza de Camargo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Psicóloga, Mestranda do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. Bolsista CAPES. E-mail: muriel.boeff@ufrgs.br.

<sup>2</sup>Professora Adjunta do Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação, e do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: tatiana.camargo@ufrgs.br.

Sessão Temática Nº 27: Transformaciones actuales en el campo de la salud: ciencia, biomedicina y sociedad.

Este trabalho aborda o processo de construção do diagnóstico de depressão em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul – Brasil, a partir da compreensão dos determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental. Como objetivo busca-se articular o marcador social gênero com a organização do trabalho, com o papel social ocupado pela mulher e com a cultura teuto-brasileira no local, porque entende-se que estes aspectos influenciam nos modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais da Atenção Básica quanto para pacientes. Nesse sentido, o diagnóstico não é compreendido puramente como um produto exclusivo da prática médica, mas sim como uma condição que engloba aspectos culturais, sociais, econômicos e políticos de determinado tempo e espaço, tomando o sofrimento psíquico como uma construção social. Dessa maneira, utiliza-se como referência os estudos de Michel Foucault em suas vertentes pós-estruturalistas, através das discussões sobre biopolítica e controle dos corpos, além de temas como medicalização e estabelecimento de diagnósticos genrerados. O delineamento metodológico é qualitativo, utilizando ferramentas de cunho etnográfico, incluindo entrevistas semiestruturadas e observações participantes, além da análise de documentos e políticas sobre saúde mental na Atenção Básica. Justifica-se a relevância deste estudo a partir da identificação dos altos índices de diagnóstico de depressão em mulheres nesta pequena comunidade de apenas 6.500 habitantes, além das elevadas estatísticas de busca por consultas médicas e utilização de benzodiazepínicos e psicotrópicos, principalmente por mulheres assim autodeclaradas, sendo estes dados coletados a partir de materiais disponibilizados pela secretária de saúde do local. Da mesma maneira, a partir da análise dos dados preliminares das entrevistas realizadas com

mulheres que receberam o diagnóstico de depressão, percebeu-se que a grande maioria atribuiu a melhora dos sintomas ao uso de algum tipo de medicação, tendo baixa adesão a outras modalidades de tratamento, como a psicoterapia, por exemplo. Compreende-se, a partir disso, que nesta comunidade a medicação é tomada como a principal via de melhora dos sintomas emocionais, englobando tanto a percepção de saúde da própria comunidade quanto as diretrizes de saúde da gestão local, centrando seus esforços em práticas que reforçam os privilégios das tecnologias farmacológicas nos tratamentos de saúde mental, em detrimento da possibilidade de ampliar as propostas terapêuticas de cuidado. Assim, este trabalho pode se configurar como uma oportunidade de se pensar sobre o uso de outras perspectivas de cuidado em saúde mental na Atenção Básica à Saúde.

Referências: FOUCAULT, Michel. **O nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

ZANELLO, V.; ANDRADE, A. P. M. **Saúde Mental e Gênero: Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

APÊNDICE H – Artigo no VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade, III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade: Resistências e Ocupações nos espaços de Educação (FURG) – Rio Grande



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG

Catálogo na Publicação:

Bibliotecária Simone Godinho Maisonave – CRB -10/1733

S471a Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade (7. : 2018 : Rio Grande, RS)

Anais eletrônicos do VII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, do III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e do III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade [recurso eletrônico] / organizadoras, Paula Regina Costa Ribeiro... [et al.] – Rio Grande : Ed. da FURG, 2018.

PDF

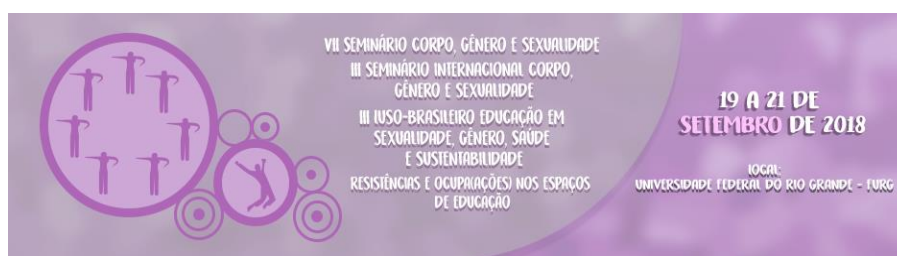
Disponível em: <http://www.7seminario.furg.br/>

<http://www.seminariocorpogenerosexualidade.furg.br/>

ISBN:978-85-7566-547-3

1. Educação sexual - Seminário 2. Corpo. 3. Gênero 4. Sexualidade I. Ribeiro, Paula Regina Costa, org. [et al.] II. Título III. Título: III Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade. IV. Título: III Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade.

CDU 37:613.88



## GÊNERO E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: QUE RELAÇÃO É ESSA?

Eixo temático 35

Muriel Closs Boeff<sup>30</sup>; Tatiana Souza De Camargo<sup>31</sup>

<sup>30</sup> Psicóloga, Mestranda do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. Bolsista CAPES. E-mail: [muriel.boeff@ufrgs.br](mailto:muriel.boeff@ufrgs.br).

<sup>31</sup> Orientadora, Professora Adjunta do Departamento de Ensino e Currículo, da Faculdade de Educação, e do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, ambos da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: [tatiana.camargo@ufrgs.br](mailto:tatiana.camargo@ufrgs.br).

## **Resumo**

A partir da identificação dos dados epidemiológicos de saúde mental, os quais classificam as mulheres como as maiores portadoras de depressão, buscará se realizar uma discussão sobre a abordagem das questões de gênero no momento da realização de um diagnóstico. Além disso, como este trabalho surge a partir de um recorte do projeto de Mestrado intitulado “Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica”, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, buscará se apresentar dados preliminares alcançados até o momento. Dessa forma, espera-se poder contribuir para a discussão do gendramento de diagnósticos em saúde mental.

**Palavras-chave:** Gênero. Saúde Mental. Diagnóstico gendrado.

## **Introdução**

O respectivo trabalho se apresenta como um recorte do projeto de Mestrado desenvolvido na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulado “Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica”.

Nesse sentido, serão apresentados alguns resultados preliminares alcançados através da realização de entrevistas, além de propor-se a discutir como as condições de saúde mental tem afetado em maior proporção as mulheres, tanto em nosso país como no mundo inteiro. Para nortear estas discussões além de ponderar sobre os aspectos históricos, políticos, econômicos e sociais que colocam a mulher em uma condição de maior suscetibilidade ao desenvolvimento de questões de saúde mental, também se discutirá a possibilidade de que os diagnósticos estejam sendo perpassados por um processo de gendramento, ou seja, patologias que incluem como critérios diagnósticos sintomas mais tipicamente aceitos em mulheres, como choro e sensibilidade, podem estar sendo diagnosticadas a partir de uma avaliação pautada em questões de gênero e não, necessariamente, sobre a real presença da patologia (ZANELLO; SILVA, 2012).

## **Sofrimento Psíquico e Diagnóstico**

A experiência do sofrimento psíquico apresenta-se como reflexo de valores e normas vigentes em determinado período histórico e político de nossa sociedade, sendo, nesse sentido, produto de uma construção social. Dessa maneira, quando o indivíduo manifesta sintomas de sofrimento emocional, estes não são somente oriundos de uma vivência individual, mas sim,

demonstram relações de poder que ocorrem em determinados espaços, acarretando diferenças nas manifestações de sofrimento psíquico entre homens e mulheres (SANTOS, 2009).

Considerando dados epidemiológicos de saúde mental, existem diferenças tanto em frequência quanto em incidência dos transtornos mentais. Mulheres são frequentemente mais diagnosticadas com depressão e transtornos de ansiedade, enquanto entre os homens há maior prevalência de comportamentos antissociais e abuso de álcool (ZANELLO, 2014). Existem duas correntes distintas de análise destes dados: a vertente biologizante e a corrente sócio-histórica. Na primeira, defende-se a concepção de que a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres esteja relacionado com a presença de hormônios específicos em seus corpos, principalmente o estrogênio, o qual agiria na modulação do humor (ANDRADE; VIANA; SILVEIRA, 2006). Enquanto isso, a vertente sócio-histórica busca abranger uma dimensão social, compreendendo o sofrimento psíquico não somente a partir de alterações químicas do corpo, mas sim como produto de papéis e atribuições sociais, incluindo aqui as relações de gênero (ZANELLO; BUKOVITZ, 2011).

A Organização Mundial da Saúde, em seu relatório *Gender and Women's Mental Health*, destaca que a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres relaciona-se a fatores de risco permeados por condições de violência de gênero, como desvantagem socioeconômica, baixa renda e desigualdade social. Além disso, este relatório também refere que médicos apresentam maior tendência em diagnosticar depressão em mulheres do que em homens mesmo quando ambos alcançam escores semelhantes em testes padronizados para avaliar a patologia (OMS, 2018).

Esta questão também é levantada por Zanello e Silva (2012), quando as autoras afirmam que o profissional que realiza o diagnóstico em saúde mental possui seu olhar clínico atravessado por questões de gênero, tendendo então a julgar e avaliar a partir de certos padrões internalizados como ideais. Nesse sentido, existiriam níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando a hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e o subdiagnóstico de outras em homens, e vice-versa.

Sobre este aspecto, ressalta-se que as condições de gênero aparecem em algumas falas das participantes entrevistadas. No exemplo abaixo, D., 19 anos, relata uma situação de assédio sexual que sofreu em seu local de trabalho, levando-a buscar auxílio profissional na ESF Margarida, a partir da manifestação de sintomas depressivos após o ocorrido.

“É que é um cara, ele é casado, ele tem filho e tudo, e no começo assim eu não tinha falado nada dele, mas quando me colocaram pra trabalhar sozinha com ele, ele

começou a passar a mão na minha bunda sabe, e eu fui deixando aquilo, eu tava com vergonha de falar porque eu tava pouco tempo ali, eu não conhecia quase ninguém. Aí depois de um meio ano, mais ou menos, ele começou a mandar mensagem, ele mandava mensagem direto e eu nem respondia. Ele mandava que eu era linda, que ele ainda ia sair comigo e um monte de coisas. Aí eu deixei quieto também, não comentei com ninguém. Daí uma outra amiga minha começou, falou pra mim que ele tava mandando mensagem pra ela também, daí a gente começou a comentar isso e ele tava mandando pra muitas mulheres ali na fábrica sabe. E daí eu fui percebendo quem ele era e daí depois me colocaram pra trabalhar de novo perto dele e toda vez que ele queria falar uma coisa comigo ele sempre vinha pra cima de mim, e ficava passando a mão na minha coxa, e sabe era demais assim. Aí eu fui entregar ele, tipo eu não queria falar nada, mas aí uma colega falou: é melhor tu falar né, pra chefia, porque eles tem que resolver isso, não vai ficar aqui assim [...]. Aí eles chamaram ele e pediram pra ele parar, daí ele falou que as mensagens eram por brincadeira e negou que tinha passado a mão em mim, com certeza né? E daí ele desceu e ele começou a contar pra todo mundo que eu tinha entregado ele. E aí todo mundo que não conhecia o lado dele, tipo as amigas dele, ficaram contra mim e começaram a falar um monte de coisas minhas sabe. Isso foi meio que me magoando (chora). Só que daí depois que eu contei, começaram a pegar no meu pé e aí eu comecei a me estressar (lágrimas nos olhos). Era todo o dia uma encheção de saco, sempre a mesma coisa. Aí o F. (médico da ESF), já sabia disso que eu tinha... E eu tenho um problema no braço e eles não queriam aceitar isso. Aí conversei com o F. ano passado já. Daí esse ano, como foi ao longo do ano piorando bastante sabe, por mais que eu disfarçava isso pras pessoas, mas eu não tava me sentindo bem com aquilo, eu não consigo mais trabalhar ali dentro sabe, eu preciso sair. Aí que veio a semana passada e eu conversei com o F. de novo por causa disso, e sempre é por causa do mesmo problema né. Eu já tava com intenção assim de me matar, essas coisas sabe, isso já passou muito pela minha cabeça e aí for por isso que o F. pediu pra vir aqui.” (Médico pediu para participar do projeto de mestrado e realizar a entrevista, além de ter encaminhado W. para tratamento psicológico com profissional da rede).

Da mesma maneira, S., 38 anos, relata situações de grande sofrimento no ambiente familiar, principalmente com seu pai, o qual era alcóolatra e desrespeitava diariamente S. e sua mãe. Esta situação fez com que a entrevistada omitisse sua primeira gestação até o sétimo mês, por medo da reação do pai frente ao fato dela ter engravidado e não ter um companheiro fixo. Além disso, em sua segunda gravidez, a qual era estritamente um desejo do novo companheiro, teve de deixar de tomar os remédios para depressão, agravando seu quadro.

“É, eu fui mãe solteira do primeiro que tem 19 anos agora [...]. Eu tinha um relacionamento com ele. Só que daí quando eu falei pra ele que eu tava grávida, ele disse que eu era pra tirar o nenê. Só que eu não queria, daí eu deixei ele. Eu não queria tirar o meu filho [...]. Aí eu conheci o meu marido na fábrica onde nós trabalhava, aí nós ficamos juntos e nós já estamos 16 anos juntos e daí ele quis que eu engravidasse, só que eu já tinha depressão 2 anos. Antes da gravidez eu tinha depressão 2 anos já. Daí eu engravidei, daí que voltou a minha depressão. Não tô dando a culpa pra gravidez, mas sim, eu deixei de tomar alguns remédios né, porque não pode, daí voltou tudo [...].

Pergunto então sobre as condições que a levaram a esconder a primeira gestação e ela responde: “Eu tinha medo dos meus pais.” Posteriormente questiono sobre o que acontecia em sua casa quando o pai bebia, e ela refere: “Eu chorava quase sempre, quando ele dizia nome pra mim e pra minha mãe, ele era sabe, bem... bem ruim. Daí eu chorava muito. E na fábrica eu



passava manhãs chorando.” Pergunto se ela poderia me falar um pouco mais sobre o que ele dizia e ela prontamente responde: “Que nós não prestava, que nós era umas vagabundas, umas *chin* (puta, em alemão). Isso doeu... Dói né?”

A partir destes relatos pode-se perceber que o aparecimento ou mesmo desenvolvimento de quadros de depressão em mulheres comumente é perpassado por práticas de violências de gênero, acontecendo desde o ambiente familiar e alcançando também o local de trabalho, colocando-as, por muitas vezes, em uma posição de vulnerabilidade. Dessa forma, levantam-se questionamentos sobre a interpretação gendrada de determinados sinais e sintomas apresentados por mulheres, afinal os mesmos costumam ser avaliados a partir de uma leitura de gênero, desconsiderando, em alguns casos, as opressões diárias a que estas estão expostas.

Seria então possível pensar em um favorecimento frente ao aparecimento de determinados diagnósticos em mulheres quando comparadas aos homens? Provavelmente sim, o que traz à tona a necessidade da criação de critérios diagnósticos diferentes para homens e mulheres frente a determinada patologia, como a depressão, por exemplo. Caso este processo ocorresse, dados epidemiológicos hoje apresentados como prevalentes em mulheres poderiam sofrer alterações drásticas, bem como aqueles indicando prevalências em homens. O que torna-se relevante, nessa situação, é discutir a reavaliação dos padrões de valores e questões de gênero dos próprios profissionais, os quais, quer queiramos ou não, acabam ficando invisibilizados na grande maioria dos diagnósticos (ZANELLO; SILVA, 2012).

### **Discussão e Considerações Finais**

As relações de gênero são, a priori, relações permeadas pelo poder. Historicamente, a mulher é colocada à margem, principalmente através da dominação exercida pelo sistema patriarcal em nossa cultura (LIMA, 2008).

Apesar de todos os progressos alcançados no que diz respeito aos direitos das mulheres, diversos destes conquistados através de muitas lutas e embates dos mais distintos movimentos feministas, ainda hoje a mulher continua desempenhando papéis múltiplos em sua vida, ainda tem sobre ela a delegação do cuidado dos filhos, ainda sofre limitações no mercado de trabalho recebendo remuneração inferior e, entre tantos outros aspectos, ainda não tem domínio, em muitos casos, sobre seu próprio corpo, sendo este delegado à todo tipo de controle: hormonal, médico, psicológico e assim sucessivamente. De forma semelhante, quando políticas públicas ou legislações que oferecem garantias aos trabalhadores sofrem com alterações ou corte de recursos, mulheres geralmente costumam ser as mais afetadas. Até mesmo dentro de Universidades, públicas e privadas, inúmeras mulheres ainda sofrem com experiências de

assédio ou questionamento de suas habilidades acadêmicas após tornarem-se mães. Estereótipos de fragilidade física e emocional permanecem todos os dias, em maior ou menor grau, fazendo com que as mulheres tenham de lutar arduamente pelo reconhecimento e pela liberdade de simplesmente serem quem são.

Nesse sentido, questionar o processo de gendramento de um diagnóstico busca levantar discussões sobre aspectos entendidos como “naturais” frente a condição de ser mulher na contemporaneidade, refletindo-se no campo da saúde mental, por exemplo, através do estabelecimento de padrões sobre sintomas e manifestações de sofrimento. Torna-se necessário demonstrar que muito antes de oferecer espaços de voz para estas mulheres, é necessário também repensar as relações de poder e dominação exercidas no momento em que um profissional profere um diagnóstico. Não trata-se, neste caso, de questionar as habilidades técnicas necessárias para o fato, mas sim de se perguntar se este processo não é, de certa maneira, reflexo de uma medicalização do sofrimento feminino que, muito além de um sintoma, é produto de uma vida repleta de violências e não-garantias de direitos. De forma semelhante, nos relatos apresentados neste trabalho observa-se a importância de introduzir questionamentos sobre o processo de diagnóstico, o qual ocorre, em muitos casos, sem qualquer tipo de discussão sobre as inúmeras situações de violência e opressão de gênero sofridas pelas mulheres.

Encerra-se este trabalho com a consciência de que esta discussão não se esgota aqui, mas sim, pode ser (re)iniciada a partir de mais um questionamento: Diagnosticar e medicar para suportar as mazelas diárias, é disso que precisamos?

## Referências

ANDRADE, L. H. S. G.; VIANA, M. C.; SILVEIRA, C. M. Epidemiologia dos Transtornos Psiquiátricos na Mulher. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 43-54, 2006. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832006000200003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003)>. Acesso em: 18 de abril de 2018.

LIMA, B. S. Violência de Gênero nas Ciências: corpo, violência e poder. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 8: Corpo, violência e poder, 2008, Florianópolis. **Anais...**, Florianópolis, UFSC, 2008, p. 1-8. Disponível em: <[http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST70/Igor\\_Salomao\\_Teixeira\\_70.pdf](http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST70/Igor_Salomao_Teixeira_70.pdf)>. Acesso em 01 de maio de 2018.

ORGANIZAÇÃO Mundial da Saúde. **Gender and Women's mental health**, 2018. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)>. Acesso em: 30 de abril de 2018.

SANTOS, A. M. C. C. Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1177-1182, agosto, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400023&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 27 de abril de 2018.

ZANELLO, V. A saúde mental sob o viés do gênero: uma releitura gendrada da epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: ZANELO, V.; ANDRADE, A. P. M. **Saúde Mental e Gênero: diálogos, práticas e interdisciplinaridade**. Curitiba: Appris, 2014.

ZANELLO, V.; BUKOVITZ, B. Insanity and Culture: na approach to the gender relations in the speeches of psychiatrized patients. **Labrys Études Féministes**, Bonito, n. 20-21, julho/dezembro, 2011. Disponível em: <[http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/1/ARTIGO\\_Insanity%20and%20culture.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/19544/1/ARTIGO_Insanity%20and%20culture.pdf)>. Acesso em: 10 de março de 2018.

ZANELLO, V.; SILVA, R. N. M. C. Saúde mental, gênero e violência estrutural. **Revista Bioética**, v. 20, n. 2, p. 267-279, 2012. Disponível em: <[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/745](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745)>. Acesso em: 02 de maio de 2018.

APÊNDICE I – Artigo publicado na Revista Brasileira de Educação do Campo - Dossiê temático: Epistemologia de “nosotras”: mulheres do campo, das águas e das florestas (v. 3, n. 4, p. 1202-1220, set./dez., 2018)

## **Revista Brasileira de Educação do Campo**

**The Brazilian Scientific Journal of Rural Education**

**THEMATIC DOSSIER / ARTIGO/ARTICLE/ARTÍCULO**

**DOI: <http://dx.doi.org/10.20873/uft.2525-4863.2018v3n4p1202>**



### **Mulheres, Trabalhos e Histórias: Uma Análise das Trajetórias de Vida em uma Comunidade Teuto-Brasileira do RS.**

#### **Resumo**

Este artigo apresenta as intersecções entre duas pesquisas realizadas em um mesmo município de colonização alemã, localizado na Encosta da Serra Gaúcha/RS. Ambas utilizaram ferramentas etnográficas de pesquisa, como entrevistas e observação participante registrada na forma de diário de campo, analisadas de maneira combinada. A primeira, realizada em Grupos de Mulheres e com representantes das Secretarias de Agricultura, Educação e do Sindicato dos Trabalhadores Rurais buscou investigar a sucessão geracional na agricultura familiar do município, focalizando nas mulheres jovens. A segunda realizou-se em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, com usuárias que possuem diagnóstico de depressão, procurando compreender as experiências e significados envolvidos no processo de construção deste diagnóstico. Compreendemos que as análises traçadas a partir destes movimentos de pesquisa trazem preciosas contribuições para que seja pensada a organização da comunidade, principalmente em termos de alternativas de trabalho e estratégias educativas em Educação do Campo que sejam capazes de promover a sucessão geracional da agricultura familiar no município e de incorporar a temática de gênero, gerando assim um real incremento em termos de qualidade de vida desta população.

**Palavras-chave:** Gênero, Educação, Trabalho, Qualidade de Vida, Saúde Mental.

#### **Abstract**

This article presents the intersections between two studies conducted in the same municipality of German colonization, located in the Encosta da Serra Gaúcha / RS. Both used ethnographic research tools, such as interviews and participant observation recorded as a field diary, analyzed in a combined manner. The first, held in Women's Groups and with representatives of the Agriculture and Education Sector and the Rural Workers' Union, sought to investigate the generational succession in the family agriculture of the municipality, focusing on young women. The second was carried out in a Family Health Strategy Team, with users diagnosed with depression, trying to understand the experiences and meanings involved in the process of constructing this diagnosis. We understand that the analyzes drawn from these research movements bring valuable contributions so that the community organization is considered, especially in terms of work alternatives and educational strategies in Countryside Education

that are capable of promote the generational succession of family agriculture in the municipality and to incorporate the theme of gender, thus generating a real increase in terms of the quality of life of this population.

**Keywords:** Gender, Education, Work, Quality of Life, Mental Health.

### Resumen

Este artículo presenta las intersecciones entre dos investigaciones realizadas en un mismo municipio de colonización alemana, ubicado en la Encosta da Serra Gaúcha / RS. Ambos utilizaron herramientas etnográficas de investigación, como entrevistas y observación participante registrada en forma de diario de campo, analizadas de manera combinada. La primera, realizada en Grupos de Mujeres y con representantes de la Secretaría de Agricultura, Educación y del Sindicato de los Trabajadores Rurales, buscó investigar la sucesión generacional en la agricultura familiar del municipio, enfocándose en las mujeres jóvenes. La segunda se realizó en un Equipo de Estrategia de Salud de la Familia, con usuarias que poseen diagnóstico de depresión, buscando comprender las experiencias y significados involucrados en el proceso de construcción de este diagnóstico. Comprendemos que los análisis trazados a partir de estos movimientos de investigación traen preciosas contribuciones para que sea pensada la organización de la comunidad, principalmente en términos de alternativas de trabajo y estrategias educativas en Educación del Campo que sean capaces de promover la sucesión generacional de la agricultura familiar en el municipio y de incorporar la temática de género, generando así un real incremento en términos de calidad de vida de esta población.

**Palabras-clave:** Género, Educación, Trabajo, Calidad de Vida, Salud Mental.

### Introdução

Buscamos apresentar, neste artigo, o resultado da intersecção entre duas pesquisas realizadas por mulheres e com mulheres que residem em uma mesma comunidade: o município de Solanum/RS. Localizado na região da Encosta da Serra Gaúcha, o pequeno município de paisagens montanhosas e vegetação abundante se localiza há cerca de 80 km de Porto Alegre, possui uma área de 139,6 km<sup>2</sup> e uma população estimada de 6.295 habitantes para o ano de 2013 (IBGE, 2014). Sua história é fortemente marcada pela colonização alemã, iniciada na região em meados do século XIX. Por volta de 1844, chegaram os primeiros colonos à linha Herval, onde hoje se situa a sede do município, que apresentava um solo mais propício para o cultivo. Daí originou-se o nome atual do município, conhecido como *Teewald* por seus habitantes (Braun et al, 2009; Woortmann, 2000). Desenvolvida por famílias de origem alemã, para os quais o pertencimento étnico, o aprendizado do *hunsrik*<sup>32</sup> como língua materna, a forte

32 O *hunsrik* é a língua germânica mais falada no Rio Grande do Sul. Ágrafa até 2004, ela é cotidianamente usada por quase dois milhões de pessoas no Brasil, com forte presença em comunidades de colonização germânica. Utilizamos o itálico para destacar os termos utilizados na língua *hunsrik*, assim como para outros termos em línguas estrangeiras.

religiosidade, os laços comunitários e de vizinhança são notoriamente presentes, a agricultura familiar hervalense guarda algumas singularidades, partilhadas com outros municípios vizinhos da chamada Colônia Velha alemã<sup>33</sup>.

Para este trabalho, a singularidade que merece destaque é a pluriatividade observada na produção rural do município. Nesse sentido, é comum observar propriedades nas quais além das atividades agrícolas tipicamente desenvolvidas no município – como a olericultura, a pequena produção de leite, a lavoura de milho e feijão, a silvicultura de acácia, a piscicultura em pequena escala, a avicultura, a fruticultura, a lavoura de batata – estarem combinadas entre si, elas também, na maioria dos casos, se articulam a um elemento externo: o trabalho de algum(ns) membro(s) da família em atividades industriais urbanas, notadamente nas empresas de calçados.

A pluriatividade é um conceito desenvolvido por estudiosos dos campos do Desenvolvimento Rural e Agricultura, voltados ao trabalho com pequenos produtores familiares, e designa as unidades produtivas multidimensionais, nas quais são praticadas a agricultura e outras atividades, tanto dentro como fora da propriedade, pelas quais são recebidos diferentes tipos de remuneração e receitas (Fuller, 1990 como citado em Schneider, 2004).

Esse caráter pluriativo e multidimensional parece ser uma característica desta região, na qual o desenvolvimento da indústria calçadista, ocorrido ao longo da década de 1980 e marcado pela instalação de sedes em localidades rurais, esteve organicamente ligado à estrutura produtiva local seja relacionando-se dinamicamente com as formas de trabalho na agricultura familiar, através do assalariamento dos colonos, seja pela externalização de partes do processo produtivo para serem confeccionados fora da fábrica, em pequenos ateliês (para os quais as empresas terceirizam certos serviços), ou até mesmo em casa (Schneider, 2004).

Esse fenômeno de incorporação de atividades da indústria calçadista ao modo de vida do agricultor familiar da Região da Encosta da Serra operando sua ressignificação e atuando, de certa maneira, na sua manutenção é bastante interessante e nos mostra a complexidade do cenário investigado. Nos trabalhos desenvolvidos por Schneider (2004) na região do Vale dos Sinos na década de 1990, uma das principais constatações foi a de que:

O desenvolvimento da indústria calçadista articulou-se com a agricultura familiar e que as transformações das atividades agrícolas, sobretudo mudanças ocasionadas no processo de produção podem ser atribuídas ao seu assalariamento nas fábricas de calçados e curtumes. O que parece singular nesse processo é o tipo de relação de trabalho que se estabeleceu (...) Os efeitos da industrialização sobre a agricultura familiar não chegam a provocar,

<sup>33</sup> Região na qual chegaram os primeiros grupos de imigrantes alemães no estado do Rio Grande do Sul, a partir de 1824.

de fato, o êxodo das populações rurais para as cidades. O assalariamento constituiu-se, neste caso, numa alternativa estratégica às dificuldades enfrentadas pelos colonos (...) Os empregos fora da propriedade [se tornaram, assim] uma opção com dupla vantagem: obter rendas e ganhos econômicos para garantir a subsistência familiar e ter a possibilidade de permanecer residindo na propriedade agrícola (Schneider, 2004, p. 111, entre chaves comentários meus).

Nesse sentido, o autor conclui que a peculiar forma de inter-relação entre as formas de trabalho e de produção das indústrias de calçados e dos agricultores familiares está entre as principais razões que explicam o vigoroso crescimento econômico e as profundas transformações sociais que se registraram na região da Colônia Velha alemã a partir da década de 1970 (Schneider, 2004).

Com relação à divisão dos trabalhos que compõem a pluriatividade da agricultura familiar hervalense, é importante marcar que essa se orienta por princípios de hierarquia e de gênero. Nessa divisão, em geral, o marido/pai fica na propriedade desenvolvendo as atividades agrícolas e a mulher e/ou filhos e filhas jovens saem para trabalhar nas empresas de calçados. Nesse esquema, o trabalho do marido/pai é compreendido como a atividade principal para o sustento da família e o trabalho feminino e dos filhos(as) funciona como uma “ajuda em casa” (Machado & Menasche, 2012).

Na tentativa de traçar os possíveis entrelaçamentos que se tecem entre sucessão geracional, educação, trabalho e qualidade de vida – focalizando especificamente no aspecto da saúde mental – nas trajetórias de vida de mulheres deste município, vinculadas à agricultura familiar local, mesclamos os dois trabalhos e construímos as discussões e análises que constituem este artigo.

## **Metodologia**

Além de estabelecer relações a partir dos trabalhos realizados com a mesma comunidade em um mesmo território, ambas as pesquisas apresentam caminhos metodológicos semelhantes, com o uso de ferramentas etnográficas de pesquisa, tais como entrevistas abertas e semi estruturadas e a observação participante registrada na forma de diário de campo, analisadas de maneira combinada.

A primeira tem se realizado a partir da observação participante nas reuniões dos seis Grupos de Mulheres organizados pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Solanum em parceria com o escritório municipal da Empresa de Assistência Técnica e Extensão Rural (EMATER/RS), aliada às entrevistas abertas com representantes da Secretaria de Agricultura, da Secretaria de Educação e da presidência do mencionado Sindicato.

A segunda acontece em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) do município, tendo como amostra usuárias da unidade, autodeclaradas mulheres, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão, a partir da observação participante em ações de Promoção da Saúde e 18 entrevistas semiestruturadas.

Destacamos que ambos os projetos de pesquisa foram aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 77833517.9.0000.5347 e CAAE 69593617.6.0000.5347) e que os nomes apresentados ao longo do texto são fictícios a fim de preservar o sigilo das participantes.

### **A atualidade deste contexto: sucessão geracional e questões de gênero**

Quase 30 anos após os estudos de Schneider (2004) sobre a pluriatividade da agricultura familiar na Colônia Velha alemã, buscamos revisitar um pedaço do campo de sua pesquisa, a fim de investigar dois elementos específicos, quais sejam, a sucessão geracional das famílias agricultoras e as questões de gênero<sup>34</sup> implicadas na divisão de tarefas produtivas, visto que na maioria dos casos são as mulheres que diariamente deixam a propriedade e vão trabalhar nas empresas de calçados.

Ao longo das entrevistas abertas realizadas com o representante da Secretaria de Agricultura e da presidência do Sindicato dos Trabalhadores Rurais, assim como nas observações conduzidas nas reuniões dos Grupos de Mulheres, a questão da sucessão geracional no campo é narrada como a principal preocupação em termos de reprodução social do modo de vida dos agricultores familiares de Solanum, assim como se observa em estudos realizados junto a agricultores familiares em municípios de colonização alemã no Vale do Taquari (Gaviria & Menasche, 2006; Gaviria & Pezzi, 2007; Wedig & Menasche, 2009).

Entendemos a sucessão geracional como a “transferência de poder e do patrimônio entre gerações no âmbito da produção agrícola familiar, a retirada paulatina das gerações mais idosas da gestão do estabelecimento e a formação profissional de um novo agricultor(a)” (Stropasolas, 2011). Além da transferência material da propriedade, a sucessão geracional na agricultura familiar envolve um processo de transferência de saberes e fazeres, de manutenção de um

34 Identidade de gênero é a experiência subjetiva de uma pessoa a respeito de si mesma e das suas relações com outros gêneros. Não depende do sexo biológico da pessoa, mas de como ela se percebe. Essa identidade pode ser binária (homem ou mulher), mas também pode ir além dessas representações e rechaçar ambas as possibilidades de reconhecimento, sendo assim pessoas não-binárias (todos os outros gêneros). Neste sentido, o gênero é uma ferramenta para a desnaturalização, apontando para os muitos significados de masculinidades e feminilidades que se articulam a muitas ‘marcas’ sociais, como classe, etnia, entre outras (Louro et al, 2003).



patrimônio histórico e sociocultural particular, processo o qual parece estar sofrendo uma forte tendência de ruptura, o que corrobora a preocupação manifesta nas entrevistas.

Ao detalharmos, durante as conversas, a problemática da sucessão geracional no município, os entrevistados afirmam perceber que aos jovens faltam incentivos dos pais, dos professores e da comunidade escolar como um todo para a escolha de uma atuação profissional ligada ao campo e à agricultura familiar.

Mobilizadas por tais afirmações, buscamos conversar com representantes da Secretaria Municipal de Educação, assim como com representantes das Escolas Estaduais do município, a fim de levantar dados sobre a existência e a historicidade de práticas de Educação do Campo vinculadas às escolas do município, o que vimos detalhar na seguinte seção.

Antes no entanto, é importante delimitar que neste trabalho entendemos que Educação do Campo é toda ação educativa desenvolvida junto às populações do campo e fundamenta-se nas práticas sociais constitutivas destas populações, quais sejam os seus conhecimentos, habilidades, sentimentos, valores, modos de ser, de viver, de perceber, de produzir e compartilhar a vida (CNE/CEB, 2002). Entendemos ainda que estas ações educativas podem tanto desenvolver-se em escolas do campo como em outros espaços educativos, como as práticas relacionadas à assistência técnica e extensão rural, os encontros de formação sindical, assim os grupos de mulheres e atividades de Promoção da Saúde nos quais se desenvolveu esta pesquisa e que serão trazidos mais adiante no texto.

### **Escola no Campo? Escola do Campo?**

Com relação à educação escolar, atualmente o município é atendido por uma rede que conta com quatro escolas municipais que oferecem o Ensino Fundamental completo, uma escola municipal de Educação Infantil dividida em três sedes, uma escola estadual que oferece o Ensino Fundamental completo e uma escola estadual que oferece o Ensino Fundamental completo e o Ensino Médio. Com relação às matrículas realizadas no ano de 2017, o município contabiliza um total de 1049 estudantes, sendo 284 na Educação Infantil, 593 no Ensino Fundamental e 172 no Ensino Médio.

Em consulta realizada junto ao Setor Pedagógico da Secretaria Municipal de Educação, foi constatado que as duas escolas municipais de Ensino Fundamental são consideradas como Escolas do Campo, contando com turmas multisseriadas. No entanto, conforme o relato dos responsáveis pelo setor, não são desenvolvidas atividades específicas que pudessem ser classificadas como iniciativas em Educação do Campo. Com relação à Educação Infantil, as três sedes se localizam nas áreas urbanizadas do município, nas quais se localizam as maiores

sedes das empresas de calçados. Ainda relacionada à Educação Infantil, constatou-se que não há espera para se conseguir uma vaga neste nível de ensino.

Compreendemos por escolas do campo as instituições que têm sua sede no espaço geográfico classificado como rural pelo IBGE, assim como as identificadas com o campo, mesmo tendo sua sede em áreas consideradas urbanas, sendo neste caso assim consideradas pois atendem populações de comunidades cujo produção econômica, social e cultural está, majoritariamente, vinculada ao campo, como é o caso de Solanum (MEC/CNE, 2001; CNE/CEB, 2002, 2007).

Segundo entrevista aberta, realizada com a Supervisora Pedagógica das escolas municipais, não existem iniciativas alinhadas com a Educação no Campo no município. Ela relata ter participado de um Curso de Extensão em Porto Alegre, relativo ao *Programa Nacional de Educação no Campo* (PRONACAMPO) e também de um Curso de Especialização com 340 horas de aula relativo ao programa *Escola Ativa*, do Ministério da Educação. Após estas experiências, ela relata ter organizado reuniões mensais de formação com os professores da rede municipal, durante um ano. No entanto, segundo a Supervisora, os professores não concordaram muito com essas “ideias de Educação no Campo”:

Eles acreditam que a Educação no Campo está muito aquém da educação urbana, muito defasada com relação ao que já era trabalhado por eles nas escolas (...). Sabe, você ter um trabalho para que as pessoas continuem no campo, isso não ocorre nas nossas escolas, o nosso aluno não quer trabalhar no campo (...) Se você for ver, as nossas escolas são bem urbanas, não preparam para o trabalho rural, não que elas preparem para o trabalho na fábrica também, mas... (Fala registrada durante entrevista aberta com a Supervisora Pedagógica das escolas municipais).

Com relação às duas escolas estaduais, fomos informadas que ambas são consideradas “escolas urbanas”, por se localizarem nas áreas mais urbanizadas da cidade, apesar de uma grande parcela dos alunos atendidos serem oriundos de localidades rurais, filhas e filhos de agricultores familiares. De acordo com os responsáveis pelo setor, somente para o Ensino Médio, a estimativa é de que cerca de 70% dos alunos, em sua maioria mulheres jovens, venham das localidades rurais para estudar no Centro do município (120 dos 172 do total de alunos). Quando motivados a compartilhar sobre suas experiências e expectativas com a Educação do Campo, um dos diretores comentou:

Nós somos considerados uma escola urbana, o que financeiramente nem é vantajoso, pois em termos de valores da merenda escolar, por exemplo, as escolas do campo ganham dez centavos a mais por aluno... Mas eu não sei, acho que essa é uma tendência talvez sem volta, essa centralização das escolas,

sabe. Por que se tu anda pelas localidades, dá para ver os prédios das escolas fechadas. Eu acredito que tenha umas dez escolas fechadas. Me lembro da situação da escola da Vila Saeger, teve épocas que tinha cinco alunos, aí eles fecharam, sabe, por uma questão de economia, e preferem trazer todos de ônibus para o Centro. Mas se a gente vai pensar, eles poderiam manter algumas dessas escolas e economizar em transporte escolar, né? Como eu disse, é uma situação complicada e não sei até que ponto isso tem volta (Fala registrada durante entrevista aberta com Diretores e Coordenadores Pedagógicos das escolas estaduais).

As falas apresentadas reforçam a narrativa dos entrevistados vinculados à Secretaria de Agricultura e ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais no sentido de mostrar que as escolas do município podem até estar no campo, mais ainda não são do campo e nem para o campo e, desta forma, carecem de uma trabalho que valorize o modo de vida da agricultura familiar e que, ao se pautar territorialidade local<sup>35</sup>, possa construir conhecimentos que potencializem o desenvolvimento local e talvez apontem possibilidades de enfrentamento da questão da sucessão geracional.

### **Mulheres e o trabalho na empresa de calçados**

Se o modo de vida do colono como um todo foi narrado pelos entrevistados como em franca situação de vulnerabilidade, em termos de reprodução material e social, devido ao pequeno número de jovens que escolhem permanecer no campo, as mulheres jovens foram coletivamente identificadas como um elemento-chave a ser investigado e considerado. Isto porque, dentre a parcela de jovens que voluntariamente optam por uma atuação profissional ligada à produção no campo, as mulheres são minoria absoluta.

Buscando aproximar-se das atividades educativas direcionadas ao público feminino, passamos a acompanhar a reuniões do Grupos de Mulheres Agricultoras, realizado desde 2001 pelo escritório municipal da EMATER/RS, em parceria com o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, em seis diferentes localidades (Canto Becker, Padre Eterno Alto, Alto Morro dos Bugres, Morro dos Bugres Baixo, Vila Seger e Vila Kunst). Os grupos são formado por uma média de 15 mulheres cada um, a maioria delas com idades acima de 50 anos de idade. Nos encontros mensais desses grupos é trabalhado o resgate de receitas tradicionais e a confecção do artesanato como uma possibilidade de renda extra para essas mulheres participantes, juntamente com discussões relevantes para as mulheres trabalhadoras rurais, como temas

<sup>35</sup> Consideramos territorialidade no sentido afirmado por Sposito (2009), como sendo aquilo que designa a qualidade que o território ganha de acordo com a sua utilização ou apreensão pelo ser humano.

ligados às propostas de Reforma da Previdência e seus impactos para a aposentadoria rural, por exemplo.

Para os responsáveis pelas entidades que atuam junto aos agricultores familiares, as mulheres jovens não têm muito interesse em procurar os cursos por eles oferecidos<sup>36</sup>, e raramente participam dos Grupos de Mulheres, como evidencia a fala de um extensionista entrevistado:

As moças, tu vê, elas não pensam em uma formação que ajude na propriedade. Como a nossa antiga estagiária, que saiu daqui da EMATER e foi para a fábrica porque ia ganhar mais. Ela não via seu trabalho aqui como uma possibilidade de aprender. É como a maior parte das jovens, o que elas querem mesmo é trabalhar na fábrica, casar, comprar terreno, construir, deixar ela bonita... Elas querem uma casa bonita, com coisas dentro e por isso elas vão pra fábrica (Fala registrada durante entrevista com extensionistas da EMATER/RS).

Assim, as atividades profissionais para as quais as mulheres jovens são prioritariamente atraídas são aquelas desenvolvidas nas empresas de calçados. Cabe salientar que o dualismo que os entrevistados constroem entre agricultura-fábrica, em correspondência com rural-urbano, vai de encontro ao caráter de pluriatividade que estudos do campo do Desenvolvimento Rural apontam como uma singularidade da região na qual se encontra Solanum, e que seria um dos fatores para a manutenção da agricultura familiar na região (Schneider, 2004).

Nesse sentido, o trabalho feminino na empresa de calçados talvez não deva ser compreendido como um elemento externo ao funcionamento da família agricultora, mas como uma maneira de complementar o orçamento familiar, condizente com os princípios de hierarquia e gênero que tradicionalmente definem o processo de trabalho de cada membro, dentro das famílias agricultoras do município de Solanum (Maia, 2004; Schneider, 2004).

Dentre as mulheres mais velhas participantes dos Grupos, algumas relatam ter trabalhado nas fábricas de calçado em algum momento de sua vida, e trazem experiências bastante variadas. Para algumas representou a possibilidade de ter uma renda própria e a oportunidade de sair de casa e se relacionar mais com outras mulheres, mesmo que esse rendimento tivesse que ser entregue para o pai ou marido administrar, ele era clara e indubitavelmente produção sua, de seu esforço. Para outras foi um acontecimento mais doloroso, de rompimento com sua cultura de trabalho na roça:

Eu me lembro de estar na fábrica, e daí fazer um dia bonito, eu podia ver as pessoas passando e ficava pensando, ah, agora é época de colher batata, e eu ficava triste, eu chorava [...] eu queria estar na roça, fazer o serviço com o pai

36 Como, por exemplo, cursos relacionados a fabricação de pães, bolos, conservas e compotas.

e a mãe (Fala de participante de um Grupo de Mulheres, registrada no Diário de Campo).

Seja como for a natureza das memórias, as mulheres dos Grupos concordam em um ponto muito importante: a fábrica de calçados atual não é mais a que elas trabalhavam. O ambiente, os processos e as relações mudaram muito. Há trinta anos atrás as empresas tinham mais a feição de um ateliê, com muitas etapas do processo de produção do calçado sendo realizadas de forma artesanal. Muitas se localizavam nas áreas rurais, instaladas em antigos salões de baile, e junto com as marteladas e as máquinas de costura se ouvia música e conversava.

Com a crise enfrentada em meados da década de 1990 pelo do setor calçadista da região, em constante disputa de mercado com as empresas da China, a produção de calçados se modificou muito. Os processos se tornaram mais mecanizados, controlados, cronometrados. As cadeiras foram retiradas, o trabalho na fábrica hoje se organiza ao longo de esteiras, com funções definidas para cada trabalhador.

No que tange ao trabalho juvenil e feminino nas empresas de calçados, narrado como uma atividade disciplinante, repetitiva e desempenhada sob grande pressão, cabe destacar a sensação partilhada pelos moradores/trabalhadores hervalenses da decadência do setor, reforçada por recorrentes manchetes dos jornais locais, que anunciam o fechamento de filiais de empresas calçadistas resultando na realocação e demissão de funcionários, o que lhes causa insegurança e ansiedade ao comprometer sua qualidade de vida.

Em nossas pesquisas utilizamos o conceito de qualidade de vida tal como esse é definido por Sen (2001), isto é, como sendo a representação de combinações entre as capacitações, coisas que uma pessoa/grupo é capaz de fazer ou ser, e funcionalidades, as várias coisas que uma pessoa/grupo faz ou é, de uma pessoa ou coletivo. Isto significa dizer que a qualidade de vida pode ser avaliada em termos da capacitação para alcançar as funcionalidades (desde nutrir-se, ter saúde, educação até auto-respeito e integração social), sustentando que o desenvolvimento humano em seu pleno sentido é alcançado à medida que as pessoas/grupos passam a ter maiores possibilidades de opção e disposição de capacidades e meios para tal feito – ficando em um plano secundário a importância de recursos como renda, capital e posse de recursos físicos, ao destacar o papel das capacidade e habilidades que os indivíduos precisam ter para poder fazer as escolhas e alcançar uma vida plena de bem-estar. Vale ressaltar ainda que, considerando tal compreensão, a ampliação da qualidade de vida de uma pessoa/coletivo social/sociedade não pode ser um processo que assevere a vulnerabilidade e a precariedade da vida daqueles que não são contemplados (Sen, 2001; Schneider & Freitas, 2013).

Neste sentido, consideramos que a escassez de opções de trabalho e a falta de atividades educativas direcionadas especificamente a promover o diálogo das mulheres jovens com outras possibilidades de atividades produtivas, inclusive ligadas à agricultura familiar, parecem comprometer a sua qualidade de vida - e em decorrência de suas famílias e da comunidade - o que ao longo dos anos pode ir se traduzindo tanto em esvaziamento da agricultura familiar no município quanto em adoecimento da população.

Um dado que parece reforçar tal consideração é o alto índice o número de consultas em saúde mental realizadas no município. Segundo dados obtidos para o ano de 2016 na Secretaria Municipal de Saúde, através do Sistema Único de Saúde (SUS) foram realizados 1.059 atendimentos de psiquiatria, sendo 710 de mulheres e 349 de homens, e 667 atendimentos de psicologia, 503 de mulheres e 164 de homens<sup>37</sup>. Instigadas por esses números, passamos a desenvolver a segunda pesquisa a ser discutida neste texto, a qual trata especificamente da temática da depressão em mulheres, buscando compreender as experiências individuais e coletivas com essa condição, seus significados no dia-a-dia e buscar possibilidades de enfrentamento da questão, o que trazemos a seguir.

### **Mulheres, trajetórias de vida e saúde mental**

No segundo movimento de pesquisa buscamos discutir como determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental, tanto por pacientes quanto por profissionais, pode estabelecer relação com a construção do diagnóstico de depressão nesta comunidade, englobando a articulação do marcador social gênero com a organização do trabalho, com a posição ocupada pelas mulheres e com a organização da cultura teuto-brasileira no local.

Concordamos com Helman (2009), que ao considerar a influência do gênero ou da cultura sobre determinada experiência de adoecimento, afirma ser fundamental situar o contexto de onde se fala. Ou seja, seria um engano pensar que em uma cultura de hegemonia masculina/feminina, branca, com grupo social economicamente favorecido, no continente europeu, as vivências e internalizações sobre o significado de uma doença poderiam ser as mesmas que em um contexto de hegemonia masculina/feminina, negra, em um grupo social economicamente desfavorecido, no continente sul americano, ou vice-versa, pois cada grupo,

<sup>37</sup> Vale lembrar que segundo os dados mais atualizados do IBGE, datados de 2014, a população do município é de 6.295 habitantes.

dentro de suas singularidades, reconhece ou não determinados sintomas, sinais ou alterações de comportamento como reflexo de saúde ou doença.

Sabe-se que “cada cultura oferece aos seus membros os modos de tornar-se “doente”, de moldar seu sofrimento em uma entidade nosológica reconhecível, de explicar sua causa e obter algum tratamento para ela ” (Helman, 2009, p. 233, grifos do autor). Dessa maneira, se o gênero é fator constituinte da identidade dos sujeitos sendo construído a partir de aspectos relacionais e sociais, os quais transitam nos mais diferentes contextos políticos, econômicos e culturais, poderia se pensar que a forma como uma mulher ou um homem hoje, no século XXI, vive sua experiência do adoecimento pode estar sendo influenciada pelas relações de gênero e pelo contexto cultural onde está inserida(o).

As falas trazidas para a análise a seguir foram obtidas a partir das entrevistas realizadas com as mulheres que se dispuseram a participar do estudo, sendo estas gravadas e depois transcritas.

Nas trajetórias de vida de mulheres na faixa etária dos 50 anos, observou-se o envolvimento em atividades de trabalho desde a infância, nas quais se destacam, inicialmente, a responsabilidade pelo cuidado dos irmãos menores e das tarefas de casa e, posteriormente, o trabalho na fábrica com o intuito de auxiliar financeiramente a família, o que pode ser visto na fala de Sandra, 51 anos, aposentada, que trabalhava desde os 11 anos para auxiliar no sustento da família:

- Nós era responsável, a mãe ela me dava e nós tinha que comprar fralda de pano, não era fralda que nem agora descartável, fralda de pano, roupa pra nenê, era tudo pras outras crianças, era tudo, era como se nós tivesse uma família, sabe? Com essa idade a gente já tinha uma família, era responsável pela família... As responsabilidade era nossa, nós era pai, mãe, irmão, tudo ao mesmo tempo. Era muito complicado. (silêncio).

Ainda nesta mesma faixa etária, é bastante presente o relato da importância da indústria de calçados como uma oportunidade de renda estável, propiciando que a família continuasse a viver no município. Neste sentido, observaram-se casos de mulheres agricultoras de origem alemã que migraram de Santa Catarina, juntamente com suas famílias, em busca da qualidade de vida que o trabalho na indústria calçadista, que se desenvolvia na Encosta da Serra, poderia lhes oferecer. Nádia, 53 anos, mudou-se para Solanum em busca de emprego, e suas falas trazem relatos desta migração.

Pesquisadora: - E daí Nádia, depois que vocês vieram de Santa Catarina tu sempre trabalhou na fábrica?

Nádia: - Sim, daí sempre na fábrica.

Pesquisadora: - Como era?

Nádia: - Ai, era bom, era judiado também, mas a gente trabalhava e não perdia uma hora de serão, toda noite se tinha serão nós fazia, porque a gente queria né? Pra conseguir se colocar, pra se ajeitar na vida né? Era só isso que a gente queria.

Outro elemento surgido no relato de Nádia foi a inviabilidade da continuidade da educação escolar, e do impacto que essa condição lhe causou frente à possibilidade de escolha de uma profissão e das posteriores consequências que isto pode ter acarretado para sua saúde mental.

Pesquisadora: - Então Nádia, em relação as profissões, sempre foi na roça e na fábrica...

Nádia: - Isso, só.

Pesquisadora: - Tu gostaria de ter escolhido alguma outra profissão, se tu pudesse escolher?

Nádia: - Já, o que a gente ia escolher? Estudo não tinha.

Pesquisadora: - Mas hoje assim, quando tu pensa, se tu pudesse ter tido a chance de escolher, o que tu gostaria de ter feito?

Nádia: - Eu queria muito ter ido estudar, isso eu sempre queria muito, mas os velhos não tinham condição. Imagina, eu saí da aula com 11 anos, eu tinha passado a quarta série daí eu fiquei em casa, tinha que trabalhar.

Pesquisadora: - E tu queria estudar pra ser o quê?

Nádia: - Sabe o que eu queria muito? Eu vou te falar: eu queria estudar pra freira, e eles não deixaram. Daí quem sabe hoje eu tava bem.

Ao narrarem suas histórias de vida, as mulheres de mais de 40 anos, que em geral trabalharam em atividades agrícolas em sua infância/juventude, representam essa vivência como uma atividade fisicamente exaustiva.

Pesquisadora: - E esse problema na coluna tem a ver com trabalho?

Nádia: - Diz o médico que sim.

Pesquisadora: - Sempre trabalhou na fábrica?

Nádia: - Não, de nova na roça, muito pesado, serviço muito pesado. Nós tinha que trabalhar demais, né? Então diz o médico que é de serviço pesado que isso vem e a gente era novo né?

Pesquisadora: - Quantos ano tu tinha quando tu começou a trabalhar na roça?

Nádia: - 6, 7 anos. 7 anos já tinha uma enxadinha pra limpar amendoim, arroz, aipim. Meio dia na aula com 7 anos e meio dia na roça. Fazer o tema de noite em casa, luz elétrica não tinha, tinha um lampiãozinho. Isso é sofrimento. O meu irmão mais velho tá na mesma situação que nem eu, tem dias que não caminha mais. E ele tinha 11, 12 anos ele ficava atrás do arado, lavrando.

A organização fortemente hierarquizada da família e da propriedade, na qual a figura central coloca-se sobre o pai, também pode ser percebida na trajetória de vida narrada por Nádia, trazendo consequências para ela e para outros membros da família.

Nádia: - O meu irmão mais velho casou com 19 anos na marra porque não aguentou mais em casa. O pai era, meu Deus do céu, era ruim. E isso a gente tem dentro da gente né? Isso é tudo que tá acumulado.

Pesquisadora: - Tu acha que a tua depressão tem a ver com isso?



Nádia: - Muito! Muito, muito, muito, muito! E daí quando eu começo a pensar assim, eu não posso falar muito, eu só tenho, só me passa outras coisas na cabeça. Daí eu penso: por que eu tinha que sofrer tanto? (longo silêncio, chora).

Da mesma forma, o controle patriarcal e seus reflexos nas relações de gênero foram trazidos:

Nádia: - Eu tinha, como é que eu vou te dizer, eu acho que eu tinha uns 13 pra 14 anos. Nós morava no interior, a mãe tinha muita galinha, tinha vaca de leite, tinha tudo, fazia queijo. Daí a mãe dizia pra mim: tu pega, só escuta a história! Tu leva ovos, manteiga e queijo pra cidade, tu vende e daí tu vai no mercado e daí tu traz isso, traz isso e traz aquilo. Assim, a mãe se virava, porque o véio botou tudo fora o dinheiro, dinheiro não tinha, o pai botava tudo fora. Daí eu já era uma mocinha né, 13 pra 14 anos. Daí eu disse pra mãe: eu vou, daí eu compro as coisas que falta, vou no mercado, mercado Itaú em Pinhalzinho e daí eu disse: e se sobrar mãe eu posso comprar um shampoo pra mim? Na minha vida até que eu tô viva, nunca mais vou esquecer. Era um vidro de shampoo seda, cor de rosa, e eu comprei pra mim. E daí ainda sobrou dinheiro e eu levei tudo pra casa, pra mãe. Daí quando eu cheguei em casa, e aquele véio viu aquilo (silêncio). Eu achei que ele ia me matar, porque eu comprei aquele shampoo. Maquiagem na minha vida eu nunca tive, eu não tive batom, não tinha base, não tinha esmalte, não podia.

Considerando a faixa etária de mulheres com menos de 30 anos, as trajetórias de vida narradas trazem elementos distintos acerca de suas relações com o trabalho e com o acesso a educação escolar, relatando inclusive experiências de formação no Ensino Superior, como é o caso de Tina, 26 anos, recentemente formada em Administração, trabalhando em uma farmácia e, no momento da entrevista, em licença maternidade.

- Pois é, como eu trabalhei um ano no escritório de contabilidade, foi uma experiência assim que eu gostei bastante, sabe? Então eu queria ir mais pra esse lado sabe, tipo um escritório, alguma coisa assim sabe, porque eu gosto muito dessa parte também né. Então na verdade eu tô em busca né, pra ver se vai surgir alguma coisa. Mas aqui em Solanum é meio complicado, não tem muito opção assim de emprego, então eu vou esperar, vamos ver quando surgir alguma coisa... Eu acho que em qualquer emprego que eu vou tá eu quero tá feliz. Independente do emprego, acho que a gente tem que se adaptar a qualquer emprego assim.

No entanto, o maior acesso à escolaridade, inclusive ao Ensino Superior, nos parece que ainda não foi acompanhado pela possibilidade de se inserir em postos de trabalho no município condizentes com a formação escolhida, possibilitando a permanência na comunidade.

### **Considerações Finais**

Ao estudarmos as trajetórias de vida, cabe destacar que não as compreendemos como relatos objetivos, lógicos, cronológicos e lineares que as mulheres apresentaram de suas experiências. Entendemos que os relatos de tais trajetórias resultam em narrativas, construídas

por essas mulheres e reconstruídas analiticamente na pesquisa. Sendo assim, o trabalho analítico dessas narrativas foi o de investigar de que maneira tais trajetórias singulares de formação e trabalho incorporam as experiências e os processos socioculturais de uma comunidade, uma região e um país (Kofes, 2007; Mintz, 1984).

Retomando o conceito de qualidade de vida apresentado anteriormente, consideramos que os relatos demonstram que o trabalho das mulheres nas fábricas de calçado promoveu uma maior estabilidade financeira para as famílias, resultando na possibilidade da manutenção de seus modos de vida na comunidade. Entretanto, o acesso das mulheres mais jovens a maior escolarização, e até mesmo ao Ensino Superior, aumentou as suas capacidades, mas ainda não teve impacto em termos das funcionalidades que estas podem desempenhar na comunidade. Desta forma, o campo e as atividades a ele relacionadas são narrados como um local de atraso, da exaustão física, emocional e do controle patriarcal; a fábrica de calçados, por sua vez, já não se configura como o espaço da realização financeira, mas continua sendo a opção de trabalho acessível na comunidade – se continua nele até que se alcance algo melhor, o que por vezes pode significar uma mudança de cidade.

A partir destas análises, compreendemos os dois movimentos de pesquisa apresentados trazem preciosas contribuições para que seja pensada a organização da comunidade, principalmente em termos de alternativas de trabalho e estratégias educativas em Educação do Campo que sejam capazes de promover a sucessão geracional da agricultura familiar no município e de incorporar a temática de gênero, gerando assim um real incremento em termos de qualidade de vida desta população.

## Referências

Braun, A. D., Johann, S. M. H., Schimit, S. J. (2009). *Do Velho Mundo para o BUCHERBERG ou BUCHERBERG um Novo Mundo!!!* Nova Petrópolis, RS: Editora Amstad..

CNE/CEB. (2002). *Resolução CNE/CEB 1, de 3 de abril de 2002*. Recuperado de: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=13800-rceb001-02-pdf&category\\_slug=agosto-2013-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=13800-rceb001-02-pdf&category_slug=agosto-2013-pdf&Itemid=30192)

\_\_\_\_\_. (2007). *Parecer CNE/CEB nº 23/2007, aprovado em 12 de setembro de 2007*. Recuperado de: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=14344-pceb023-07&category\\_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=14344-pceb023-07&category_slug=outubro-2013-pdf&Itemid=30192)

Gaviria, M. R., Menasche, R. (2006) A juventude rural no desenvolvimento territorial: análise da posição e do papel dos jovens no processo de transformação do campo. *Estudo & Debate*, 13(1), 69-82.

Gaviria, M. R., Pezzi, S. M. (2007). O poder simbólico da renda na mobilização social de jovens de comunidades rurais. In Menasche, R. (Org.). *A agricultura familiar à mesa: saberes e práticas da alimentação no Vale do Taquari*. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.

Helman, C. G. (2009). *Cultura, Saúde e Doença*. Porto Alegre/RS: Artmed.

IBGE. (2014). *Cidades@*. Recuperado de: <http://cod.ibge.gov.br/cxc>

IBGE.(2014b). *Produto interno bruto dos municípios – 2011*. Recuperado de: <http://cod.ibge.gov.br/1XD52>

IBGE. (2013). *Produção da pecuária municipal – 2012*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.

IBGE. (2013b). *Produção agrícola municipal – 2012*. Rio de Janeiro, RJ: IBGE.

Kofes, S. (2007). Experiências sociais, interpretações individuais: Histórias de vida, suas possibilidades e limites. *Cadernos Pagu*, 3, 117-141. Recuperado de: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/1725t>

Louro, G. L., Neckel, J. F., Goellner, S. V. (Orgs.) (2003). *Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação*. Petrópolis, RJ: Vozes.

Machado, C. J. B., Menasche, R. (2012). Trabalho de homem, trabalho de mulher: olhares sobre a organização do lote a partir da produção. In *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 10* (pp. 1-12). Florianópolis, SC.

Maia, C. J. (2004). Trabalho, família e gênero: estratégias de reprodução social camponesa no Médio Jequitinhonha. *Mulher e trabalho*, 4, 89-103.

MEC/CNE (2001). *Diretrizes Operacionais para a Educação Básica nas Escolas do Campo*. Recuperado de: [http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/mn\\_parecer\\_36\\_de\\_04\\_de\\_dezembro\\_de\\_2001.pdf](http://pronacampo.mec.gov.br/images/pdf/mn_parecer_36_de_04_de_dezembro_de_2001.pdf)

Mintz, S. W. (1984). Encontrando Taso, me descobrindo. *Revista de Ciências Sociais*, Rio 27 (1), 45-58.

Oliveira, E. (2013). *Promover a saúde, produzir famílias: a implementação da estratégia saúde da família na Encosta da Serra Gaúcha*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Paulo.

Solanum. (2007). *Plano Ambiental Municipal*.

Sen, A. K. (2001). *Desigualdade reexaminada*. Rio de Janeiro, RJ: Record.

Schneider, S., Freitas, T. D. (2013). Qualidade de vida, diversificação e desenvolvimento: referências práticas para análise do bem-estar no meio rural. *Olhares Sociais*, 2(1), 121-142.

Schneider, S. (2004). *Agricultura familiar e industrialização: pluriatividade e descentralização industrial no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre, RS: Editora da UFRGS.

Sposito, M.E.B. (2009). Introdução. In Saquet, M.A., Sposito, E.S. (Orgs.) *Território e Territorialidades: teorias, processos e conflitos*. São Paulo, SP: Expressão Popular, 11-16.

Stropasolas, V.L. (2011). Os desafios da sucessão geracional na agricultura familiar. *Agriculturas*, 8 (1), 26-29.

Wedig, J. C., Menasche, R.(2009). Entre o campo e a cidade: o lugar do consumo na mobilidade material e simbólica de jovens rurais. In Pinto, M. L., Pacheco, J. K. (Orgs.) *Juventude, Consumo & Educação 2*. Porto Alegre,RS: ESPM.

Woortmann, E. F.(2000). Identidades e memória entre teuto-brasileiros. *Horizontes Antropológicos*, 6 (14), 205-238.

## ANEXOS

### ANEXO A – Termo de Aprovação emitido pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da UFRGS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA

## PARECER

O projeto de pesquisa intitulado “UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA”, da aluna Muriel Closs Boeff do PPG Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, sob a orientação do Profa. Dra. Tatiana Souza de Camargo, vinculada ao referido PPG desta Universidade, é apresentado para a apreciação da Comissão de Pós-Graduação desse PPG.

Trata-se de projeto de pesquisa que envolve um estudo sobre qual a relação estabelecida entre profissionais da atenção primária com os pacientes, através de suas práticas de promoção a saúde, no processo de construção do diagnóstico da depressão. A pesquisa será desenvolvida com um grupo de pacientes de uma Unidade Básica de Saúde do município de Santa Maria do Herval-RS. O projeto apresenta caráter de análise qualitativo, configurando-se como um Estudo de Caso que utilizará ferramentas etnográficas. A fundamentação teórica e a metodologia apresentada são adequadas ao propósito da pesquisa. O cronograma apresentado demonstra que a pesquisa é exequível. Trata-se de trabalho inédito e relevante.

Sendo assim, somos de parecer favorável e aprovamos o presente projeto de pesquisa para mestrado acadêmico em nosso PPG.

  
Relator: Edson Luiz Lindner

**Prof. Dr. Edson Luiz Lindner**  
Coordenador Substituto do PPG Educação em Ciências:  
Química da Vida e Saúde-Associação: UFRGS/UFSM/FURG  
Sede UFRGS

Porto Alegre, 20 de abril de 2017.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL-ICBS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:  
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE, COM ASSOCIAÇÃO UFRGS/UFSM/FURG  
RUA RAMIRO BARCELOS, 2600 - ANEXO  
CEP 90035-003 - PORTO ALEGRE-RS  
FONE 51 33085539

ANEXO B – Parecer de Aprovação emitido pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) do  
Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS) - UFRGS



PARECER CIRCUNSTANCIADO

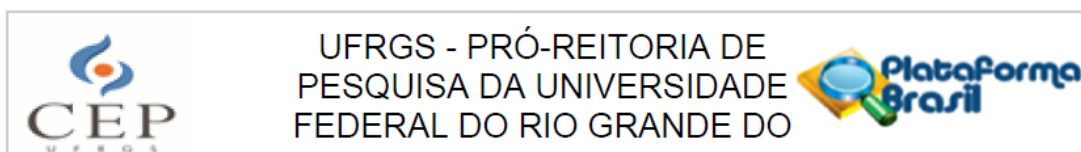
O projeto de pesquisa intitulado “UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA” sob coordenação do Profa. Dra. Tatiana Souza de Camargo, vinculada ao PPG EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE, foi submetido à apreciação pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Ciências Básicas da Saúde.

Foi anexado ao sistema pesquisa um parecer de aprovação emitido pelo referido PPG, dessa forma a COMPESQ/ICBS é de parecer favorável a realização do projeto

COMPESQ/ICBS, 04/05/2017.

Profa. Ana Helena da Rosa Paz

ANEXO C – Parecer de Aprovação emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS,  
através do CAAE 69593617.6.0000.5347



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

**Pesquisador:** TATIANA SOUZA DE CAMARGO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 69593617.6.0000.5347

**Instituição Proponente:** Universidade Federal do Rio Grande do Sul Instituto de Ciências Básicas da

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.199.614

**Apresentação do Projeto:**

Esse é o parecer do projeto intitulado: UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO A SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA. É um projeto de mestrado da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, do PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE – com Associação de IES, da aluna Muriel Closs Boeff e orientado pela Prof. Tatiana Souza de Camargo.

**Objetivo da Pesquisa:**

Segundo os autores: "O significado e os sintomas de uma doença são influenciados pela personalidade do indivíduo, por fatores sociais, econômicos e pela cultura onde se desenvolvem. O processo de saúde e doença é uma forma de manifestação da vida, existindo, muitas vezes, diferenças entre o relato subjetivo da experiência do adoecer e a objetividade que um conhecimento científico, como por exemplo o da medicina, impõe ao processo de saúde-doença. Assim, torna-se relevante observar como ferramentas de educação são utilizadas tanto para a propagação do conhecimento quanto para a criação de padrões de conduta, como certo/errado, bom/ruim, desconsiderando por vezes as experiências do indivíduo ao longo do processo. Neste sentido, este trabalho vincula-se aos Estudos Culturais nas suas vertentes pós-estruturalistas,

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO



Continuação do Parecer: 2.199.614

dialogando com os trabalhos de Michel Foucault. Leva-se em consideração que as práticas realizadas pelos profissionais da atenção primária configuram-se como práticas educativas, que ensinam aos pacientes atendidos conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo. Dessa forma, o objetivo desta pesquisa é realizar um estudo sobre a relação estabelecida entre profissionais da atenção primária e os pacientes, através de suas práticas de promoção a saúde, e os possíveis atravessamentos destas sobre o diagnóstico da depressão. Este estudo será realizado no município de Santa Maria do Herval/RS, em uma unidade básica de saúde, com pacientes autodeclaradas mulheres que receberam diagnóstico de depressão, em uso (ou não) de medicações psicotrópicas, apresentando sintomas depressivos recorrentes e significativos. O respectivo projeto adquire caráter qualitativo, configurando-se como um estudo de caso que utilizará ferramentas etnográficas. A investigação etnográfica contará com a realização da entrevista semiestruturada, da observação participante e da criação de um diário de campo. Para análise do material se utilizará o procedimento de triangulação de dados. Através desta pesquisa, acreditamos que possa ser possível alcançar maior compreensão sobre a percepção dos profissionais e pacientes em relação ao diagnóstico e vivência da depressão, além de analisar se a relação estabelecida entre estes pode estar causando atravessamentos no processo diagnóstico. Da mesma maneira será possível criar um espaço de trocas sobre as práticas de promoção a saúde realizadas nesta unidade de saúde, discutindo como estas incidem sobre a população e sobre a prevenção, tratamento e diagnóstico da depressão."

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos estão descritos no projeto e são inerentes a aplicação de questionários e perda de confidencialidade. As autoras se comprometem a minimizar esses riscos.

Os benefícios são descritos como: "Espera-se alcançar com a realização deste trabalho, a criação de espaços de escuta e trocas tanto para profissionais quanto pacientes sobre o processo de diagnóstico da depressão e as experiências singulares de cada sujeito envolvido; Auxiliar na criação de novas ferramentas e estratégias de diagnóstico, prevenção e cuidado da depressão, pautadas também na experiência singular de cada indivíduo sobre o processo de saúde-doença.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

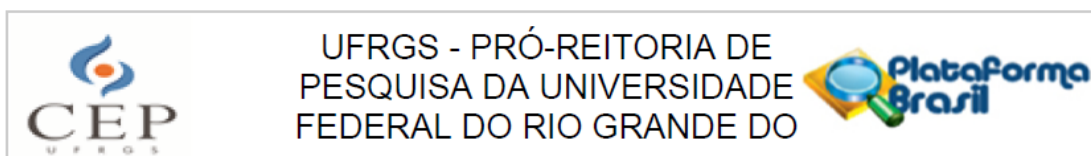
A pesquisa está bem estruturada, é factível e o projeto apresentado está completo e foi adequadamente apresentado a esse CEP.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos presentes.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 2.199.614

**Recomendações:**

Aprovação do projeto como apresentado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências. Projeto pode ser aprovado como apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_938171.pdf	10/06/2017 23:53:46		Aceito
Outros	Parecer_PPGQVS.pdf	10/06/2017 23:51:38	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Outros	PARECER_CONSUBSTANCIADO_COMPESQ.pdf	10/06/2017 23:50:50	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	10/06/2017 23:50:09	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Outros	Termo_instituicao_coparticipante.pdf	10/06/2017 23:49:48	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.pdf	10/06/2017 23:48:10	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/06/2017 23:43:49	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Responsabilidade_pesquisador.pdf	10/06/2017 23:43:35	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	10/06/2017 23:43:03	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.199.614

PORTO ALEGRE, 03 de Agosto de 2017

---

**Assinado por:**  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)