

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

Muriel Closs Boeff

**CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL:  
Relações entre Práticas Educativas e a Construção de Diagnósticos**

Porto Alegre  
2024

Muriel Closs Boeff

**CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL:  
Relações entre Práticas Educativas e a Construção de Diagnósticos**

Tese 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 Doutora em Educação em Ciências.

*Orientadora: Tatiana Souza de Camargo*

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

Porto Alegre  
2024

### CIP - Catalogação na Publicação

Closs Boeff, Muriel  
CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL: Relações entre  
Práticas Educativas e a Construção de Diagnósticos /  
Muriel Closs Boeff. -- 2024.  
174 f.  
Orientadora: Tatiana Souza de Camargo.

Tese (Doutorado) -- 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, 2024.

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

Muriel Closs Boeff

**CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL:  
Relações entre Práticas Educativas e a Construção de Diagnósticos**

Tese 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 Doutora em Educação em Ciências.

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

---

Suelen Assunção Santos – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Ana Paula Müller de Andrade – Universidade Estadual do Centro-Oeste – PR

---

Sônia Weidner Maluf – Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Para meus filhos Nicolas e Otávio (ainda no ventre): vocês são o meu sonho mais verdadeiro.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado a perseverança necessária.

Ao Nicolas, por me mostrar a força que tenho.

Ao Otávio, por chegar para completar o espaço do amor.

Ao meu marido, por dividir comigo a conquista dos meus sonhos.

À minha mãe, por ter lutado pela vida e por ser a melhor avó do mundo para meus filhos.

Ao meu pai, por aprender sobre amor e cuidado através do Nicolas e do Otávio.

Aos meus avós, por todas as lembranças felizes.

Às minhas amigas, Tânia e Bruna, por me oferecerem o privilégio de viver uma amizade verdadeira.

Aos meus colegas do CAPS, por compartilharem o prazer e o sofrimento do mundo do trabalho.

À minha orientadora, Tatiana, pelo compartilhar de experiências e por acreditar que tudo seria possível.

À CAPES, por me oferecer a oportunidade de cursar o Doutorado com uma bolsa de estudos.

À UFRGS, por ser o melhor espaço de estudos em que já estive.

Às professoras que compõe a banca, por serem fonte de conhecimento e inspiração.

À Faculdades EST, em especial ao Clairton, Julio e professora Marcia, por acreditarem no meu potencial.

À professora Geraldine, minha eterna professora de Iniciação Científica. Se estou aqui, é porque estive ao teu lado no começo de tudo.

À vida, por todas as surpresas, alegrias, tropeços e recomeços.

Quando percebemos que nunca existe  
uma história única sobre lugar nenhum,  
reavemos uma espécie de paraíso.

(O perigo de uma história única,  
Chimamanda, 2019)

## RESUMO

Pensar o gênero no campo da saúde tem sido cada vez mais importante, ainda mais quando discutimos o processo de construção de um diagnóstico em saúde mental. Nesse sentido, esta Tese de Doutorado buscou investigar dois pontos centrais: (1) como o gênero atuava na construção de um diagnóstico de saúde mental em mulheres, assim autodeclaradas, moradoras de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (2) na formação inicial de estudantes de Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, estavam previstas – ou não – a realização de disciplinas que abordassem o ensino de gênero em uma perspectiva crítica. Estes objetivos nos levaram a discutir como o gênero mantinha relação com o discurso de profissionais da Atenção Básica ao pensar a construção de um diagnóstico de saúde mental em mulheres; a explorar como o gênero atuava sobre as vivências de adoecimento em saúde mental na comunidade; e, por fim, a investigar como gênero se apresentava nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de ensino superior em Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, a fim de analisar como estava sendo construída a formação inicial destes profissionais. Metodologicamente, há na tese dois percursos distintos de coleta e análise de dados. Em um primeiro momento, apresentaram-se os dados quantitativos que diziam respeito a presença – ou não – de disciplinas que abordassem o ensino de gênero em uma perspectiva crítica nas universidades federais do Brasil. Já em um segundo momento, foram apresentados os resultados qualitativos, oriundos da análise e classificação dos dados coletados através da realização de 18 entrevistas semiestruturadas com mulheres, assim autodeclaradas, moradoras da comunidade estudada e com os profissionais da saúde que atuavam na Equipe de Estratégia de Saúde da Família do local. As categorias de análise elencadas foram: Quando o amor adoce; Trabalho e cuidado como campo de reconhecimento; O nervoso do meu corpo; Palavra de médico é sentença: os dois lados da mesma moeda. A partir disso, os resultados alcançados demonstraram a relevância deste campo de estudo e apontaram para os atravessamentos do gênero na experiência de construção e vivência de um diagnóstico de saúde mental, especialmente para as mulheres, além de evidenciarem as lacunas existentes na formação inicial dos profissionais da Psicologia e da Medicina, no que diz respeito a compreensão da relação entre gênero e adoecimento mental.

Palavras-chave: Gênero. Saúde Mental. Atenção Básica. Educação em Saúde.



## ABSTRACT

Thinking about gender in the health field has become increasingly important, even more so when we discuss the process of constructing a mental health diagnosis. In this sense, this Doctoral Thesis sought to investigate two central points: (1) how gender acted in the construction of a mental health diagnosis in self-declared women living in a community in the interior of Rio Grande do Sul; (2) in the initial training of Psychology and Medicine students at federal universities in Brazil, courses were planned – or not – that addressed the teaching of gender from a critical perspective. These objectives led us to discuss how gender was related to the discourse of Primary Care professionals when thinking about the construction of a mental health diagnosis in women; to explore how gender affected the experiences of illness in mental health in the community; and, finally, to investigate how gender was presented in the Pedagogical Projects of higher education courses in Psychology and Medicine at federal universities in Brazil, in order to analyze how the initial training of these professionals was being constructed. Methodologically, there are two distinct data collection and analysis paths in the thesis. Initially, quantitative data was presented regarding the presence – or not – of disciplines that addressed gender teaching from a critical perspective in federal universities in Brazil. In a second moment, the qualitative results were presented, arising from the analysis and classification of data collected through 18 semi-structured interviews with women, self-declared, living in the studied community and with health professionals who worked in the Health Strategy Team. Local Family Health. The analysis categories listed were: When love gets sick; Work and care as a field of recognition; The nervousness of my body; A doctor's word is a sentence: two sides of the same coin. From this, the results achieved demonstrated the relevance of this field of study and pointed to the intersections of gender in the experience of constructing and living a mental health diagnosis, especially for women, in addition to highlighting the gaps that exist in the initial training of professionals. of Psychology and Medicine, with regard to understanding the relationship between gender and mental illness.

Keywords: Gender. Mental Health. Basic Attention. Health Education.

---

BOEFF, Muriel Closs. **Caminhos do Gênero na Saúde Mental: Relações entre Práticas Educativas e a Construção de Diagnósticos.** Porto Alegre, 2024. 174 f. Tese (Mestrado em Educação em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências, Instituto de Ciências Básicas da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2024.

## SUMÁRIO

<b>1 (RE)ENCONTRO.....</b>	<b>11</b>
<b>2 CAMINHOS PERCORRIDOS.....</b>	<b>12</b>
<b>3 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE MENTAL.....</b>	<b>14</b>
<b>4 ALGUMAS DEFINIÇÕES.....</b>	<b>18</b>
4.1 DEPRESSÃO.....	18
4.2 GÊNERO.....	19
4.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	22
4.4 ESTUDOS CULTURAIS.....	23
4.5 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL.....	24
<b>4.5.1 A construção da Política Nacional de Saúde Mental.....</b>	<b>25</b>
<b>4.5.2 Mulheres e Gênero: como se incluem na Política Nacional de Saúde Mental?.....</b>	<b>27</b>
4.6 GÊNERO E SAÚDE MENTAL.....	29
<b>5 PERCURSOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>34</b>
5.1 PRIMEIRO PERCURSO: O MESTRADO E SUAS TRAJETÓRIAS.....	34
<b>5.1.1 Como se construiu Solanum?.....</b>	<b>35</b>
<b>5.1.2 Quem são as mulheres?.....</b>	<b>38</b>
<b>5.1.3 ESF Girassol.....</b>	<b>41</b>
5.2 SEGUNDO PERCURSO: A REDE DO DOUTORADO.....	43
<b>5.2.1 Critérios de Inclusão.....</b>	<b>44</b>
<b>5.2.2 Critérios de Exclusão.....</b>	<b>45</b>
5.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	45
5.4 RISCOS.....	46
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	47
<b>5.5.1 Pesquisa de Mestrado: Entrevistas.....</b>	<b>47</b>
<b>5.5.2 Pesquisa de Mestrado: Observação Participante.....</b>	<b>48</b>
<b>5.5.3 Pesquisa de Mestrado: Diário de Campo.....</b>	<b>49</b>
<b>5.5.4 Dados Quantitativos do Doutorado.....</b>	<b>49</b>
<b>6 DADOS DA PESQUISA: O GÊNERO NA UNIVERSIDADE.....</b>	<b>51</b>
6.1 PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO.....	55
6.2 DISCUTINDO OS ACHADOS.....	56
<b>7 DADOS DA PESQUISA: GÊNERO E MULHERES EM SOLANUM.....</b>	<b>62</b>
7.1 QUANDO O AMOR ADOECE.....	62
7.2 TRABALHO E CUIDADO COMO CAMPO DE RECONHECIMENTO.....	66
7.3 O NERVOSO DO MEU CORPO.....	70
7.4 PALAVRA DE MÉDICO É SENTENÇA: OS DOIS LADOS DA MESMA MOEDA.....	74
<b>8 O ENCERRAMENTO DE UM CICLO.....</b>	<b>79</b>
<b>9 PUBLICAÇÕES AO LONGO DO CAMINHO.....</b>	<b>82</b>

9.1 CAPÍTULOS DE LIVROS.....	82
9.2 ARTIGOS COMPLETOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS.....	82
9.3 ARTIGO COMPLETO PUBLICADO EM ANAIS DO EVENTO.....	83
<b>10 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>95</b>

## 1 (RE)ENCONTRO

Esta tese de doutorado foi atravessada por dois grandes marcos da minha vida: a (quase) morte e o nascimento.

A (quase) morte aconteceu em meio a pandemia de covid-19, quando quase perdi minha mãe, a pessoa mais importante para mim em todo o universo. Foi um choque duro, uma tristeza e uma solidão indescritíveis quando tive de deixá-la no hospital, vir para casa e ficar esperando uma ligação. Por mais de uma vez ela foi desacreditada. Por mais de uma vez eu me vi desesperada. Mas, para mim Deus sempre existiu e Ele, junto a todos os profissionais de saúde que acompanharam a minha mãe, nos deram uma nova chance. Depois de (longos) 21 dias no hospital, 13 na UTI, 11 entubada, minha mãe voltou pra casa. A partir disso, eu nunca mais fui a mesma...

E foi assim, depois de tantas transformações, mudanças de rotas e reavaliações de prioridades que o nascimento também chegou. Se minha mãe era a pessoa mais importante do meu universo, ela teve de abrir espaço pra um amor ainda maior: Nicolas, meu primeiro filho! Tão desejado, amado e planejado há muito tempo. Veio do seu jeito ao mundo, através de uma cesariana, no dia 17 de março de 2022, às 21:12, pesando 3.405kg e medindo 49 cm. Este foi mais um dia acrescentado à lista dos “Dias mais felizes da minha Vida”, os quais já incluíam minha formatura em Psicologia, em 2017, o retorno da minha mãe para casa, em 2021 e agora o nascimento do meu filho, em 2022.

Deus se fez e se faz presente em minha vida de formas muito significativas e, sem dúvida, misteriosas. O meu sonho de ser mãe não foi algo que simplesmente aconteceu. Envolveu muita preparação, a realização de diversos exames e um tratamento para estímulo da fertilidade. Assim sendo, ter um segundo filho parecia algo muito distante, visto toda a complexidade desse processo. Porém, Deus me deu mais um presente e Otávio chegou, de forma natural e espontânea, em nossas vidas. Hoje, sou mãe de mais um bebê, agora com 33 semanas de gestação, e não há nada que possa me deixar mais feliz do que ter, novamente, esta oportunidade.

Escrevo estas linhas iniciais porque se eu, como pesquisadora, defendo e acredito que os acontecimentos da vida sempre devem ser levados em conta quando pensamos na construção de um sujeito enquanto pessoa, como eu poderia deixar de falar sobre tudo que aconteceu enquanto eu vivi a construção e a finalização desta tese? Estas marcas estarão presentes em cada linha desta escrita, desde os melhores argumentos até os aspectos mais frágeis deste trabalho. Esta é a vida acontecendo, do jeito que ela pode ser.

## 2 CAMINHOS PERCORRIDOS

A construção desta tese de doutorado teve início em 2017, quando ingressei no mestrado. Digo isso porque se o caminho se faz caminhando, meus estudos sobre gênero e saúde mental aconteceram exatamente deste jeito.

No mestrado me propus a analisar como a produção de determinados modos de viver, sentir e interpretar as condições de saúde mental, tanto por pacientes quanto por profissionais da saúde, pode estabelecer relação com a construção do diagnóstico de depressão, em uma cidade do interior do Rio Grande do Sul.

Este desejo surgiu considerando duas vertentes: em 2014, já cursando Psicologia, fui selecionada para realizar um estágio extracurricular em uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), como recepcionista. Na época, me chamava muito atenção a quantidade de receitas e medicações psicotrópicas dispensadas para o tratamento de depressão, mais especificamente para mulheres. Além disso, outro ponto que me aproximava do assunto versava sobre o fato de conviver, quase que diariamente, com o diagnóstico de depressão da minha avó e da minha mãe, passando por períodos de estabilidade e também de crises, que não eram nada fáceis de administrar. Ou seja, a teoria e a prática andavam lado a lado na minha vida, tanto nos estudos quanto no ambiente familiar e no trabalho.

Dessa forma, ao iniciar meus estudos sobre a temática, tive como objetivo examinar a relação do marcador social gênero com o papel social ocupado pela mulher nesta comunidade do interior do Rio Grande do Sul, fazendo articulações com a organização do trabalho e com a cultura teuto-brasileira do 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.

O universo empírico da pesquisa de mestrado envolveu 17 mulheres assim autodeclaradas, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão, que aceitaram participar do trabalho. O estudo realizava-se junto a equipe da ESF, incluindo aqui também às percepções e as práticas de promoção da saúde dos profissionais da época. Como procedimentos de pesquisa, realizei 17 entrevistas semiestruturadas, todas individuais, gravadas e depois transcritas, além de observações participantes, registros nos diários de campo e 1 entrevista coletiva, também gravada, com a equipe da ESF.

Todo o material desta pesquisa produziu um acervo de 265 páginas. Devido a grande quantidade de material, aceitamos a sugestão da banca de avaliação final do

mestrado para seguir utilizando parte destes dados como material de análise no doutorado. Dessa forma, este trabalho terá atravessamentos diretos de todos os dados – e também de todas às experiências – vividas entre 2017 e 2019, período em que a dissertação foi construída e defendida.

Para além disso, novos percursos metodológicos e processos de investigação foram criados para dar origem a esta tese, possibilitando que a temática central deste novo estudo estivesse pautada sobre os seguintes questionamentos:

Problemas de pesquisas: (1) Como o gênero atua na construção de um diagnóstico de saúde mental em uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul? (2) Há, na formação inicial de estudantes de Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, disciplinas que abordem o ensino de gênero em uma perspectiva crítica?

Objetivos gerais: (1) investigar a relação entre gênero e saúde mental na perspectiva de profissionais e usuárias da Atenção Básica em saúde de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (2) investigar a existência – ou não – de disciplinas que abordem a temática de gênero em uma perspectiva crítica no ensino superior dos cursos de graduação em Psicologia, Medicina das Universidades federais do Brasil.

Objetivos específicos: (1) investigar como o gênero atua sobre o discurso de profissionais da Atenção Básica ao pensar a construção de um diagnóstico de saúde mental em mulheres de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (2) investigar como o gênero atua sobre as vivências de adoecimento em saúde mental de mulheres de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (3) investigar como gênero se apresenta nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de ensino superior em Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, a fim de discutir como está sendo construída a formação inicial destes profissionais.

### 3 TRAJETÓRIAS DA SAÚDE MENTAL

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 dois pressupostos que podem servir como apoio para a 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, também como produto de papéis e atribuições sociais, incluindo aqui as relações de gênero (ZANELLO; BUKOVITZ, 2011).

No Brasil, em sua última Pesquisa Nacional de Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019) registrou a presença de depressão em 16,3 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais. Em 2013, a mesma pesquisa havia registrado um total de 11 milhões, ou seja, houve um aumento de mais de 5 milhões de diagnósticos em um período de 6 anos. Ainda comparando às duas pesquisas, outro dado preocupante aparece: em 2013 existia uma maior prevalência de diagnósticos de depressão entre as mulheres (10,9%) quando comparadas aos homens (3,9%). A maior prevalência continua, só que agora com índices ainda mais discrepantes: 14,7% de diagnósticos em mulheres e 5,1% em homens. Observa-se aqui um aumento de mais de 4% na prevalência de diagnósticos em mulheres, enquanto os homens tiveram aumento médio de um pouco mais de 1%.

Considerando as regiões do País, Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com diagnóstico de depressão, estando até mesmo acima do percentual nacional, alcançando escores de 15,2% e 11,5%, respectivamente. Além disso, houve maior concentração de diagnósticos em pessoas com níveis de instrução extremos, ou seja, pessoas com ensino superior completo, atingindo 12,2% e pessoas sem instrução e/ou com fundamental incompleto, tendo escores de 10,9% (IBGE, 2019).

Ainda segundo a pesquisa, utilizando o critério cor ou raça, houve uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão (12,5%), seguidas pelas pessoas de cor parda (8,6%) e após as pretas (8,2%). Considero este dado muito interessante e passível de análise, uma vez que já se sabe que o acesso à saúde para pessoas brancas é diferente do acesso à saúde para pardos e pretos. Nesse sentido, um maior índice de diagnósticos nem sempre pode significar maior adoecimento da população branca, mas sim, antes de tudo, serve como mais uma denúncia das inequidades nos acessos aos serviços de saúde quando considera-se a questão de classe e raça em nosso país.

Por fim, menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos. A proporção média de uso de alguma medicação para controle dos sintomas foi de 48%, sendo que a região Norte apresentou a menor proporção (31,2%). Em relação a idade, nos grupos de pessoas com 60 anos, as proporções de uso de medicação para depressão foram maiores do que a média nacional: 56,3% para pessoas com 60 a 64 anos; 56,8%, de 65 a 74 anos; e, 61,9%, entre as pessoas com 75 anos ou mais de idade. Dentro disso, 18,9% do total de brasileiros que receberam diagnóstico de depressão faziam psicoterapia, e 52,8% já haviam recebido algum tipo de assistência médica nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Em relação ao local de atendimento, 47,4% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 29,7% em uma unidade básica de saúde; 13,7% em um Centro de Especialidades, Policlínica Pública ou ambulatório de hospital público (IBGE, 2019).

Destaca-se aqui que a maior concentração de busca por atendimentos esteve centrada sobre a esfera privada, demonstrando, mais uma vez, as dificuldades que as redes públicas de saúde mental têm vivenciado para prestar atendimentos à população. Ressalta-se que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde foram publicados em 2019, antes do início da pandemia de covid-19. Ou seja, atualmente estas inequidades no acesso aos serviços e cuidados em saúde podem ser ainda maiores.



Quando analisamos um retrato da saúde mental em escala mundial, podemos compreender a relevância e a urgência de aumentarmos os espaços de discussão desta temática. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2017) a depressão já pode ser classificada como a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo, atingindo mais de 300 milhões de pessoas. Da mesma forma, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) registrou, em 2015, cerca de 50 milhões de pessoas com depressão nas Américas, representando 5% da população. Entretanto, apesar dos altos números de incidência da doença, 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 (OPAS, 2015).

Ao analisarmos os dados disponíveis sobre os investimentos financeiros destinados à esta área, observa-se que, 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, 2015). 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.

De forma semelhante, o relatório *Mulheres e Saúde*, apresentado pela OMS (2009), apontou para um maior desenvolvimento de transtornos relacionados à 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 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.

Por fim, 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. Ainda no mesmo relatório, a OMS refere que profissionais da saúde 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.

Seguindo nesta mesma linha de discussão, Zanello e Silva (2012) referem que o profissional que realiza diagnósticos 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. Dessa maneira, poderiam existir níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando, por um lado, a hiperdiagnóstica de certas síndromes em mulheres e, por outro, o subdiagnóstico em homens, e vice-versa.

A partir disso, seria possível cogitar a existência de uma construção de diagnósticos em saúde mental que buscasse alcançar as especificidades necessárias ao atendimento de mulheres e homens? Caso a afirmação seja verdadeira, não seria urgente pensar na introdução de discussões sobre a utilização de critérios de avaliação diferentes para homens e mulheres frente a determinada patologia, como a depressão? Caso este processo ocorresse, não seria possível pensar que os dados epidemiológicos hoje apresentados como prevalentes em mulheres poderiam sofrer alterações drásticas, bem como aqueles indicando prevalências em homens?

Nesse sentido, um dos campos que se busca discutir nesta tese de doutorado concentra-se sobre a (re)avaliação dos padrões de gênero internalizados pelos próprios profissionais da saúde, incluindo aqui os seus percursos de formação ao longo da graduação, bem como analisar e discutir os critérios diagnósticos estabelecidos e adotados por instituições internacionais para construção de diagnósticos de saúde mental. Ao colocar em xeque estes aspectos, abre-se a possibilidade para uma nova compreensão acerca das altas taxas de diagnósticos de saúde mental em mulheres, tanto em escala nacional quanto global, além de apontar para lacunas sobre o percurso educativo e às discussões de gênero ao longo da formação profissional.

## 4 ALGUMAS DEFINIÇÕES

Nesta sessão serão apresentados alguns conceitos norteadores da construção desta tese. Entende-se que explorar seus significados e desdobramentos auxiliará em todo processo de construção do problema de pesquisa, do percurso metodológico, bem como da análise e discussão dos resultados.

### 4.1 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. Em 2022, realizou-se uma revisão da última versão, sendo este documento lançado com a denominação de DSM – 5 – TR (APA, 2022). Um dos primeiros esboços do que hoje se constitui o DSM foi publicado, pela primeira vez, em 1844 (APA, 2014).

O DSM-5 - TR 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, 2022, 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, 2022).

Com relação ao estabelecimento de um diagnóstico, o DSM-5-TR (APA, 2022) estipula uma lista de sintomas que devem ser manifestados pelo paciente, estando estes presentes por determinado período de tempo e causando prejuízo significativo à vida do indivíduo. Para a depressão, denominado pelo manual como Transtorno Depressivo Maior, são elencados os seguintes critérios:

(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.

Ressalta-se, por fim, que em nenhum momento esta pesquisa terá o intuito de questionar a validade de um diagnóstico elaborado a partir de uma classificação oficial, mas sim, buscará investigar como os mesmos estão sendo construídos na intersecção entre saúde mental e gênero. Dessa forma, apesar de elencar os critérios diagnósticos para o Transtorno Depressivo Maior, ao longo do trabalho 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 e a própria maneira de relacionar-se com o cuidado em saúde oferecido no município, não limitando-se assim aos critérios diagnósticos utilizados por um manual.

## 4.2 GÊNERO

Historicamente falando, pensar no termo gênero pressupõe lembrar também das lutas dos movimentos feministas contemporâneos, considerando alguns breves marcos

históricos deste processo. Na Europa, a partir do século XX, movimentos que lutavam pela garantia do direito ao voto feminino começaram a ganhar força. Este período foi denominado de *Sufragismo* e, devido à sua grande importância histórica, 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 para as 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, 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 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).

O termo Gênero não foi criado 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 pela primeira vez. 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 possuísem 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 compreendê-lo como algo que transcende ao mero desempenho de papéis, concebendo o gênero como aquilo que faz parte do sujeito e que o constitui (LOURO, 2003).

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, fazendo com que, através deste estereótipo, muitos homens tentem 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 consequente invisibilidade dessa doença nos homens. Nesse sentido, é sobre esta

perspectiva do gendramento de diagnósticos que esta tese buscará realizar seus estudos e discussões.

### 4.3 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 Clarck (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 (2009, 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 e a democracia, 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. Dessa forma, o conceito adquire relevância na construção desta tese, uma vez que um dos objetivos centrais do estudo está pautado na análise da relação existente entre às práticas educativas e a construção dos diagnósticos de saúde mental em mulheres, entendendo aqui as ações de promoção da saúde como uma forma de ensinar valores e modos de viver e estar o mundo, sendo estas exercidas pelos profissionais da saúde sobre seus pacientes,

#### 4.4 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 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 pelo sujeito. 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.

#### 4.5 POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL

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 ambulatórios, 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 estado do 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 país 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, além de ainda existirem inequidades nas ofertas de suporte e orientação emocional oferecidas pelos serviços de saúde às famílias responsáveis pelo cuidados dos pacientes desinstitucionalizados. Torna-se importante ressaltar que muito desta insatisfação por parte da população foi estabelecida, e de certa forma alimentada, pelo discurso utilizado pela Psiquiatria Tradicional, que seguia defendendo os pressupostos da internação e dos hospitais psiquiátricos (BATISTA, 2009).

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, 2009).

#### **4.5.1 A 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 dos 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 1990 (BRASIL, 2005).

Foi também através do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado 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. Foi em conjunto com todos estes movimentos, aliados também à assinatura da Declaração de Caracas em 1990 e com a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, que as Políticas de Saúde Mental do Ministério da Saúde começaram a tomar forma no Brasil. 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 Ministério 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 se materializa através das estratégias e diretrizes adotadas para organizar a atenção às pessoas com necessidades de tratamento e cuidados específicos em saúde mental. Ainda segundo a PNSM, baseando-se nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), busca-se 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. O acolhimento dessas pessoas e seus familiares é uma estratégia de atenção fundamental para a identificação das necessidades assistenciais, alívio do sofrimento e planejamento de intervenções terapêuticas, conforme cada necessidade (BRASIL, 2023).

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída em nosso país através da portaria GM/MS 3.088/2011, sendo posteriormente incorporada na Portaria de Consolidação 03/2017. Um dos seus principais objetivos está centrado sobre a articulação de pontos da saúde para pacientes que apresentem algum tipo de sofrimento decorrente da manifestação de transtornos mentais, incluindo aqui também usuários de crack, álcool e outras drogas. Atualmente, tem como principais pontos de atenção o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) em suas diferentes modalidades, o Serviço de Residencial Terapêutico (SRT), as Unidade de Acolhimento, as UPA's (Unidades de Pronto Atendimento), o Consultório na Rua, o SAMU, o Programa Voltando pra Casa, o Centro de Convivência, os Hospitais Gerais e o programa Cuidado em Liberdade (BRASIL, 2023).

A atual gestão do Ministério da Saúde tem buscado demonstrar seu compromisso em reforçar a agenda e as ações da política de saúde mental. Dessa forma, desde o início do atual governo, em 2023, tem se buscado retomar o processo de habilitação de novos serviços de saúde mental, a fim de ampliar o acesso à rede de cuidados. Essa ampliação da rede implica na criação de novos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento e maior número de leitos em hospitais gerais. A expectativa é que a Rede de Atenção Psicossocial tenha crescimento anual superior a 5% nos próximos 4 anos. Em 2023 o orçamento desses dois serviços foi ampliado em 27% (BRASIL, 2023).

#### **4.5.2 Mulheres e Gênero: como se incluem na 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-TR em sua última versão (APA, 2022), 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), percebe-se que 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 psicofármacos 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).

#### 4.6 GÊNERO E SAÚDE MENTAL

Gênero se apresenta como um determinante social importante, sendo que sua inclusão na construção e compreensão dos processos de saúde mental deveria ser urgente (PATEL, 2001). Digo que deveria porque, infelizmente, até o presente momento, os estudos que englobam esta perspectiva continuam sendo muito escassos, tanto em escala nacional quanto internacional.

Quando consideramos aspectos históricos sobre o campo da Saúde Mental, podemos tomar como base as descrições do sujeito louco feitas pelos escritos de Foucault (1982), através dos quais o autor retrata a categorização do indivíduo como doente mental, sua exclusão e reclusão em entidades específicas, tais como os asilos e manicômios, bem como a retirada da voz e do direito do louco, principalmente quando este passa a ser entendido como um objeto de estudo e, conseqüentemente, uma ameaça à ordem natural das coisas. Entretanto, ressalta-se que principalmente foram silenciadas as vozes das mulheres, sendo este movimento fortemente influenciado pelo surgimento e consolidação da psiquiatria e, conseqüentemente, dos discursos criados e difundidos por esta área médica.

Para Showalter (1987, p. 38), “o manicômio, como casa do desespero, deve ser entendido como símbolo de todas as instituições criadas pelos homens, do casamento à lei, que confinaram e confinam às mulheres, e as deixam loucas”. Ainda segundo a autora, o movimento dos discursos que vem acontecendo nos últimos séculos mantém os homens ligados a racionalidade, enquanto que para as mulheres restam às figuras de insanas, entendendo que suas loucuras são produtos dos seus próprios erros, como se a doença mental na mulher estivesse ligada à sua própria essência, ou seja, algo já pré-determinado, sem chances de mudança. Da mesma forma, a autora reforça seus argumentos quando diz que a experiência da loucura é muito mais vivenciada por mulheres e, quando esta acontece para os homens, acaba sendo representada, metaforicamente, como algo advindo do feminino.

Com a contínua consolidação da psiquiatria como área responsável pelo “tratamento dos loucos”, mesmo que tratar fosse, por vezes, o último dos seus objetivos, começaram a surgir classificações nosológicas sobre as doenças. Este movimento manteve extensa relação com o fato de que a psiquiatria nem sempre conseguia definir causas exatas para a manifestação dos sintomas, surgindo então a necessidade de adotar práticas de classificação e descrição das supostas doenças. Porém, estas descrições, muitas vezes pautavam-se sobre valores morais (ZANELLO, 2018).

Nesse sentido, mais uma vez às mulheres foram o alvo. Ao analisar prontuários de internação psiquiátrica do século XIX, foi possível encontrar descrições muito diferentes entre o diagnóstico oferecido para mulheres e homens. Em grande parte dos casos, os motivos para internação de mulheres estavam relacionados a aspectos da sua sexualidade, entre eles, manter relações fora do casamento, manter relações com fins não reprodutivos e o não desejo de ser mãe. Enquanto isso, as descrições dos homens mantinham relação com o papel social que lhes era atribuído, como questões do trabalho e aspectos que o colocavam como provedor (ENGEL, 2004).

Mais tarde, no século XX, surgiram medicamentos destinados especificamente ao tratamento das doenças mentais, denominados inicialmente de neurolépticos. A partir disso, a prática de classificação dos sintomas se difundiu ainda mais, sendo estimulada também pelo surgimento dos Manuais de Transtornos Mentais, como o DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente na sua quinta versão (APA, 2022), bem como a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, tendo sua última versão entrado em vigor em 2022, sendo esta a décima primeira edição, atualizada 28 anos após a última versão (SBP, 2018).

Uma discussão importante sobre este novo modelo de classificação é feita por Maluf (2010), quando a autora aponta que, no princípio dos estudos, o sujeito louco era classificado como alguém que possuía um transtorno mental, ligado então ao campo da patologia. Porém, com este novo modelo classificatório baseado em manuais, os sintomas do indivíduo também passaram a ganhar espaço dentro do campo da normalidade, ou seja, passou-se a vivenciar um processo de patologização do normal, pois o discurso do sujeito com doença mental passou a ser entendido através da utilização de critérios que envolvem a presença ou ausência de sintomas, sendo estes identificados por um especialista, tomando como base as descrições dos manuais. Para tanto, o paciente teria que apresentar um conjunto mínimo de sintomas, por determinado período de tempo, para ser diagnosticado. Porém, Zanello (2018) aponta que este conjunto de sintomas, conforme as descrições contidas nos manuais, acaba apresentando limitações quando adotamos uma perspectiva de gênero.

Um dos primeiros limites desta perspectiva, segundo Zanello (2018), diz respeito ao gendramento dos sintomas. Segundo a autora, o gendramento denuncia que a ausência de uma crítica de gênero no momento da formulação de um diagnóstico pode acabar estimulando, por um lado, a utilização de procedimentos que hiper diagnosticam certas doenças em um grupo, como por exemplo nas mulheres, e, por outro lado, acabem por invisibilizar a mesma manifestação em grupos distintos, como nos homens. Como exemplo, Zanello (2018) cita o choro, sendo sua manifestação extremamente inibida entre os homens, mas, ao mesmo tempo, permitida e até mesmo incentivada em mulheres, principalmente em culturas sexistas. Além disso, a autora apresenta o argumento de que o choro costuma ser o exemplo mais usado em manuais de classificação para descrever o sintoma da tristeza e, conseqüentemente, diagnosticar a depressão. A partir disso, ela questiona: “Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres?” (ZANELLO, 2018, p. 23). Dessa forma, além do hiper diagnóstico de certas síndromes em um grupo específico, também torna-se importante observar a existência de um processo de naturalização das diferenças culturalmente construídas entre homens e mulheres, sendo que estas deveriam, em primeira instância, ser problematizadas no momento em que se pensa a construção de um diagnóstico.

Outro limite apontado por Zanello (2018) quando a perspectiva de gênero não é adotada frente a construção de um diagnóstico, diz respeito às próprias discussões do que pode ser entendido e denominado como um sintoma. Para a autora, o discurso trazido através da queixa do paciente costuma envolver determinados *scripts* sociais que se



baseiam em valores de gênero. Estes papéis de gênero fazem parte da constituição do sujeito como mulher e/ou homem na sociedade, pois envolvem discursos sociais culturalmente, historicamente, politicamente, economicamente e socialmente construídos sobre o que se espera que uma mulher e/ou homem faça e se torne ao longo da sua vida. Nesse sentido, para a autora, o sofrimento surgiria quando houvesse um descompasso entre o que se espera e o que é possível ser estando mulher e/ou homem na sociedade. Um exemplo poderia ser retratado quando uma paciente mulher busca atendimento por estar em sofrimento devido ao fato de não desejar ser mãe, papel social que é delegado às mulheres desde a mais tenra infância, podendo ser observado até mesmo através dos brinquedos e brincadeiras para as quais meninas são estimuladas. Pensemos então: caso o profissional que atenda esta mulher não consiga compreender a perspectiva de gênero que vem imbricada em sua queixa, facilmente poderia diagnosticá-la com depressão e encaminhá-la para um tratamento. Não que esta mulher não possa estar manifestando sintomas condizentes com a depressão, porém, torna-se importante incluir a discussão dos motivos que levaram a este adoecimento, uma vez que deixar de assumir o papel social da maternidade não deveria mais ser entendido como motivo de preconceito, mas, infelizmente, ainda é. Ou seja, poderíamos pensar que a manifestação da depressão nesta paciente aconteceu por uma violência e opressão de gênero? Se sim, porque ainda seguimos apenas medicando o sofrimento e não ampliando as discussões sobre suas causas? Se o preconceito em relação à escolha consciente da não maternidade fosse mais discutido, será que esta mulher estaria em sofrimento? Será que ela verdadeiramente sofre pela sua escolha ou pelos julgamentos sobre a mesma?

Então por fim, como terceira limitação, Zanello (2018) reforça que devemos considerar qual é a perspectiva de gênero adotada pelo próprio profissional de saúde, afinal, mesmo que o sintoma se apresente através da queixa do paciente, ele acaba sendo interpretado por quem o escuta. Assim, ela nos diz que “em saúde mental, o diagnóstico do médico não é, jamais, um ato neutro e nem baseado em um processo de mensuração. É um ato de julgamento moral.” (p. 24). Nesse sentido, como poderíamos interpretar descrições que se referem a presença de sexualidades desviantes nas mulheres, ou até mesmo qual seria o significado da expressão “excesso de agressividade”? (p. 24). Será que os mesmos parâmetros para tais classificações estão sendo utilizados em avaliações de mulheres e homens? Para a autora:

É esse parâmetro, invisível, acrítico, profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado; pois ele é a “ponte” entre os manuais de classificação, o efetivo diagnóstico e qualquer possibilidade de tratamento a vir a ser oferecida. (ZANELLO, 2018, p. 24, grifos da autora).

Considerando a reunião destes argumentos, voltamos a nos perguntar: as discussões acerca das perspectivas críticas de gênero estão incluídas ao longo da formação dos profissionais de saúde que estão envolvidos com a construção dos diagnósticos de saúde mental? Se estiverem, como estão sendo realizadas? E caso não estejam, porque este silêncio segue se perpetuando?

## 5 PERCURSOS METODOLÓGICOS

Nesta seção, serão apresentados os dois principais percursos metodológicos adotados ao longo da construção e realização desta pesquisa. Ressalta-se aqui que a construção de dois percursos distintos, mas, ao mesmo tempo, complementares, surgiu a partir de uma indicação da própria banca de mestrado da autora desta tese, uma vez que a partir da grande quantidade de dados coletados na época, julgou-se válido continuar analisando-os com mais tempo e profundidade nas discussões a que se propõe esta tese de doutorado. De forma semelhante, este capítulo também se propõe a apresentar as ferramentas de análise e discussão dos dados.

### 5.1 PRIMEIRO PERCURSO: O MESTRADO E SUAS TRAJETÓRIAS

Em minha pesquisa de mestrado<sup>1</sup>, me propus a investigar a construção do diagnóstico de depressão em mulheres, através da análise das Práticas de Promoção da Saúde realizadas por uma Equipe de Estratégia de Saúde da Família, localizada na cidade de Solanum<sup>2</sup>. Neste sentido, meus objetivos de pesquisa consideravam os altos índices de prevalência de depressão em esfera nacional e mundial, além de compreender as ações de Promoção da Saúde como práticas educativas que ensinavam conhecimentos, valores e modos de ser e estar no mundo. Dessa forma, foi elaborada a seguinte pergunta norteadora da pesquisa: **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 Solanum, uma cidade do interior do Rio Grande do Sul?**

A partir disso, a dissertação de mestrado teve como objetivos específicos examinar a articulação do marcador social gênero com o papel social ocupado pela mulher na comunidade de Solanum, bem como suas conexões com a organização do trabalho e com a cultura teuto-brasileira<sup>3</sup> do local, buscando investigar se estes aspectos poderiam estabelecer relações com os modos de viver, sentir e interpretar o diagnóstico de depressão, tanto para profissionais quanto para pacientes.

---

<sup>1</sup> BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. **Um retrato da depressão:** investigação sobre a construção do diagnóstico em práticas de promoção da saúde na Atenção Básica. UFRGS, 2019.

<sup>2</sup> Nome fictício.

<sup>3</sup> Teuto-brasileiro é a designação genérica que se atribui aos grupos de descendentes dos imigrantes alemães que colonizaram, a partir do século XIX, os espaços destinados pelo Governo brasileiro ou por empresários particulares para sua ocupação sistemática, sobretudo nos Estados do Sul.

Antes mesmo de apresentar as conexões entre os achados da pesquisa do mestrado e a construção desta tese de doutorado, considero relevante apresentar uma breve contextualização do local de pesquisa que foi cenário para a construção da dissertação, bem como uma apresentação das mulheres participantes do estudo e, por fim, um retrato da Equipe de Estratégia de Saúde da Família que acolheu a realização daquele trabalho. A apresentação destes dados tem como objetivo trazer um panorama do caminho que já foi trilhado até aqui, além de se construir como uma oportunidade de encontro com os processos da pesquisa anterior e que seguem ressoando nos questionamentos e análises da pesquisa atual.

### **5.1.1 Como se construiu Solanum?**

Imigrantes vindos da Alemanha chegaram pela primeira vez em Solanum no ano de 1853, tendo, em sua maioria, partido de uma região agrícola do Hunsrück, em seu país natal. 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 vendiam seus produtos 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 (2000) refere que a imigração alemã, no Rio Grande do Sul, foi motivada, principalmente, por duas políticas 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. Segundo Rost et al. (2010), estes aspectos puderam ser observados na história de Solanum, sendo que os registros dos primeiros 55 imigrantes enviados à comunidade descreviam que os mesmos haviam sido encaminhados para a cidade a fim de estancar as ocupações irregulares e o comércio de terra ilegal, suprimindo assim interesses específicos das autoridades.

Sobre o perfil religioso dos imigrantes, a grande maioria afirmava seguir o Protestantismo. Já em relação às profissões, incluíam-se lavradores, marceneiros, alfaiates, carpinteiros, chapeleiros, entre outras.

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.

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).

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>4</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, alcançando-se 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, 33 anos depois de sua emancipação, Solanum é distribuída em 193km<sup>2</sup> de extensão, tendo uma população de 6.340 habitantes (IBGE, 2022) 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>5</sup> e a ESF Margarida<sup>6</sup>. Além disso, há um Ambulatório de Pronto-Atendimento 24 horas equipado para o atendimento de urgências e emergências.

---

<sup>4</sup> Nome fictício

<sup>5</sup> Nome fictício

<sup>6</sup> Nome fictício

### 5.1.2 Quem são as mulheres?

O universo empírico, na época da dissertação de mestrado, foi constituído por 17 mulheres. Todas as participantes selecionadas para a pesquisa foram indicadas pelos próprios profissionais atuantes na ESF, tendo como critérios de inclusão para participar do estudo: ser mulher autodeclarada, com 18 anos ou mais, possuir diagnóstico de depressão e manter vínculo de atendimentos com a ESF Girassol. Abaixo, apresento uma breve descrição das participantes:

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 de calçados, onde trabalha desde os 14 anos, e com ele teve o segundo filho. Atualmente, está há mais de 1 ano sem trabalhar fora de casa. Recebeu o diagnóstico de depressão há 8 anos, após ter procurado um médico psiquiatra da rede privada, em função de “problemas nos nervos”, como ela mesmo me relatou.

Júlia, 51 anos, mãe de três filhos, divorciada, descobriu recentemente que o seu próprio pai havia a rejeitado, 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, cometendo suicídio. 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.

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.

Débora, 19 anos, na infância pensava em cometer suicídio, principalmente por sofrer *bullying* em relação ao seu peso corporal. Concluiu o ensino médio e estava fazendo 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.

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.

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

Gabriela, 35 anos, refere que ainda sente muita culpa por ter tido dificuldades para cuidar do seu primeiro filho, logo após o nascimento. Em sua segunda gestação, sofreu muito em seu antigo local de trabalho, principalmente após ter um aborto confirmado. Hoje, sente-se muito contente com o novo emprego e diz que aprendeu a fazer mais coisas por ela mesma.

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.

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 de depressão através de 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 sabe do tratamento, apenas a sua mãe. Recebeu o diagnóstico há um ano, através do médico clínico geral da rede de saúde pública de Solanum.



Janete, 40 anos, mãe de um menino, seu “bem mais precioso”, estava 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 trabalha 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.

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. Sofre com dores no 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, hora extra 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, após colocar fogo na casa nova e queimar 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 tem um novo namorado, construiu uma casa nova e aguarda 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.

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, sente-se muito bem quando pode dar uma caminhada até o centro da cidade, comprar material para o seu artesanato, ir até as consultas na ESF e voltar para cuidar da cunhada que não pode ficar tempo demais sozinha. Tem cinco filhos e quase todos moram 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 tem filhos e refere que o que mais gosta 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 está em seu segundo casamento, tem dois filhos e convive com os altos e baixos da depressão. Sente-se mais forte do que em alguns anos atrás, mas ainda sofre por não poder fazer algumas atividades que ela considera básicas, como cuidar de sua própria horta, afinal sente muitas dores no corpo, resultado da fibromialgia. Recebeu o diagnóstico de depressão há três anos pelo psicólogo da rede de saúde pública de Solanum.

### **5.1.3 ESF Girassol**

A equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol, na época da pesquisa de mestrado, 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>7</sup>, uma recepcionista e uma auxiliar de

---

<sup>7</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 variava de um a três

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 da sala de acolhimento/triagem e da 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 nela participavam todos os trabalhadores da Unidade, com exceção da auxiliar de limpeza e dos profissionais da saúde bucal. Nas terças-feiras a enfermeira dedicava-se exclusivamente à sala de vacinas, sendo que seu funcionamento ficava restrito a este dia da semana 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

---

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.

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. 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. Os demais bairros eram atendidos pela ESF Margarida.

## 5.2 SEGUNDO PERCURSO: A REDE DO DOUTORADO

Após esta retomada sobre a dissertação de mestrado, torna-se possível identificar que a intersecção entre saúde mental e gênero já aparecia fortemente na formulação metodológica daquele trabalho. E, após a coleta e análise dos dados da dissertação, a relação entre estas duas variáveis ficou ainda mais evidente, surgindo então o desejo e a necessidade de seguir investigando esta temática. A partir disso, surgiu a proposta da tese de doutorado.

Como já mencionado nos capítulos introdutórios da tese, apesar de gênero e saúde mental manterem fortes conexões, sua relação ainda figura como uma prática de estudo incipiente, tanto em esfera nacional quanto internacional. Neste sentido, os esforços deste trabalho estão direcionados a continuidade e ao aprofundamento destas discussões, incluindo aqui os seguintes questionamentos:

**Problemas de pesquisas:** (1) Como o gênero atua na construção de um diagnóstico de saúde mental em uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul? (2) Há, na formação inicial de estudantes de Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, disciplinas que abordem o ensino de gênero em uma perspectiva crítica?

**Objetivos gerais:** (1) investigar a relação entre gênero e saúde mental na perspectiva de profissionais e usuárias da Atenção Básica em saúde de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (2) investigar a existência – ou não – de disciplinas que

abordem a temática de gênero em uma perspectiva crítica no ensino superior dos cursos de graduação em Psicologia e Medicina das Universidades federais do Brasil.

**Objetivos específicos:** (1) investigar como o gênero atua sobre o discurso de profissionais da Atenção Básica ao pensar a construção de um diagnóstico de saúde mental em mulheres de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (2) investigar como o gênero atua sobre as vivências de adoecimento em saúde mental de mulheres de uma comunidade do interior do Rio Grande do Sul; (3) investigar como gênero se apresenta nos Projetos Pedagógicos dos Cursos de ensino superior em Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil, a fim de discutir como está sendo construída a formação inicial destes profissionais.

Para que isto fosse possível, pretendeu-se adotar os seguintes percursos metodológicos: seguimos aprofundando as análises e discussões das mais de 265 páginas que foram reunidas através da realização das entrevistas com as 17 participantes da pesquisa de mestrado. Como pode ser visto, havia um vasto material coletado, sendo que o tempo hábil para construção de uma dissertação não possibilitou o esgotamento das discussões do material.

Além disso, pretendeu-se realizar uma pesquisa nos cursos de Psicologia e Medicina das universidades públicas brasileiras, buscando avaliar a existência – ou não – de disciplinas que abordassem o ensino de gênero em uma perspectiva crítica. Entendemos que este segundo movimento proposto pela tese aconteceu exatamente pela compreensão de que a perspectiva de gênero adotada pelo profissional da saúde responsável pela construção de um diagnóstico não pode mais ser ignorada, como já apontam os estudos de Zanello (2018).

Por fim, todo o percurso metodológico de coleta e análise dos dados será apresentado de forma detalhada nas próximas sessões.

### **5.2.1 Critérios de Inclusão**

Para participar do levantamento de dados desta pesquisa, considerou-se como critério de inclusão: a universidade pesquisada deve ser pública e gratuita, mantendo vínculo de administração com o Governo Federal do Brasil; da mesma forma, a universidade deve contemplar os cursos de Psicologia e Medicina, pois entendemos que estes cursos são os principais responsáveis por formar profissionais que atuam na construção de diagnósticos de saúde mental; todas as universidades devem possuir

sistema público de acesso à informação dos cursos, sendo possível visualizá-los através do site institucional das mesmas. Por fim, as universidades devem ter alcançado a maior nota possível no último Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes.

### 5.2.2 Critérios de Exclusão

Serão excluídas deste estudo as universidades que: não forem públicas e gratuitas, e não mantiverem vínculo de administração com o Governo Federal do Brasil; não contemplarem os cursos de Psicologia e Medicina, não possuírem sistema público de acesso à informação dos cursos através dos seus sites institucionais e não alcançarem as maiores notas possíveis na realização do último Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes.

### 5.3 QUESTÕES ÉTICAS

Considerando que o levantamento de dados a que se propõe esta tese não envolve seres humanos, poder-se-ia pensar em uma dispensa de aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porém, como os dados coletados ao longo da pesquisa de mestrado envolveram entrevistas com pessoas, todos 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, foram seguidos, sendo eles:

- a) Obter aprovação da pesquisa pelo Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, da UFRGS; (ANEXO A, p. 88).
- b) Obter aprovação pela Comissão em Pesquisa (COMPESQ) do Instituto de Ciências Básicas da Saúde (ICBS), da UFRGS; (ANEXO B, p. 89).
- c) Ser 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. 89).

Após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP da UFRGS, todos os participantes que demonstraram interesse em participar da pesquisa de mestrado assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A, p. 93), 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 na dissertação foi fictício, respeitando assim as premissas de sigilo e confidencialidade.

Como a dissertação de mestrado foi realizada em uma instituição pública de saúde, o Termo de Instituição Coparticipante foi elaborado (APÊNDICE B, p. 96), 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, foi claramente explicado 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 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 permanecem em arquivo, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora e de sua orientadora por até 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.

#### 5.4 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 poderiam exercer em cada indivíduo participante era praticamente imensurável.

Entretanto, buscamos 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.

## 5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Neste tópico, mais uma vez, serão apresentadas tanto as ferramentas que serviram para a coleta de dados da pesquisa de mestrado, quanto aquelas que foram utilizadas para a reunião dos dados oriundos da tese de doutorado.

Assim sendo, na pesquisa do mestrado foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observações participantes e a criação de um diário de campo. Enquanto isso, no doutorado, foi realizado um levantamento de dados a partir dos sites institucionais das universidades participantes.

### 5.5.1 Pesquisa de Mestrado: Entrevistas

A escolha pela realização das entrevistas manteve relação com o problema de pesquisa da dissertação de mestrado, o qual se propôs a investigar a construção do diagnóstico de depressão. A partir disso, elaborou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE C, p. 66), o qual continha algumas perguntas norteadoras e que foram replicadas 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 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 e conforme disponibilidade 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, de dois Agentes Comunitários de Saúde, da Recepcionista, de 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. 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.

### **5.5.2 Pesquisa de Mestrado: 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, configurando-se como uma ferramenta que auxilia a coletar informações para além daquelas alcançadas com a entrevista. Fonseca (1999) 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, 1999).

Na pesquisa de mestrado, as observações participantes tiveram início em agosto de 2017, após aprovação do 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.

### **5.5.3 Pesquisa de Mestrado: 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 que diziam respeito tanto às impressões pessoais da pesquisadora quanto às 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 daqueles 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 (2003) 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, 2003, p. 237). Dessa maneira, se houve cansaço frente a exigência de manter-me atenta em cada nova oportunidade de observação, houve também muito prazer e emoção em cada palavra transcrita nas linhas do Diário, pois, assim como já dizia Ceccon (2016, p. 12) “este escrito resulta de coisas vividas”.

### **5.5.4 Dados Quantitativos do Doutorado**

Para coleta dos dados utilizados na construção da tese de doutorado, realizou-se um levantamento das notas do ENADE (Exame Nacional de Desempenho dos

Estudantes), analisando os cursos de graduação em Psicologia e Medicina, das universidades federais do país que possuíam a maior nota de desempenho possível (conceito 4 ou 5), na última edição do exame em que foram selecionados para realização da prova.

Este levantamento foi realizado de forma online, acessando os dados públicos disponíveis na página oficial do Enade, através do seguinte endereço eletrônico: <<https://enade.inep.gov.br/enade/#!/index>>. Considerando-se os cursos de graduação em Psicologia e Medicina, os últimos dados coletados dizem respeito aos anos de 2018 e 2019, respectivamente, pois correspondem a última prova do Enade realizada pelos estudantes matriculados nestas graduações.

No total, foram analisados 527 cursos de Psicologia e 231 cursos de medicina. Inicialmente, estes números contemplaram tanto universidades públicas quanto privadas, pois não há separação dos dados no momento da divulgação dos resultados do Enade. Entretanto, após a identificação individual do conceito final do Enade, foram selecionadas para este estudo somente instituições públicas federais, totalizando 23 cursos de Psicologia e 21 cursos de Medicina.

Destas, apenas 1 instituição por região do país (sul, sudeste, centro-oeste, norte, nordeste e Distrito Federal) foi selecionada para realização de uma análise minuciosa do Projeto Pedagógico do Curso, totalizando assim 6 universidades federais com curso de Psicologia e 6 com curso de Medicina. Em casos de presença de notas semelhantes no conceito Enade, utilizou-se como critério de inclusão para participação neste estudo:

- 1 - Quando houve mais de uma universidade por região com nota máxima no ENADE, se optou por escolher a instituição com maior número/concentração de alunos.
- 2 - Entende-se que esta escolha se tornou relevante uma vez que a concentração de alunos em uma universidade reflete seu potencial de alcance através do ensino, além de demonstrar o seu papel de referência dentro de uma comunidade.

Por fim, a análise dos Projetos Pedagógicos dos Cursos de Psicologia e Medicina das respectivas instituições de ensino, teve como objetivo investigar a existência - ou não - de disciplinas que abordassem os estudos sobre gênero. Estes dados serão apresentados na próxima sessão do trabalho.

## 6 DADOS DA PESQUISA: O GÊNERO NA UNIVERSIDADE

O Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (Enade) tem como finalidade realizar uma avaliação sobre o rendimento dos estudantes que estão concluindo seus cursos de graduação. A avaliação baseia-se sobre os conteúdos previstos nas diretrizes curriculares dos cursos, bem como sobre o desenvolvimento de competências e habilidades na formação profissional e os conhecimentos gerais dos estudantes sobre à realidade brasileira e mundial (BRASIL, 2023)

A prova do ENADE é aplicada pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) desde 2004, integrando o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (Sinaes). O Sinaes é responsável pela realização da avaliação dos cursos de graduação e dos aspectos institucionais das universidades. Dessa forma, tanto os resultados do ENADE quanto as respostas do Questionário do Estudante, servem como base para a realização do cálculo dos Indicadores de Qualidade da Educação Superior (BRASIL, 2023).

A realização da prova do ENADE é obrigatória para os estudantes que estão ingressando ou concluindo seus cursos de graduação (bacharelados ou tecnológicos) vinculados às áreas de avaliação de cada edição. Através do exame, obtém-se o que é chamado de Conceito Enade, sendo este um dos Indicadores de Qualidade da Educação Superior, avaliando os cursos por intermédio dos desempenhos dos estudantes (BRASIL, 2023).

A Tabela 1 apresenta os dados coletas nesta pesquisa acerca dos cursos de Psicologia e Medicina, das universidades federais do país, que obtiveram a maior nota possível na realização do Exame. O último ano de realização da prova pelos alunos das respectivas graduações ocorreu em 2018 e 2019. As universidades foram divididas entre as 5 regiões do país: sul, sudeste, centro-oeste, norte e nordeste, além do distrito federal.

**Tabela 1 - Notas ENADE**

REGIÃO	CURSO	UNIVERSIDADE	NOTA ENADE	ANO DA PROVA
	PSICOLOGIA	UFSM <sup>8</sup> UFRGS <sup>9</sup>	5	2018

<sup>8</sup> Universidade Federal de Santa Maria

<sup>9</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<b>SUL</b>		UFCSPOA <sup>10</sup> UFSC <sup>11</sup>		
	MEDICINA	UFPR <sup>12</sup>	5	2019
<b>SUDESTE</b>	PSICOLOGIA	UFES <sup>13</sup> UFJF <sup>14</sup> UFMG <sup>15</sup> UFSJ <sup>16</sup> UFU <sup>17</sup> UFF <sup>18</sup> UFSCAR <sup>19</sup> UNIFESP <sup>20</sup>	5	2018
	MEDICINA	UFSCAR UNIFESP UFV <sup>21</sup> UFVJM <sup>22</sup> UNIFAL-MG <sup>23</sup> UFMG UFSJ UFES	5	2019
<b>CENTRO-OESTE</b>	PSICOLOGIA	UFG <sup>24</sup>	5	2018
	MEDICINA	UFMT <sup>25</sup> UFG UFMS <sup>26</sup>	5	2019
<b>NORTE</b>	PSICOLOGIA	UFAC <sup>27</sup>	5	2018
	MEDICINA	UNIR <sup>28</sup> UFT <sup>29</sup>	4	2019

<sup>10</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<sup>11</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>12</sup> Universidade Federal do Paraná

<sup>13</sup> Universidade Federal do Espírito Santo

<sup>14</sup> Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>15</sup> Universidade Federal de Minas Gerais

<sup>16</sup> Universidade Federal de São João del-Rei

<sup>17</sup> Universidade Federal de Uberlândia

<sup>18</sup> Universidade Federal Fluminense

<sup>19</sup> Universidade Federal de São Carlos

<sup>20</sup> Universidade Federal de São Paulo

<sup>21</sup> Universidade Federal de Viçosa

<sup>22</sup> Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri

<sup>23</sup> Universidade Federal de Alfenas

<sup>24</sup> Universidade Federal de Goiás

<sup>25</sup> Universidade Federal de Mato Grosso

<sup>26</sup> Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

<sup>27</sup> Universidade Federal do Acre

<sup>28</sup> Universidade Federal de Rondônia

<sup>29</sup> Universidade Federal do Tocantins

<b>NORDESTE</b>	PSICOLOGIA	UFBA <sup>30</sup> UFRB <sup>31</sup> UFC <sup>32</sup> UFMA <sup>33</sup> UFCG <sup>34</sup> UFPB <sup>35</sup> UNIVASF <sup>36</sup> UFRN <sup>37</sup>	5	2018
	MEDICINA	UFC UFPE <sup>38</sup> UFPB UFAL <sup>39</sup> UFRN UFPI <sup>40</sup>	5	2019
<b>DISTRITO FEDERAL</b>	PSICOLOGIA	UNB <sup>41</sup>	5	2018
	MEDICINA	UNB	4	2019

Fonte: elaborado pela autora

Como é possível observar na tabela 1, várias universidades obtiveram notas semelhantes no Enade. Dessa forma, para identificar quais instituições de ensino seriam selecionadas para a análise do Projeto Pedagógico do Curso (PPC), utilizou-se como critério a escolha da instituição de ensino com maior concentração de alunos matriculados no momento desta pesquisa, ou seja, no ano de 2023. A tabela 2 apresenta estes dados. Ressalta-se que somente aparecem na tabela 2 as universidades que obtiveram empate no Conceito Enade. Em negrito, estão as universidades selecionadas para análise do PPC.

**Tabela 2 - Concentração de Alunos por universidade em 2023**

<b>CURSO</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>TOTAL ALUNOS</b>
PSICOLOGIA	UFSM	25,655
PSICOLOGIA	UFRGS	29,190
PSICOLOGIA	UFCSPA	13,359

<sup>30</sup> Universidade Federal da Bahia

<sup>31</sup> Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

<sup>32</sup> Universidade Federal do Ceará

<sup>33</sup> Universidade Federal do Maranhão

<sup>34</sup> Universidade Federal de Campina Grande

<sup>35</sup> Universidade Federal da Paraíba

<sup>36</sup> Universidade Federal do Vale do São Francisco

<sup>37</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte

<sup>38</sup> Universidade Federal de Pernambuco

<sup>39</sup> Universidade Federal de Alagoas

<sup>40</sup> Universidade Federal do Piauí

<sup>41</sup> Universidade de Brasília

<b>PSICOLOGIA</b>	<b>UFSC</b>	<b>46,225</b>
<b>PSICOLOGIA</b>	<b>UFF</b>	<b>49,128</b>
PSICOLOGIA	UFES	20,000
PSICOLOGIA	UFJF	18,868
PSICOLOGIA	UFMG	48,949
PSICOLOGIA	UFSJ	3,800
PSICOLOGIA	UFU	26,656
PSICOLOGIA	UFSCAR	26,935
PSICOLOGIA	UNIFESP	13,359
MEDICINA	UFSCAR	26,935
MEDICINA	UNIFESP	13,359
MEDICINA	UFV	19,185
MEDICINA	UFVJM	10,000
MEDICINA	UNIFAL - MG	6,533
<b>MEDICINA</b>	<b>UFMG</b>	<b>48,949</b>
MEDICINA	UFSJ	3,800
MEDICINA	UFES	20,000
MEDICINA	UFMT	21,301
MEDICINA	UFG	20,289
<b>MEDICINA</b>	<b>UFMS</b>	<b>24,800</b>
MEDICINA	UNIR	10,757
<b>MEDICINA</b>	<b>UFT</b>	<b>18,000</b>
PSICOLOGIA	UFBA	39,795
PSICOLOGIA	UFRB	12,000
<b>PSICOLOGIA</b>	<b>UFC</b>	<b>42,443</b>
PSICOLOGIA	UFMA	5,512
PSICOLOGIA	UFCG	20,427
PSICOLOGIA	UFPB	39,283
PSICOLOGIA	UNIVASF	8,111
PSICOLOGIA	UFRN	33,374
<b>MEDICINA</b>	<b>UFC</b>	<b>42,443</b>
MEDICINA	UFPE	40,383
MEDICINA	UFPB	39,283
MEDICINA	UFAL	26,000
MEDICINA	UFRN	33,374
MEDICINA	UFPI	20,000

Fonte: elaborada pela autora

A Tabela 3 apresenta os dados das Universidades Federais escolhidas para a análise do Projeto Pedagógico do curso. No total, foram selecionadas 6 instituições federais com curso de Psicologia e 6 com curso de Medicina.

**Tabela 3** – Universidades selecionadas para análise dos PPC's

<b>REGIÃO</b>	<b>PSICOLOGIA</b>	<b>MEDICINA</b>
SUL	Universidade Federal de Santa Catarina	Universidade Federal do Paraná
SUDESTE	Universidade Federal Fluminense	Universidade Federal de Minas Gerais
CENTRO-OESTE	Universidade Federal de Goiás	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
NORTE	Universidade Federal do Acre	Universidade Federal do Tocantins
NORDESTE	Universidade Federal do Ceará	Universidade Federal do Ceará
DISTRITO FEDERAL	Universidade de Brasília	Universidade de Brasília

Fonte: elaborada pela autora

## 6.1 PROJETO PEDAGÓGICO DO CURSO

O Projeto Pedagógico do Curso (PPC), também denominado de Projeto Político Pedagógico (PPP), é o mais importante instrumento de gestão de um curso. É um documento que deve ser produzido por todos os cursos de graduação, de acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais de Curso de Graduação. Concentra a concepção de curso, seus fundamentos e dá sustentação a formação. Pode ser compreendido como uma descrição daquilo que o Curso pretende ofertar, a partir de determinada posição política-pedagógica, visando à formação de profissionais com determinado perfil (BRASIL, 2023).

Nesta tese, o principal objetivo da análise do Projeto Pedagógico do Curso concentrou-se sobre a investigação da existência – ou não - de disciplinas que abordassem o ensino de gênero nos cursos de graduação em Psicologia e Medicina das universidades federais do país. Para localizar o PPC de cada curso selecionado, foi necessário acessar o site institucional das universidades e, posteriormente, localizar o curso desejado. Foi possível encontrar o arquivo do PPC em todos os cursos selecionados.

A tabela 4 apresenta os dados encontrados, buscando identificar quais instituições de ensino possuíam disciplinas de gênero, além de especificar se as mesmas faziam parte do currículo obrigatório ou se apresentavam como disciplinas eletivas/opcionais.

**Tabela 4** – Análise dos PPC's

REGIÃO SUL	UNIVERSIDADE	ANO DO PPC	DISCIPLINA DE GÊNERO	QUAL?	OBRIGATÓRIA
PSICOLOGIA	UFSC	2018	SIM	PSI 7910 Gênero, corpos e sexualidade	SIM (9º semestre)
				ANT 7002 Relações de Gênero	Não
				PSI 7114 Psicologia e Relações de Gênero	Não
MEDICINA	UFPR	2019	NÃO	-	-



<b>REGIÃO SUDESTE</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>ANO DO PPC</b>	<b>POSSUI DISCIPLINA DE GÊNERO</b>	<b>QUAL?</b>	<b>OBRIGATÓRIA</b>
PSICOLOGIA	UFF	2017	SIM	Estudos em Gênero e Trabalho	OPTATIVA
MEDICINA	UFMG	2015	NÃO	-	-

<b>REGIÃO CENTRO-OESTE</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>ANO DO PPC</b>	<b>DISCIPLINA DE GÊNERO</b>	<b>QUAL?</b>	<b>OBRIGATÓRIA</b>
PSICOLOGIA	UFG	2014	NÃO	-	-
MEDICINA	UFMS	2022	NÃO	-	-

<b>REGIÃO NORTE</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>ANO DO PPC</b>	<b>DISCIPLINA DE GÊNERO</b>	<b>QUAL?</b>	<b>OBRIGATÓRIA</b>
PSICOLOGIA	UFAC	2021	NÃO	-	-
MEDICINA	UFT	2008	NÃO	-	-

<b>REGIÃO NORDESTE</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>ANO DO PPC</b>	<b>DISCIPLINA DE GÊNERO</b>	<b>QUAL?</b>	<b>OBRIGATÓRIA</b>
PSICOLOGIA	UFC	2005	NÃO	-	-
MEDICINA	UFC	2018	NÃO	-	-

<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>UNIVERSIDADE</b>	<b>ANO DO PPC</b>	<b>DISCIPLINA DE GÊNERO</b>	<b>QUAL?</b>	<b>OBRIGATÓRIA</b>
PSICOLOGIA	UNB	2012	SIM	126250 – Psicologia do Gênero 195189 – Gênero e Educação 135291 – Antropologia do Gênero	Área de concentração (OPTATIVA) Domínio Conexo (OPTATIVA) Domínio Conexo (OPTATIVA)
MEDICINA	UNB	2021	NÃO	-	-

Fonte: elaborado pela autora

## 6.2 DISCUTINDO OS ACHADOS

Investigar o ensino de gênero em uma perspectiva crítica nos cursos de graduação de profissionais que atuam na linha de frente dos cuidados em saúde, incluindo aqui a saúde mental, torna-se importante para compreender a relação que se estabelece entre gênero e diagnóstico. Pensar a formação do profissional não diz respeito apenas a investigação sobre a existência, ou não, de um conhecimento teórico sobre o conceito de

gênero. Mas, também, evidencia que a relação profissional-paciente engloba os mais diferentes aspectos políticos, econômicos, históricos e sociais, sendo que receber um diagnóstico pode ser, antes de tudo, uma forma de maquiar as opressões de gênero a que tantas mulheres seguem sendo submetidas.

Nesse sentido, quando defendemos a ideia de um ensino de gênero na perspectiva crítica, temos o intuito de analisar como o gênero aparece nos cursos de graduação em Psicologia e Medicina das universidades federais do Brasil através dos seguintes questionamentos: as disciplinas de gênero seguem apresentando-se através da biologização do corpo, da farmacologia e da naturalização das condições de saúde mental? Segue-se adotando uma postura gendrada no momento em que se fala de gênero? Ou seja, gênero segue sendo reduzido a análise das diferenças entre os corpos, cérebros e hormônios de mulheres e homens? Ou há espaço para discussões críticas sobre a relação entre gênero e saúde mental, pautadas, por exemplo, sobre os estudos feministas e sobre os pressupostos das grandes organizações de saúde, como a OMS e a OPAS, que já discutem a relação entre gênero e adoecimento mental?

Ao analisar os dados coletados para a construção desta tese de doutorado, pode-se observar, dentro dos cursos de graduação em Psicologia, que somente três universidades federais englobavam disciplinas que abordavam a temática de gênero: Na região sul do país, a Universidade Federal de Santa Catarina possibilitava que o aluno do curso de graduação em Psicologia cursasse (1)Gênero, Corpos e Sexualidade, (2)Relações de Gênero ou (3)Psicologia e Relações de Gênero. Entretanto, somente a primeira disciplina citada era obrigatória, as demais se enquadravam como eletivas ou optativas, ou seja, somente seriam cursadas caso o/a aluno(a) demonstrasse interesse.

Na região sudeste, a Universidade Federal Fluminense oferecia aos alunos de Psicologia a disciplina (1)Estudos em Gênero e Trabalho. Ela estava classificada como disciplina optativa.

Nas regiões Centro-Oeste, Norte e Nordeste, não houve instituições de ensino federais que disponibilizassem disciplinas com a temática de gênero nos cursos de graduação em Psicologia.

Por fim, considerando o Distrito Federal, observou-se que a Universidade de Brasília oferecia as seguintes opções aos graduandos em Psicologia: (1)Psicologia do Gênero, (2)Gênero e Educação, (3)Antropologia do Gênero. Todas as disciplinas se apresentavam como optativas e/ou eletivas.

Agora, analisando os dados coletados nos cursos de graduação em medicina, foi possível observar que nenhuma instituição de ensino federal selecionada para este estudo disponibilizou disciplinas que discutissem a temática de gênero.

A partir destes dados, acreditamos que a abertura de espaços de discussão acerca da formação e ensino de gênero, em uma perspectiva crítica, para profissionais da área da saúde responsáveis por diagnósticos, e conseqüentemente por dados epidemiológicos sobre os quais políticas públicas se organizam, se faz urgente. Ressaltamos que o objetivo deste trabalho nunca será questionar a real existência de fatores e condições biológicas na manifestação dos transtornos mentais. Entretanto, esta modalidade de pesquisa luta pela inclusão de uma interface entre mente, cérebro, corpo, cultura, história, política e gênero. Porém, para que isso seja possível, precisamos seguir nos questionando: como um campo de discussão pode ser expandido se ele praticamente ainda não existe na formação inicial de um profissional?

Se gênero, em uma perspectiva crítica, fosse um tema com espaço de discussão maior nos cursos de graduação dos profissionais da saúde, nossos dados epidemiológicos em saúde mental seguiriam sendo os mesmos? Mesmo sabendo que um curso de graduação, na grande maioria das universidades, busca promover uma formação generalista do profissional, como é possível esperar que o mesmo adquira conhecimento sobre a relevância do gênero em sua futura trajetória profissional se o tema não for discutido, de forma crítica, ao longo da formação? Da mesma forma, caso este conhecimento não possa ser alcançado ao longo do exercício da sua profissão, como se espera que políticas públicas de cuidado para as mulheres sejam formuladas e considerem, verdadeiramente, suas necessidades?

Estes questionamentos norteiam nossos estudos nesta sessão e, por mais que tenhamos clareza de que suas análises não poderão ser esgotadas neste trabalho, reforçamos a urgência e a necessidade da difusão das discussões desta temática, incentivando que futuros trabalhos também possam vir a ser desenvolvidos, atenuando assim as lacunas que ainda temos nesse campo de estudo.

Sabe-se que o profissional da área da saúde é ensinado a realizar diagnósticos, especialmente os da área médica. Dalgarrondo (2000) refere que o critério diagnóstico amplamente utilizado nos últimos anos, pelos manuais como CID<sup>42</sup> e DSM<sup>43</sup>, está pautado sobre pressupostos epistemológicos baseados na existência de síndromes. Dessa forma, o

---

<sup>42</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde

<sup>43</sup> Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

profissional estuda a semiologia dos transtornos, ou seja, estuda os sinais e sintomas de uma doença, buscando identificar alterações físicas e mentais. É dessa maneira que ele passa a entender o sintoma como algo que aparece através da queixa do paciente e o sinal como um aspecto mais objetivo, mais visível, ambos sendo investigados para chegar a um diagnóstico.

É exatamente na investigação de sintomas e sinais que Zanello (2014) nos mostra o quanto o gênero se faz presente. Para a autora, se o sujeito se constitui através das relações de gênero, como seria possível desconsiderar a participação de valores, estereótipos, concepções e ideais no momento em que ele relata um sintoma? E da mesma forma, como desconsiderar estes aspectos no momento em que sua queixa é avaliada e classificada pelo profissional da saúde? Entende-se assim que, ao introduzir a perspectiva de gênero no campo da saúde mental, abre-se a possibilidade para discussão do porquê, ainda hoje, a tolerância a comportamentos agressivos segue sendo diferente para homens e mulheres, ou até mesmo porque a vivência da sexualidade de ambos é vista e interpretada de formas distintas, entre tantos outros exemplos que poderiam ser aqui citados. Através destas reflexões, Zanello (2014) nos mostra o quanto torna-se fundamental compreender que as relações de gênero não se expressam somente no que o próprio paciente relata como um sintoma, mas, sim, e com implicações bastante delicadas, estão refletidas também no que o próprio profissional entende e pensa sobre o significado de ser mulher ou homem na atualidade, afinal, além da semiologia, a concepção de gênero faz parte da pirâmide que constrói um diagnóstico. Então, por que ainda estamos falando e ensinando tão pouco sobre isso no momento da formação de um profissional?

Quando pensamos na construção de currículos para a formação de profissionais no ensino superior, torna-se importante discutir, como fazem Gesser e Ranghetti (2011), os desafios que o mundo atual nos apresenta, especialmente no que diz respeito a responsabilidade de formar profissionais que estejam capacitados para gerenciar o grande fluxo de mudanças que vem acontecendo. Para as autoras, a sociedade vem apresentando mudanças sistemáticas e, com elas, o currículo acaba por tomar novos rumos, sendo que sua função de se apresentar como norteador das práticas de formação acaba, muitas vezes, sofrendo com a falta de novos princípios organizadores. Apesar dessa constatação, a estrutura que sustenta a prática de formação ainda se pauta sobre princípios considerados tradicionais, o que acaba por construir um desequilíbrio entre discurso, prática e as mais diferentes demandas que existem no âmbito da formação humana e profissional.

A expansão da educação em nível superior já é uma realidade em países economicamente desenvolvidos, como aponta um relatório da Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD). Entretanto, este cenário acaba por refletir tanto um investimento em políticas de desenvolvimento científico e econômico, quanto a demanda de setores produtivos e os próprios interesses econômicos que agem sobre a quantidade e a qualidade dos cursos de ensino superior disponíveis (GLASS, 2014). Para Giroux (2003, p. 143)

Há uma tendência histórica na educação para moldar os currículos da educação superior, com base em princípios corporativos e mercadológicos, que além de reorientar os propósitos desse nível de formação, pode restringir o escopo de aprendizagens a serem trabalhadas, bem como o senso de responsabilidade e engajamento social que devem guiar a formação dos estudantes.

Percebe-se assim que a definição da palavra currículo não costuma basear-se em um consenso. Segundo Apple (1994), é importante nos atentarmos para o fato de que o currículo será um produto do seu tempo, ou seja, não retratará apenas um conjunto neutro de conhecimentos, sendo, para além disso, o resultado da visão de algum grupo acerca do que poderia ser chamado de conhecimento legítimo. Dessa forma, não há como negar que ele também se colocará dentro de um campo de disputas, de tensões, conflitos, concessões culturais, políticas e econômicas que permeiam a construção e desconstrução de um povo.

Pensar a (re)construção de currículos que busquem o desenvolvimento do pensamento crítico e o reconhecimento de que as escolhas profissionais e pessoais são sempre carregadas de valores, se coloca como uma opção urgente e necessária dentro da formação de profissionais de nível superior, afinal, “a proposição de currículos para a formação de profissionais, hoje, mais do que nunca, carece de vínculos com a vivência, a experiência, a história e a historicidade do conhecimento que a humanidade produziu.” (GESSER; RANGHETI, 2011).

Entende-se que, apesar do aumento de discussões acerca da construção de currículos universitários nas últimas décadas, o que se vê ainda hoje, em muitos casos, é a presença de uma prática curricular formada a partir de um paradigma epistemológico positivista, ou seja, ainda se percebe a presença de um saber que é dado como pronto, organizado através de disciplinas e que tem como principal forma de transmissão o conteúdo verbal através da figura do(a) professor(a). Torna-se importante realizar uma reflexão sobre este modelo a partir da compreensão de que vivemos no que se chama hoje de tempos pós-modernos, abrindo espaço para a criação de modelos e práticas que busquem construir novos saberes a partir dos mais diferentes contextos históricos, sociais

e culturais (CUNHA, 2005). Seguindo esta mesma linha de discussão, Gesser e Ranghetti (2011, p, 18) nos conduzem para a seguinte reflexão:

Falar em currículo, na atualidade, é falar de subjetividades, identidades, escolhas, textos, contextos, etc. Portanto, é falar em processo de constituição, tanto do conhecimento quanto do ser. Por que persistir na divisão, na linearidade e na fragmentação, se no próprio mundo as fronteiras não são mais tão rígidas, apesar da singularidade e da especificidade de cada continente, país, estado? Por que insistir em regimes de verdades absolutas se na realidade o mundo se constitui por singularidades, diversidades e por incertezas? Por que fechar se a abertura é inevitável?

A partir disso, através dos nossos estudos, seguimos buscando aumentar os espaços de discussão sobre a inserção de disciplinas que abordem a temática de gênero, em uma perspectiva crítica, nos cursos de formação de nível superior, especialmente aqueles voltados a construção de um diagnóstico de saúde mental, como Psicologia, Medicina e Psiquiatria. Entende-se como de extrema relevância a introdução desta temática de discussão, afinal como apontam diversos autores, é urgente que as instituições de ensino compreendam a importância de construir um caminho conjunto no que diz respeito a formação técnica e a formação de valores e princípios humanos, ou seja, possibilitem ao estudante trilhar um caminho de formação e, posteriormente, de atuação profissional, que não seja alheio às demandas atuais da sociedade.

Gênero e saúde mental mantém, sem dúvida, uma interlocução, ainda mais quando pensamos no adoecimento mental de mulheres. Basta ver os índices epidemiológicos apresentados em nosso país e no mundo, além das discussões que vem sendo realizadas pelas grandes organizações de saúde, como a própria OMS. Nesse sentido, porque ainda estamos tensionando - de forma tão lenta - a temática do gênero dentro da formação inicial dos profissionais da Psicologia e da Medicina nas instituições federais de ensino superior do nosso país? A serviço do quê (e de/para quem) o gênero, dentro de sua perspectiva de discussão crítica, segue sendo silenciado na formação destes profissionais da saúde?

## 7 DADOS DA PESQUISA: GÊNERO E MULHEREM EM SOLANUM

Nesta sessão serão apresentados os novos tópicos de discussão identificados a partir da análise das entrevistas realizadas ao longo da dissertação de mestrado com 17 mulheres, assim autodeclaradas, moradoras de Solanum, que receberam diagnósticos de saúde mental.

O objetivo destas discussões está pautado sobre a articulação entre as implicações do gênero frente a vivência e a construção de um diagnóstico de saúde mental na comunidade.

### 7.1 QUANDO O AMOR ADOECE

Os discursos sobre o amor são culturalmente construídos e, da mesma forma, intencionalmente vendidos, especialmente quando pensamos no público feminino. Esta ideia defendida por Zanello (2018) nos ensina que, dentro das mais diversas tecnologias de gênero, como, por exemplo, nos filmes, nas revistas e em anúncios de produtos que estão à venda no mercado, existe uma ideia central quando se pensa em produtos direcionados para às mulheres: o discurso rei é aquele que propaga – e constrói, ao mesmo tempo – que o mais importante na vida de uma mulher é encontrar um homem. E quando isso acontecer, este deve ser o centro organizador de todo o seu mundo. Sandra viveu 19 anos assim.

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 (grifos da pesquisadora).

Em relação a instituição casamento, sabe-se que historicamente o mesmo só se tornou um sacramento religioso no século XII, tendo como principal finalidade um processo de expansão política por parte da Igreja Católica. Nesse sentido, quando o casamento passou a ser um sacramento, ficava claro que encerrá-lo se tornaria um grande pecado (ZANELLO, 2018). Muitas entrevistadas trouxeram relatos em que afirmaram ter permanecido casadas por muitos anos, mesmo vivendo em uma relação permeada pelo sofrimento.

Virgínia: 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 aguntei isso 14 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 (Grifos da pesquisadora).

Sandra: 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 construímos 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 13 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. 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 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 19 de janeiro, daí eu saí de casa, não dia 15 de janeiro. E daí do dia 15 de janeiro até o dia 19 de fevereiro ele ficou sozinho na casa. Daí ele botou fogo na casa. (silêncio). Ele queimou a casa e queimou dentro também (silêncio). (Sandra, casada por 19 anos, grifos da pesquisadora).

Ainda considerando marcos históricos importantes, a monogamia passou a ser entendida como o pilar fundamental de uma união, tendo sido determinada através do Concílio de Latrão, no século XIII. Ademais, começou-se a exercer também um controle sobre a sexualidade e os prazeres, construindo-se o discurso de que o bom casamento deveria ser aquele voltado somente para a criação dos filhos e formação da família. Foi também mais ou menos na mesma época, que o Estado passou a demonstrar interesse pelo controle da natalidade, fruto do desenvolvimento industrial e da necessidade de expansão da mão de obra. Estes aspectos históricos tornam-se importantes para que possamos compreender que somente no século XX passou-se a se propagar a ideia de casamento por amor e do exercício da sexualidade como um dos caminhos possíveis para a felicidade conjugal. Para Zanello (2018, p. 81): “o amor, tal como conhecemos na atualidade é, portanto, histórica e socialmente construído, privilegiando processos específicos de configuração afetiva”.

Nesse sentido, torna-se importante entender que os discursos construídos através da propagação das tecnologias de gênero costumam ensinar às mulheres que estas devem ser gratas por terem encontrado o amor de um homem. E, para além disso, também reforçam algumas atitudes e comportamentos que as mesmas devem adotar para conquistar seu parceiro, entre elas, a afirmação de que o silêncio é algo desejável e muito



bem visto. Entretanto, Zanello (2018) aponta que, dentro do campo da saúde mental, é possível perceber que o sofrimento e o adoecimento psíquico de muitas mulheres começa exatamente aí, no silêncio, como se este fosse o preço “a se pagar para manter um relacionamento heterossexual” (p. 49). Para aquelas que não silenciam, restariam apenas os títulos pejorativos de reclamonas ou chatas. Sandra retrata muito bem o que é viver em silêncio:

Pesquisadora: O que ele dizia pra ti quando vocês brigavam?

Sandra: Vocês? Eu não brigava, ele que chegava em casa, ele vinha do bar já cheio, sabe? E daí ele chegava em casa, daí ele começava. Daí eu botava comida na mesa, daí ele jogava comida fora, **eu não falava nada, ficava tudo pra mim, eu mal consegui falar, sabe, eu guardava as coisas pra mim.** Daí eu tinha que trabalhar todo dia, vai trabalhar todo dia sem dormir, no fim eu não aguentei mais. Eu pensei: meu Deus, um dia de meio-dia eu cheguei em casa, eu chorei tanto, eu botei a mão na cabeça e eu disse: Deus, olha uma vez por essa casa, faz uma coisa, eu não aguento mais! Porque era uma situação que era inexplicável. Porque era todo dia, toda noite, sempre a mesma coisa (grifos da pesquisadora).

Da mesma forma, no campo do amor acontece a caracterização da mulher: estereótipos envolvendo percepções de devoção, amabilidade, amorosidade e docilidade são propagados por séculos para definir o que há de ter uma boa mulher. É nesse sentido que Zanello (2018) afirma que o dispositivo amoroso se apresenta como um caminho de subjetivação para as mulheres, uma vez que estas se constroem a partir do olhar de um homem que as eleja. “Isto é, o amor, ser escolhida por um homem, é fator identitário para elas”. (p. 83). Por isso que em nossa cultura pode-se dizer, segundo a autora, que os homens aprendem a amar muitas coisas, enquanto as mulheres aprendem a amar, sobretudo, aos homens. Virgínia emoldura o retrato desta situação.

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, 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. 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 e comia tudo que era coisa errada. E daí ele simplesmente ganhava convulsão, a glicose dele baixava demais, daí eu ficava ainda no hospital quase o domingo inteiro com ele. Daí eu aguentei isso 14 anos e quando eu dizia pra ele né, pra ele parar, pra ele se cuidar mais, porque o diabético pode ter uma vida normal, mas 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: 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. (grifos da pesquisadora).

Também torna-se importante destacar que o investimento afetivo dentro de uma relação heterossexual e, conseqüentemente, na busca pela sua manutenção, nunca é o mesmo para mulheres e homens, tornando-se assim gendrado (ZANELLO, 2018). Para a autora, além de estarmos continuamente nos subjetivando através do gênero, também acabamos por repassar, através de nossas performances, tecnologias de gênero para outras mulheres e homens.

Nesse sentido, Zanello (2018) traz como exemplo o relato de mulheres que transformaram homens “comuns” em príncipes encantados, a fim de justificar sua escolha por um relacionamento. Esta situação pode estar ligada ao fato de que uma mulher que é vista sozinha pode repassar a ideia subliminar de que não foi escolhida, portanto, deve ter algum defeito e dessa forma continuará encalhada na prateleira do amor. Assim, para algumas mulheres, mais vale manter-se em relacionamentos frágeis do que ter de arcar com o peso de ser vista sozinha. Entretanto, acabamos esquecendo que a mulher também pode ter protagonismo em sua escolha de ser e estar solteira.

Muitas mulheres suportam melhor o desamor do que o não ter alguém. E adoecem. Não pelo amor, como uma entidade metafísica, mas por um modo de entender e viver o amor como questão identitária. Em muitos casos, a mediação do casamento se dá pelo ideal que ela gostaria que seu parceiro fosse (casa-se com a esperança de que ele venha a ser), mais do que o homem real ali presente. Várias tecnologias de gênero participam na criação, recriação e manutenção da crença de que é possível transformar mesmo uma besta em um príncipe encantado, dependendo apenas do amor, da dedicação e da paciência da mulher. Em outras palavras, caso isso não aconteça, é bem possível que tenha havido uma suposta “falha” na própria mulher. (ZANELLO, 2018, p. 96).

Esta experiência também pode ser retratada através dos relatos de Janete.

Janete: É que eu sempre tô sozinha com ele, eu tenho que ser pai e mãe pra ele. Porque o meu marido sempre viaja. Agora já faz, era mês 07 quando ele saiu, e até agora ele não voltou sabe (estávamos no mês 12). E eu também não queria isso sabe, que ele fizesse esse trabalho. Eu sofri muito. E agora o Leonardo começou a trabalhar, porque o meu marido não ajuda nada. **Às vezes eu até penso em me separar, mas eu tenho medo que o Leonardo não me obedece**, porque ele é muito querido comigo. Ele ajuda no serviço em casa, só que o único problema dele é que ele não gosta de estudar. Isso que é o problema sabe, eu queria que ele estudasse, pelo menos terminasse aqui. Mas não adianta. Eu já falei tanta coisa, tudo que eu tinha que falar pra ele eu falei, mas ele não quer estudar.

Pesquisadora: E tu também me disse Janete, que teu marido, ele começou a trabalhar como caminhoneiro né? Desde quando isso?

Janete: Isso já faz 8 ou 9 anos. Ele vai por tudo, agora eu nem sei aonde é que ele tá. **Porque ele fala com o Leonardo assim mas, isso me dói porque ele não dá valor pra ele, ele não dá valor pro Leonardo, nem pra mim.** Se ele pensasse em mim e no Leonardo ele ia voltar pra casa já,

né? Ele não ia ficar tanto tempo. Daí eu evito conversar com ele porque ele, eles são muito difícil sabe? Ele e a família dele.

Pesquisadora: Daí geralmente ele fica 2, 3 meses fora?

Janete: Ele sempre ficava 14 dias fora. Agora quando ele tava ficando 14 dias fora ele trabalhava ali pro Otávio. Agora ele tá trabalhando pro ex-prefeito de Rui Barbosa, ele trabalha. Só que daí ele, ele ficou uma vez doente lá no Pará. Ele não avisou pra mim e pro Leonardo, ele avisou pras irmãs dele. **Eu acho que ele não, não, como é que eu vou dizer, ele não, ele não sabe que ele tem uma família, sabe?** Eu acho (silêncio).

Pesquisadora: E vocês estão casados há quanto tempo?

Janete: Nós tamo juntos há 18 anos. (grifos da pesquisadora).

Por fim, percebe-se que investigar e compreender o conceito que Zanello (2018) chamou de dispositivo amoroso acaba por possibilitar a análise de outras tecnologias de gênero que atuam dentro de espaços de tempo históricos e políticos, como, por exemplo, o dispositivo da maternidade. Ao buscar compreender como se construíram estes discursos e se constituíram estes dispositivos em Solanum, comunidade aqui estudada, pode-se cada vez mais questionar de forma consistente o que, infelizmente, muitos ainda insistem em atrelar ao instinto feminino, como as práticas do cuidar, esquecendo-se que as mesmas interferem diretamente na vida pessoal e profissional de uma mulher.

## 7.2 TRABALHO E CUIDADO COMO CAMPO DE RECONHECIMENTO

Discursos que propagam e defendem a ideia de que às mulheres apresentam maiores habilidades no exercício dos cuidados da família, pois possuem uma tendência de comportamento mais afetivo, sensível e amoroso, configuram-se como tecnologias de gênero.

Buscando investigar e compreender a construção histórica deste modelo de discurso, Rohden (2010) analisou pesquisas que depositavam sobre a estrutura do cérebro uma justificativa para as diferenças entre os papéis atribuídos a homens e mulheres. Em um dos trabalhos analisados, uma tese de 1839 intitulada “A puberdade da mulher”, Rohden (2010) refere que o autor buscou descrever 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 inata ao seu organismo, tendo os sentidos mais delicados e as sensações mais vivas, estando naturalmente propensa a expressões nervosas. Nesse sentido, a mulher passava a ser vista como alguém facilmente impressionável e instável, deixando de estar apta para o trabalho

no mundo dos negócios, afinal sua capacidade de inteligência e resolução de problemas poderia ser afetada pela sua instabilidade emocional. Dessa forma, naturalmente a mulher estaria 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).

Investigando pesquisas mais contemporâneas, Rohden (2010) demonstra que, apesar das diferenças nos processos metodológicos de investigação, ainda pode-se perceber a manutenção da busca científica pela diferença entre homens e mulheres. Porém, agora as pesquisas acabam tendo como campo de investigação os hormônios e sua ação sobre o cérebro. Dessa maneira, a autora sugere que provavelmente estamos vivenciando apenas “uma nova remodelagem da reafirmação do dualismo de gênero, agora repaginado com as cores da neurociência.” (p. 432).

A partir destes achados, 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 os 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 (BOEFF; CAMARGO, 2019).

Adotando esta perspectiva, torna-se importante compreender que mulheres costumam viver em uma encruzilhada quando estão frente a frente com seus projetos profissionais *versus* sua vida amorosa e familiar. É como se uma escolha indicasse, conseqüentemente, a exclusão da outra possibilidade. “Quase sempre elas devem escolher centrar-se em seu projeto de vida e abrir mão de marido e filhos, ou abdicar de sua paixão, tolher-se para caber nas performances esperadas de esposa, dona de casa, mulher “normal”. (ZANELLO, 2018, p. 118). Júlia nos traz um exemplo da situação.

E daí eu decidi que eu ia fazer o meu emprego de inspetora veterinária, não era de enfermeira que eu tava, frustrada né, que eu fiz a faculdade e não tava nem como enfermeira... E eu era muito, como vou dizer, a antiga família que eu tinha, o pai da Carol, quando eu me formei e queria trabalhar e eu tinha referência pra trabalhar no São Francisco, no Cardeal né, **e eles diziam pra mim, me desmotivavam: ah, não vale a pena**, o que tu vai pagar de transporte, filha pequena e eu ficava na minha, então ficou... (grifos da pesquisadora).

Enquanto às mulheres se vêm frente a esta encruzilhada, para os homens, em geral, há uma sinergia no momento da escolha. Todo este processo é criado e alimentado tanto pelo dispositivo amoroso quanto pelo dispositivo materno, os quais educam às mulheres para o cuidado e, da mesma forma, criam um campo de novas possibilidades para os homens (ZANELLO, 2018).

O dispositivo materno é parte fundamental da experiência de ser mulher em nossa cultura, independente da mesma ter sido ou não mãe. Existe aqui uma junção entre a visão naturalizada sobre o ato de gerar filhos *versus* a capacidade de exercer o papel de mãe e mulher, incorporando certas características sociais atreladas ao feminino, como o cuidar, a docilidade, a feminilidade, o estar disponível para os outros e, sem dúvida, o maternar. Dessa forma, “mais do que uma habilidade “natural”, a maternagem possui especificidades históricas e sociais, sendo possível traçar/construir uma história sobre ela”. (ZANELLO, 2018, p. 127).

Em Solanum, a normalização (e a desvalorização) do cuidado como algo do feminino já estava presente na vida das mulheres desde muito cedo.

Sandra: Depois eu comecei a trabalhar, com 11 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 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 12 anos, aí eu comecei e fui trabalhando. Daí quando esse nenê tava perto de nascer, 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 (do irmão), e a mãe tava 8 meses grávida quando isso aconteceu. Aí depois de um mês nasceu o outro nenê, o último, que era o Pedro, 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 21 anos, aí eu casei, e eu casei no dia primeiro de abril, aí no dia 05 eu recebi o pagamento e eu dei pra minha mãe pagar as contas.

Pesquisadora: Então tu trabalhou dos 11 aos 21 e sempre dava o dinheiro pra tua mãe?

Sandra: Tudo, tudo, tudo, tudo! 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.** (Grifos da pesquisadora).

Virgínia: 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 crescendo, **a gente tinha responsabilidade de cuidar a mãe e os menores ainda.** Depois com 22 anos eu saí de casa, daí o pai faleceu, tinha câncer, sofreu bastante também. E daí eu saí de casa, porque a mãe tava recebendo a pensão do pai pra ela viver, só que quando o pai morreu tinha três irmãos meus ainda pequenos, um tinha 4, outro tinha 6, outro tinha 8, quando o pai faleceu, né? E daí no começo assim, a gente tinha que ajudar a mãe a sustentar os pequenos ainda. Daí eu já morei um tempo fora de casa e ainda dava o meu dinheiro pra mãe viver. (Grifos da pesquisadora).

Quando pensamos no âmbito público e privado do trabalho, torna-se importante destacar como ocorreu a construção e a quem se destinou cada um destes espaços. Para os homens, o trabalho em âmbito público foi se constituindo como um espaço de criação de suas identidades, muito vinculado a uma ideia de contrato social e igualdade. Enquanto para as mulheres, restou o aspecto privado do trabalho, afinal, este ainda mantinha ligação com a natureza, sendo definido como essencialmente feminino devido a capacidade de procriação. Pode-se dizer que houve uma divisão sexual a partir do próprio casamento, fazendo com que as mulheres, além de tornarem-se submissas aos maridos, também acabassem por ocupar um papel de reconhecimento social, afinal, foram escolhidas por um homem para se casar. Por fim, o objetivo maior deste contrato culminava na própria maternidade (PATEMAN, 1993). Como complemento, Zanello (2018, p. 130) afirma que:

“É por meio dos valores que se firmaram nessa transição que se pode compreender a configuração do dispositivo materno. Assim, se, de um lado, solicitava-se às mulheres um trabalho cada vez maior de autoabnegação, por outro, construía-lhes um lugar, de certa forma, “empoderado”, ainda que, é necessário destacar, um empoderamento colonizado”.

Entretanto, um ponto negligenciado diz respeito a valorização e reconhecimento destes cuidados exercidos pela mulher como trabalho. Se o cuidado é tomado como natural, será esperado que as mulheres funcionem dentro desta mesma lógica. Porém, realizar efetivamente esta função exige um conhecimento, ou seja, deveria ser visto como trabalho. No entanto, como diz Zanello (2018, p. 154) recebeu “uma capa afetiva, para transformar em espontaneidade o que é fruto de um processo gendrado de subjetivação, ao qual a cultura presta sua grande contribuição.”

Virgínia traz em seu relato o sofrimento por não poder mais exercer o trabalho dentro de sua casa. Entretanto, este sofrimento não envolve somente suas limitações físicas, mas, sobretudo, a incapacidade de exercer uma função que ela entende como sendo naturalmente e unicamente sua.

Tem muita coisa que eu não consigo mais fazer. Que nem por causa das dores crônicas que eu tenho, da fibromialgia, meu serviço de casa sabe, eu fazia tudo, **eu trabalhava fora, não tinha o serviço que eu não fazia, tudo sabe, era cortar grama, era limpar a casa, era fazer comida**, só que hoje eu tenho minhas limitações, eu não consigo mais fazer tudo que eu fazia. E daí eu via as coisas assim, sem fazer, sabe, as coisas tavam ali pra fazer e eu não conseguia. **Aquilo me deixava muito mal, sabe, eu me sentia muitas vezes uma inútil, um estorvo. Porque tu tem tempo, tu tá ali, e tem que pagar alguém pra fazer tuas coisas, sabe.** (grifos da pesquisadora).

Entende-se, a partir da análise das falas das entrevistadas, que a relação que se estabelecia entre mulheres, trabalho e cuidado na comunidade, contribuía significativamente para o processo de adoecimento mental das mesmas, envolvendo aqui questões de gênero importantes, especialmente quando percebe-se uma naturalização do processo do cuidar, quase como se este fosse inerente ao mundo do feminino. As mulheres de Solanum cuidavam de todos: da família, dos pais, dos filhos, dos companheiros, dos amigos. Mas, e elas? Quem lhes ensinava sobre a possibilidade de cuidarem de si mesmas? Ou, além disso, quem lhes oferecia cuidados quando eram elas que precisavam?

### 7.3 O NERVOSO DO MEU CORPO

Carmen: Eu sentia tontura e, que nem eu disse, tontura, choro, eu desmaiava, eu passava muito mal. Daí as pessoas falavam que **eu tinha problema de nervos** e daí eu peguei e fui numa neuro, me tratei com a neuro, só que não, não era aquilo sabe, eu não melhorava em cima dos remédios, de tudo né. (grifos da pesquisadora).

O relato de Carmen poderia ser o de tantas outras mulheres que se deparam com algum diagnóstico em saúde mental. O corpo fala muito antes da busca por auxílio profissional começar a acontecer. Mas, mulheres sendo mulheres, parecem ter de provar que o sofrimento existe, caso contrário, podem vir a ser tachadas de choronas, preguiçosas, mal-humoradas, entre tantos outros adjetivos com conotação pejorativa e que seguem sendo o retrato do preconceito para aquelas que vivem com transtornos mentais. Virgínia, através do seu relato, nos mostra a dimensão do sofrimento frente ao julgamento.

É que muita gente já falou, tipo: **ela não tem nada, sabe, a depressão é sem ter o que fazer, não se ocupa**. E eu vejo que não é. Porque eu dava muita bola pra isso né, mas hoje eu sei que não é, 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, hoje eu vejo a depressão como uma doença. E eu, do jeito que eu tava, eu acho que é uma doença bem grave, porque se tu não tem ajuda, ou tu morre, ou tu te mata, porque eu pensei várias vezes em me matar. (grifos da pesquisadora).

Silveira (2000), em sua pesquisa sobre o sofrimento de *nervos* entre mulheres em uma comunidade de descendentes de açorianos em Florianópolis – SC, nos conta que relutou em iniciar seus estudos, afinal, se questionava o que poderia ser o tal do nervoso dentro do ponto de vista médico, mesmo tendo consciência de que este tipo de discurso era quase que diário em sua prática clínica. Após seus estudos iniciais, percebeu a

relevância da pesquisa quando se deu conta de que “de fato, havia uma discrepância, uma distância quase que infinita, entre o *sofrimento real dos nervos* e os sofrimentos legitimados nos livros e na prática médica, pela localização orgânica, pela disfunção bioquímica ou mecânica”. (p. 7, grifos da autora). Em Solanum, a equipe da Atenção Básica também percebia a presença do que denominavam de “agenda oculta.”

Médico da ESF: 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? (grifos da pesquisadora)

Para Silveira (2000), o termo *nervoso* era, na verdade, uma palavra que envolvia muito mais do que uma descrição de uma sensação ou de um sentimento vivido pelas mulheres. Ele englobava desde a experiência individual de cada uma delas com suas próprias questões de saúde mental, até mesmo o retrato da sociedade em que viviam, dos relacionamentos em que se encontravam, de suas condições financeiras e de tantas outras dificuldades da vida diária que poderiam manter ligações com as questões de gênero (SILVEIRA, 2000). Em Solanum, a descrição dos sintomas também perpassava a dimensão do nervoso, como podemos ver através dos relatos:

Virgínia: A gente não tinha ninguém que explicava também, né? Eu achava que depressão era aquilo e a minha mãe também, ela sempre era depressiva, só que como a gente era criança, a gente via isso: **ai, a mãe tá nervosa, né?** Mas a gente não sabia a gravidade da doença. (Grifos da pesquisadora).

Nádia: Eu sempre tava muito sentida porque eu não queria que essas coisas acontecessem, sabe? **Daí eu comecei a ficar nervosa, nervosa, nervosa, cada vez mais nervosa.** Daí eu não podia mais ver quase ninguém na minha frente sabe, assim eu comecei, assim me atacava os nervos, me atacava e foi indo, foi indo, foi indo. (Grifos da pesquisadora).

Verônica: **Só que o meu problema nem é tanto a depressão, é mais nervosismo, sabe? Eu sou muito nervosa,** eu não consigo controlar isso. 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 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. (Grifos da pesquisadora).

Torna-se importante compreender que, assim como já dizia Minayo (1991), as representações e práticas culturais também agem e determinam os processos de saúde e



doença. Ou seja, quando pensamos em definições de saúde e/ou doença, é fundamental compreender que estamos em um campo que envolve condições físicas e biológicas na mesma proporção que engloba relações sociais, discursos e práticas construídos historicamente, os quais modulam a individualidade do sujeito dentro delas inserido.

Dessa forma, para pensar as causas de uma doença é necessário estender o olhar também para a cultura e a sociedade de uma determinada comunidade, circunscrita por fatores históricos de tempo e espaço, entendendo assim que a experiência da doença tem um significado próprio para cada doente. Não deve-se ignorar as dimensões biológicas e físicas do processo de adoecer, entretanto, como diz Silveira (2000, p. 20), deve-se adotar:

O entendimento de que os homens nelas operam por meio de processos ideológicos baseados na experiência pessoal e grupal, em crenças, percepções, atitudes e práticas, histórica e socialmente dadas. Ou seja, no reconhecimento de que o que a pessoa sente é percebido, valorizado, manipulado de acordo com a sociedade da qual ela faz parte, como atesta a presença, na literatura antropológica e mesmo médica, de inúmeros exemplos de diferenças na tolerância à dor ou a certos sofrimentos, na satisfação de necessidades fisiológicas básicas, como a fome ou até mesmo a defecação.

Quando Silveira (2000) traz um relato de quem são as mulheres que sofrem dos *nervos* em sua pesquisa, percebe-se que estas são tidas em sua comunidade como àquelas que trabalham muito, são caprichosas e gostam de ajudar os outros. As próprias mulheres se autodeclaravam como bondosas e sempre dispostas a ajudar os demais, porém sem compreender, talvez, o quanto se sobrecarregavam ao ocupar esta posição, da mesma forma em que, muitas vezes, acabavam sentindo-se desvalorizadas e menosprezadas, gerando assim o aparecimento dos sintomas. Em Solanum o retrato se repetia e era grande fator de geração de crises.

Tina: Enquanto que tu tá vivendo isso é bem difícil assim, sabe? Porque até que tu começa a entender, tu começa aceitar e tu começa ir atrás de ajuda... Isso é bem difícil, esse período assim, sabe? Porque tu fica realmente muito mal, só quem passa pra saber, né? Tu te afasta de todo mundo, tu sente um negócio muito estranho, que eu nunca pensei que eu ia sentir na minha vida. **Tipo, como não ter vontade de levantar pra ir trabalhar: da onde já se viu isso, sabe?** Ainda mais uma pessoa nova como eu, sabe? Então tipo, quando tu tá vivenciando isso, é bem difícil. (Grifos da pesquisadora).

Virgínia: Daí sabe, por essas coisas assim, eu muitas vezes tô em casa, fico triste, eu choro bastante, eu penso muito nisso sabe, como a gente foi humilhado e sem ter culpa, porque a gente ouvia das pessoas: **ah, a família é culpada porque o pai bebe. Mas o que é que a gente fez? Eu me pergunto muitas vezes: o que será que nós fizemos de errado pro meu pai se perder na bebida? Porque nós era tudo criança!** Sabe, tem coisas assim que eu não acho a resposta. (Grifos da pesquisadora).

Júlia: 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? (Grifos da pesquisadora).

Marina: E eu percebo que as pessoas têm, até dentro da psicologia, 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 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, onde 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? (Grifos da pesquisadora).

É aí que entra a busca pela consulta médica. Como se o aval – ou o diagnóstico – de um profissional tido como capacitado e detentor do saber, pudesse ser o responsável por legitimar a doença. Este tipo de prática se reforça ainda mais no campo da saúde mental, afinal, não há exame clínico ou de imagem que possa comprovar a existência, por exemplo, da depressão. Nesses momentos, a busca por um resultado, através de exames e de investigações acerca de sintomas físicos, parece ser o caminho possível para validação do sofrimento. Em Solanum, a equipe de saúde acompanhada nesta pesquisa vivenciava esta situação.

Agente Comunitário de Saúde: As pessoas procuram muitas vezes o doutor, ou até um agente de saúde, como a gente assim, vai na casa, escuta, **elas querem ser ouvidas**, é aquele tempo que elas tem pra elas, porque em casa elas não encontram, ou no trabalho elas não conseguem, nem com o marido, ou os filhos. É como se elas pensassem: não posso dizer o meu problema porque senão vou tá sendo fraco, porque eu preciso ser forte né, em várias questões. (Grifos da pesquisadora)

Residente: 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.

Agente Comunitário de Saúde: Porque ela sabe que ela tá mal, mas nem ela sabe explicar como. Residente: É, talvez **o exame explique**.

ACS 2: É, daí **ela recorre ao médico, porque é a pessoa que ajudar**. Às vezes é fácil dizer: ah, tô com dor de cabeça e vai lá e faz uma tomografia, né. Mas e agora se tudo dói, se tudo vai mal, se tua vida tá...(Grifos da pesquisadora).

Entretanto, como já dizia Silveira (2000), a biomedicina apresenta uma tendência a tolerar e aceitar o estresse como algo possível nas classes média e alta, enquanto que apresenta grandes dificuldades para tolerar o *nervoso* (embora este seja o equivalente ao estresse) nas camadas mais populares. Através dessa interpretação, o real significado do sofrimento não é tomado completamente, sendo que sua aceitação resulta, em quase todos os casos, em prescrições de medicamentos, canalizando o tratamento em fatores biológicos, mesmo que sua causa esteja no campo emocional e social. Buscaremos explorar este aspecto na próxima categoria de análise.

#### 7.4 PALAVRA DE MÉDICO É SENTENÇA: OS DOIS LADOS DA MESMA MOEDA

Existem estudos na área da saúde que já vem demonstrando preocupação em relação ao conhecimento produzido pelo modelo biomédico, especialmente no que diz respeito a dificuldade de olhar para as influências do social frente a manifestação de um sintoma. Algumas justificativas para estas limitações poderiam ser explicadas pelo apego a produção e construção de pesquisas quantitativas, além do constante uso da abordagem anatomofisiológica da medicina, os quais poderiam limitar uma compreensão mais abrangente do fenômeno saúde/doença (MINAYO, 1991)

Em relação a busca por tratamentos, Silveira (2000) menciona que, em sua pesquisa com mulheres que sofrem dos *nervos*, era comum que no mesmo dia em que estas buscassem a consulta médica, também procurassem mais algum tipo de tratamento, como ir ao benzedor ou médium espírita. Em Solanum está prática também era comum, especialmente ligada às idas aos mais diferentes tipos de templos religiosos, para conversar com o padre ou pastor.

Dentro deste aspecto, Silveira (2000) relata que a busca por mais de um tipo de acompanhamento mantinha relação, em muitos casos, com a postura indiferente do médico, a qual acabava por contrastar com a dos outros agentes de cura, como benzedeiros ou líderes religiosos. Segundo ela, todo discurso que envolvia sentimentos de escuta, compreensão, atenção e valorização dos relatos das mulheres estava direcionado aos benzedeiros, enquanto que aos médicos restava a sensação de que estes tentavam lhes convencer de que aquilo que as mulheres sentiam não era nada. Nesse sentido, a autora complementa, afirmando que

Interessante notar que o descaso, real ou aparente, dos médicos pela condição de *nervosa*, longe de desestimular as crises, parece provocá-las ainda mais, principalmente quando se trata de obter *receita azul* ou aval para sua situação de doente crônica. Ir ao médico e tomar remédios, tanto quanto buscar outros recursos terapêuticos, atua sobre representações preexistentes, mas também cria e estimula a formação de novas representações. Tais representações tanto podem funcionar subsidiando positivamente o papel do doente e gerando atitudes propícias ao tratamento quanto podem favorecer o processo de cronificação e/ou de estigmatização (SILVEIRA, 2000, p. 59).

Considerando aqui o processo de atendimento médico aos casos de saúde mental na Atenção Básica que envolvem, por exemplo, descrições de nervos e também de estresse, Goldberg (1992) refere que algumas habilidades necessárias aos médicos para realizar este tipo de atendimento não podem ser adquiridas na faculdade de medicina, pois envolvem habilidades de aconselhamento para, por exemplo, tolerar o paciente que não melhora, interesse pelo ajustamento social, melhora física do paciente e, por fim, capacidade de perceber quando é necessário pedir ajuda social. Dessa forma, segundo o autor, médicos jovens e recém-formados não costumam ter essas habilidades desenvolvidas e acabam por tentar ajudar seus pacientes através da prescrição de múltiplos fármacos, o que pode acentuar ainda mais o problema, pois os pacientes acabam por gastar muito dinheiro na compra de remédios e, além disso, nem sempre estes mesmos remédios auxiliam na melhora da sua condição clínica. Nesse sentido, Goldberg (1992) entende que esta conduta médica segue sendo um erro pois não há como solucionar problemas crônicos apenas com o uso de psicotrópicos.

Em Solanum pode-se perceber a preocupação dos profissionais da Atenção Básica frente às questões culturais que permeavam a construção de um diagnóstico de saúde mental na comunidade. Porém, limitações em suas práticas de intervenção também tornavam-se visíveis.

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, como a relação de trabalho se coloca aqui. Em relação a saúde mental, a gente tem que as pessoas começam a trabalhar muito jovens, 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 7 minutos de manhã e 7 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. Então o impacto que isso tem não só na questão de ser um trabalho extremamente maçante, extremamente pesado, de as pessoas estarem cansadas o tempo todo, é que as pessoas, no meu entendimento, elas se sentem completamente, elas não são protagonistas, nem um pouco, do seu trabalho, elas são exploradas, realmente, e elas se sentem

dessa maneira, sem ter a menor capacidade de se organizar, menor capacidade de reivindicar melhorias. **Elas entendem que é assim, que elas tem que trabalhar assim e talvez isso resulte um pouco da questão cultural aqui, de pessoas que são muito trabalhadoras e que não querem reclamar e que querem tocar o seu trabalho independente de quão injusto é esse trabalho, né.** E acredito que essa seja a mais fundamental pra questão da saúde mental: que as estratégias de enfrentamento elas deveriam ser voltadas pra essa questão, né, mas daí, como eu falei lá na reunião, **é muito complicado quando a gente tá enfrentando interesses econômicos, interesses são uma relação de poder aqui 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: **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.** (Médico residente em Medicina de Família e Comunidade, grifos da pesquisadora)

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<sup>44</sup>, porque a gente não consegue se livrar dessa demanda.** E isso não é só um problema de Solanum, é um problema generalizado. (Médico da ESF, grifos da pesquisadora).

Seguindo nesta mesma linha de discussão, ao estudar o adoecimento mental no nordeste, também retratado através do termo *nervoso*, a autora Scheper-Hughes (1992) define muito bem a confusão do modelo de atuação biomédico quando este se depara com síndromes culturais. Em seu estudo ela identificou que o *nervoso* da região dizia respeito à fome ou problemas que acontecem em sua decorrência, sendo possível observar que a interpretação biomédica acaba vendo este tipo de relato apenas em sua descrição somática, deixando de considerar a causa real de tal sofrimento, fazendo com que “a categoria *nervos* amenize o peso político dos sintomas da fome, que exigiria a redistribuição de comida, riqueza e poder” (SCHEPER-HUGHES, 1992, p. 169).

Ao pensarmos em relações de poder, nos remetemos às discussões realizadas por Michel Foucault (2010), através das quais ele afirma que há poder em todas as relações. 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, 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,

---

<sup>44</sup> Apesar da equipe da ESF possuir alta de demanda de atendimento, notou-se uma tendência a seguir o modelo de atuação biomédico, o qual pauta como principal objetivo a realização de consultas médicas, centralizando o atendimento em um dos profissionais da unidade. Nesse sentido, entende-se como alternativa para contornar a extensa demanda de trabalho, a proposição de grupos e atividades coletivas, tanto na unidade física da ESF, quanto nos bairros da área geográfica de atuação da equipe.

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.” (REVEL, 2005, p. 67).

Dessa forma, ao analisarmos o conceito de poder, devemos nos atentar 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, devemos observar qual o objetivo da ação do poder de uns sobre os outros, citando aqui, por exemplo, uma possibilidade de manutenção dos privilégios; e, por fim, devemos considerar quais são as modalidades utilizadas para colocar o poder em prática, tais como os discursos e os mecanismos de controle (REVEL, 2005)

Através da análise destes pontos também torna-se possível compreender a relação entre poder e saber, pois, 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. O campo da biomedicina se apresenta claramente dentro desta relação de construção de saber-poder, ainda mais quando pensamos na construção de um diagnóstico em saúde mental.

Outro conceito de Foucault que adquire relevância nesta discussão diz respeito ao campo da Biopolítica. 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 e da natalidade, por exemplo. (FORTES, 2011). Para Revel (2005) 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.

Nesse sentido, 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 (BOEFF; CAMARGO, 2019).

Em Solanum, as mulheres viviam os dois lados da mesma moeda: ao mesmo tempo que buscavam legitimizar seus sintomas através de um diagnóstico médico, buscando assim maiores experiências de respeito e compreensão sobre sua saúde mental, as mesmas passavam a construir o seu entendimento sobre questões de saúde/doença a partir de uma interpretação feita pelo outro, no caso o médico, detentor do saber.

Reforça-se aqui que não estamos questionando o diagnóstico oferecido a cada uma das entrevistadas, apenas buscando investigar e demonstrar como este tipo de construção perpassa por questões muito maiores do que uma simples listagem de sinais e sintomas, envolvendo questões culturais, fatores históricos, políticos e econômicos, além da própria constituição subjetiva das pacientes e dos profissionais da saúde envolvidos no processo. Como já dizia Zanello (2018) “tanto diagnósticos quanto conceitos psicológicos dão sentido às vivências e ao sofrimento da pessoa, ao mesmo tempo em que validam esse sofrimento, alterando a vivência do sujeito em relação a ele e a si mesmo.” (p. 27)

## 8 O ENCERRAMENTO DE UM CICLO

Considerando a reunião dos dados coletados nesta tese, pode-se perceber a incipiência do ensino da temática de gênero em uma perspectiva crítica nos cursos de Psicologia e Medicina das Universidades Federais do Brasil. Estes dados reforçam a justificativa desta tese, uma vez que apontam para lacunas importantes na formação de profissionais da saúde no que diz respeito às discussões sobre uma visão crítica de gênero, bem como sua relevância e implicações no processo de construção de diagnósticos em saúde mental, especialmente quando pensamos nas mulheres.

Tanto os dados qualitativos desta tese, retratados através da realização de entrevistas com mulheres que receberam algum tipo de diagnóstico de saúde mental, quanto os dados quantitativos do estudo – pautados na investigação acerca do ensino de gênero na formação superior de profissionais da Psicologia e Medicina, matriculados em instituições federais de ensino superior do nosso país, demonstram a relevância deste campo de estudo, além de apontarem para as lacunas nos espaços de discussão acerca desta temática.

De forma semelhante, os achados deste pesquisa também corroboram com as discussões realizadas por grandes organizações da Saúde, como a OMS e a OPAS, com os dados epidemiológicos que nos fornecem um retrato sobre os índices de saúde e adoecimento mental de mulheres no Brasil e no mundo e, por fim, mas não menos importantes, com as mais diferentes pesquisas realizadas por autores brasileiros e estrangeiros que vem lutando para denunciar as mais diferentes formas de injustiça de gênero a que tantas mulheres seguem sendo submetidas diariamente.

Entende-se que esta tese de doutorado não se configura como um material suficiente para encerrar as discussões da temática de gênero no campo de formação e atuação de profissionais da área da saúde no Brasil. Mas, ao menos, cria uma possibilidade de expansão para as discussões que vem sendo construídas nos últimos anos.

Por fim, como nota pessoal da autora deste estudo, torna-se importante ressaltar, novamente, que a realização desta pesquisa de doutorado foi atravessada por muitas questões de gênero, e nem todas elas dizem respeito a uma vivência teórica de estudo. Ter me tornado mãe, por escolha própria, na metade do período de construção desta tese, me trouxe desafios inimagináveis antes da vivência desta experiência. O discurso já tão conhecido por mim sobre a dificuldade da permanência de mulheres-mães dentro da



ciência foi vivido, de forma muito dolorosa, na prática. Poderia citar aqui os mais diferentes tipos de ausência de rede de apoio – desde pessoais até mesmo institucionais – mas o que torna, para mim, este relato importante, é a possibilidade de que outras pessoas que acessarem este material possam se identificar com a experiência e não caiam na triste – mas real armadilha – da individualização do sofrimento.

Quem acompanha minha trajetória de estudos, desde a escola básica até a formação de ensino superior e posteriormente a qualificação através do mestrado e do doutorado, conhece o quanto este tipo de atividade sempre me foi muito prazerosa. Estudar me salvou em diversos momentos da minha vida. Infelizmente, nos últimos anos, tem sido, acima de tudo, fonte de sofrimento. Um sofrimento, que por muitas vezes, eu interpretei como fator isolado, questionando minhas escolhas pessoais (será que posso ser mesmo feliz como mãe e ainda viver dentro do mundo acadêmico?), até chegar ao ponto de duvidar das minhas habilidades intelectuais, quando, na verdade, eu acabei por esquecer que assim como tantas outras coisas da vida de uma pessoa, uma pesquisa de doutorado não é feita somente de esforços individuais.

A lógica injusta da meritocracia – que propaga o discurso do basta querer para conseguir – me atravessou muitas e muitas vezes. A solidão da pesquisa, feita quase que pela metade no período da pandemia, me desmotivou. A experiência de quase morte da minha mãe por covid, me fez sentir culpa por todo tempo “perdido” com os estudos, ao invés de ser dedicado para a família. O sonho – verdadeiro e real – da maternidade me fez questionar ainda mais as possibilidades de futuro profissional. As exigências financeiras me fizeram aceitar caminhos profissionais que também me custaram tempo e disponibilidade para realização desta pesquisa. Mas, assim como tantas outras mulheres pelo mundo, nem sempre é fácil encontrar espaços de acolhimento e escuta nesses momentos. Ter de provar minha competência, especialmente no mundo acadêmico, foi por vezes cruel. Mas, o autojulgamento de uma pessoa com traços de perfeccionismo e que, até então, nunca havia sofrido para realizar uma atividade acadêmica, acabou por me fazer pensar em desistir mais de uma vez.

Apesar dos dilemas da vida real, encerro este trabalho com um misto de sentimentos. Às vezes paro e penso: minha mãe quase morreu, adoeci, casei, construí uma casa, engravidei, fui chamada para assumir um concurso público, mantive o emprego no consultório privado, fui selecionada para dar aulas em um curso de especialização de uma faculdade de ensino superior e terminei o doutorado, agora em meio a uma nova – e feliz – gestação. Praticando um exercício simples de autocompaixão, eu olharia para qualquer

outra mulher e diria: nossa, tudo isso? Não deve ter sido fácil, parabéns! Mas, sendo refém do que significa ser mulher na minha história de vida, eu ainda sigo apresentando a tendência a olhar mais para aquilo que parece que eu não dei conta.

Assim, finalizando este relato, deixo claro que assumo as possíveis lacunas e fragilidades deste estudo. Mesmo vivendo entre um misto de sentimentos que me faz pensar que “deveria ter feito mais” *versus* “fiz todo o possível” espero que, minimamente, todo meu esforço e dedicação possam auxiliar na continuidade dos estudos e pesquisas que buscam investigar o campo do gênero dentro da saúde mental.

Aos que puderam me acompanhar até aqui, fica o meu verdadeiro agradecimento.

## 9 PUBLICAÇÕES AO LONGO DO CAMINHO

Esta sessão tem como objetivo mostrar, mesmo que de forma sucinta, as primeiras publicações oriundas dos estudos realizados ao longo da construção desta tese de doutorado. Todas as publicações encontram-se na íntegra no APÊNDICE D (p. 98).

### 9.1 CAPÍTULOS DE LIVROS

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. O ensino de Gênero na formação de profissionais da saúde da região sul do país: relações entre práticas educativas, saúde planetária e a construção de diagnósticos. In: PINHEIRO, Danielle Ventura de Lima; ADAM, Júlio César; PUNTEL, Clairton; SILVA, Marinilson Barbosa (Orgs.). **Educação, Espiritualidade e Desenvolvimento Socioemocional**. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 2023. Disponível em: <<http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/1109/1042/11835-1>>.

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana de Souza. O ensino de gênero na formação de profissionais da saúde da região sul do país: relações entre práticas educativas e a construção de diagnósticos. In: LOGUERCIO, Rochele (Org.). **A Pesquisa de Gênero na Educação em Ciências do PPGECI**. Cajazeiras – PB: Edições AINPGP. Coleção Espectrais, PPGECI, 2023. Disponível em:<<https://ainpgp.org/publicacoes/a-pesquisa-de-genero-na-educacao-em-ciencias-do-ppgeci/>>.

BOEFF, Muriel Closs. CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero, Trabalho e Práticas de Promoção da Saúde: implicações sobre a saúde mental de mulheres. In: SILVEIRA, Jader (Org.). **Olhares Contemporâneos: Diversidade, Gênero e Sexualidade-Volume 1**. Formiga – MG: Editora Real Conhecer, 2022. Disponível em: <<https://editora.realconhecer.com.br/2022/02/olhares-contemporaneos-diversidade.html> >.

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero e Saúde Mental: que relação é essa? In: MONTEIRO, Solange Aparecida de Souza (Org.). **Sexualidade e Relações de Gênero 3**. Ponta Grossa – PR: Atena Editora, 2019. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks/sexualidade-e-relacoes-de-genero-3>>.

### 9.2 ARTIGOS COMPLETOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

BOEFF, Muriel Closs Boeff; CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero e Saúde Mental: que relação é essa? **REVES** – Revista de Relações Sociais, v. 3, n. 1, p. 50-55, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/9520>>.

KIELING, Laura Eduarda M.; BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. Percepção de sintomas depressivos em estudantes de ensino médio de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 16563 – 16565. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24834>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2023.

BOEFF, Muriel Closs; CASAGRANDE, Clair R. Mindfulness e a Espiritualidade no enfrentando em situações de luto. **Tear Online**, v. 11, n. 2. p. 137-149, 2023. Disponível em: <[https://revistas.est.edu.br/periodicos\\_novo/index.php/tear/article/view/2083](https://revistas.est.edu.br/periodicos_novo/index.php/tear/article/view/2083)>.

### 9.3 ARTIGO COMPLETO PUBLICADO EM ANAIS DO EVENTO

BOEFF, Muriel Closs Boeff; CAMARGO, Tatiana de Souza. O ensino de gênero na formação de profissionais da área da saúde na região sul do país: relações entre práticas educativas e a construção de diagnósticos. **Anais...** VIII Seminário Corpo, Gênero e Sexualidade, IV Seminário Internacional Corpo, Gênero e Sexualidade e IV Luso-Brasileiro Educação em Sexualidade, Gênero, Saúde e Sustentabilidade. FURG - Rio Grande – RS. 2022. Disponível em: <<https://http://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/87658>>.

BOEFF, Muriel Closs Boeff; CAMARGO, Tatiana de Souza. O Gênero, Organização do Trabalho e Práticas de Promoção da Saúde: implicações sobre a Saúde Mental de mulheres. **Anais...** Fazendo Gênero 12 - Lugares de Fala: Direitos, diversidades, afetos. UFSC – SC. 2021. Disponível em: <<https://www.fg2021.eventos.dype.com.br/site/anais>>.

BOEFF, Muriel Closs Boeff; CAMARGO, Tatiana de Souza. O Ensino de Gênero na formação de profissionais da saúde: relações entre Práticas Educativas e a construção de diagnósticos. **Anais...** XIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências – ENPEC. 2021. Disponível em: <<https://editorarealize.com.br/edicao/detalhes/anais-do-xiii-encontro-nacional-de-pesquisa-em-educacao-em-ciencias>>.

## 10 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.

\_\_\_\_\_. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM – 5 – TR**. Porto Alegre: Artmed, 2022.

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: 13 mar. 2023.

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.

APPLE, Michael W. **Ideologia e Currículo**. São Paulo: Brasiliense, 1994.

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: 13 mar. 2023.

BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana de Souza. **Um retrato da Depressão: investigação sobre a construção do diagnóstico em Práticas de Promoção da Saúde na Atenção Básica**. 2019. 194 f. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências) – Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019. Disponível em: <<https://lume.ufrgs.br/handle/10183/189984>>. Acesso em 15 dez. 2023.

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://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_medicamentos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf)>. Acesso em: 13 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. **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: 01 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-mental>>. Acesso em 22 dez. 2023.

\_\_\_\_\_. **Rede de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/desme/raps>>. Acesso em: 22 dez. 2023

\_\_\_\_\_. **Enade**. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/pt-br/servicos/fazer-o-exame-nacional-de-desempenho-dos-estudantes#:~:text=O%20Enade%20%C3%A9%20uma%20prova,licenciaturas%20e%20superiores%20de%20tecnologia>>. Acesso em 15 dez. 2023.

\_\_\_\_\_. **PPP – Projeto Político Pedagógico**. Brasília, 2023. Disponível em: <<https://www.gov.br/ines/pt-br/aceso-a-informacao-1/acoes-e-programas/programas-projetos-e-acoes/projeto-politico-pedagogico-ppp>>. Acesso em 15 dez. 2023.  
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.

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

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/10183/157190/00101\\_5753.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157190/00101_5753.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 13 fev. 2023.

CUNHA, M. I. **O Professor universitário na transição de paradigmas**. 2.. ed. Araraquara: Junqueira & Marin editores, 2005.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

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

ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. In: DEL PIORE, M. Org. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.

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://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistafamecos/article/view/3014/2292>>. Acesso em: 13 mar. 2023.

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, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Editora Loyola, 2010.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- GESSER, Veronica; RANGHETTI, Diva Spezia. O Currículo no Ensino Superior: Princípios Epistemológicos para um Design Contemporâneo. **e-Curriculum**, São Paulo, v.7, n.2, agosto, 2011. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/curriculum/article/view/6775>>. Acesso em: 05 dez. 2023.
- GIROUX, A. Selling out higher education. **Policy Futures in Education**, London, v. 1, n. 1, p. 179-200, 2003.
- GLASS, A. The state of higher education 2014. Paris: **OECD**, 2014. Disponível em: <<https://www.oecd.org/fr/sites/eduimhe/stateofhighereducation2014.htm>>. Acesso em: 05 dez. 2023.
- GOLDBERG, David. A classification for psychological distress for use in primary care settings. **Social Science & Medicine**, v. 35, n. 2, p. 189-193, jul., 1992. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/027795369290166N>>. Acesso em: 06 dez. 2023.
- JOHNSON, R.; ESCOSTEGUY, A. C.; SCHULMAN, N. **O que é, afinal, Estudos Culturais?** 3. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.
- IBGE. Depressão. **Pesquisa Nacional de Saúde: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2019. Disponível em <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>>. Acesso em 14 ago. 2020.
- \_\_\_\_\_. **Censo Populacional**. Cidades. 2022. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/santa-maria-do-herval/panorama>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2023.
- KNORST, Benno. **História de SMH**. Novo Hamburgo: Gráfica São Luís, 2003
- LOURO, Guacira Lopes. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 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
- 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: 07 jan. 2023.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Abordagem Antropológica para avaliação de Políticas Sociais. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 233-238, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rsp/a/KdjFt86bjcxQdbBBnfcVMp/?format=pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Let's talk.** 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/en/>>. Acesso em: 07 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **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: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **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: 12 jan. 2023.

\_\_\_\_\_. **Declaração de Caracas.** 1990. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_caracas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_caracas.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2023.

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: 14 jan. 2023.

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: 13 jan. 2023.

PATEMAN, Carole. **O contrato sexual.** São Paulo: Paz e Terra, 1993.

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

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/M01\\_00099.ASP?Hid\\_Tipo=TEXT0&Hid\\_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid\\_IDNorma=15281](http://www.al.rs.gov.br/legis/M010/M01_00099.ASP?Hid_Tipo=TEXT0&Hid_TodasNormas=15281&hTexto=&Hid_IDNorma=15281)>. Acesso em: 18 mar. 2023.

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.

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

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.

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: 10 mar. 2023.

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.

SCHEPER-HUGHES, Nancy. Nervoso: medicine, sickness and human needs. In: **Death without Weeping: the violence of everyday life in Brazil**. Berkeley: University of California Press, 1992.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. **Revisão da nova CID**. 2018. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/#:~:text=A%20vers%C3%A3o%20consolidada%20da%20nova,1%C2%BA%20de%20janeiro%20de%202022>>. Acesso em: 03 mar. 2023.

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: 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: 15 fev. 2023.

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: 15 fev. 2023.

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, Cultura e Processos de Subjetivação. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

## 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 RAMBO 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

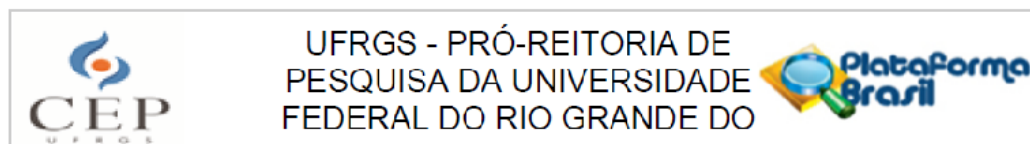
O projeto de pesquisa intitulado “UM RETRATO DA DEPRESSÃO: INVESTIGAÇÃO SOBRE A PERCEPÇÃO DO DIAGNÓSTICO EM PRÁTICAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA” sob coordenação do Profa. Dra. Tatiana Souza de Camargo, vinculada ao PPG EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS: QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE, foi submetido à apreciação 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

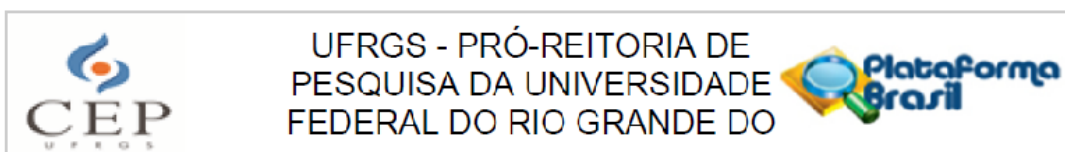
**Apresentação do Projeto:**

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 Roeff 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



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.

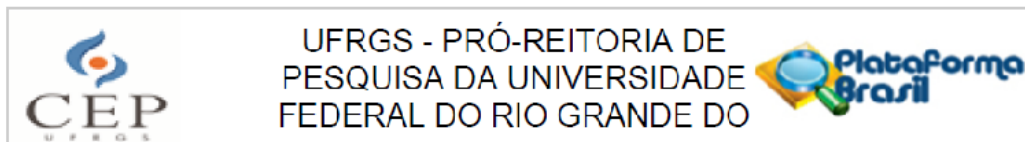
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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:** 90.040-050  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.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 CO MPCSQ .pdf	10/06/2017 23:50:50	TATIANA SOUZA DE CAMARGO	Aceito
Outros	ENTREVISTA.pdf	10/06/2017 23:50:00	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

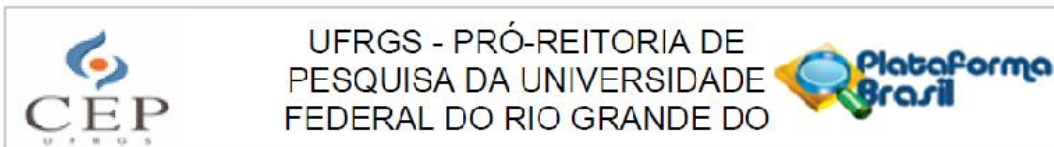
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farcopilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** ctica@propcsq.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

## 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

#### **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 N° 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.

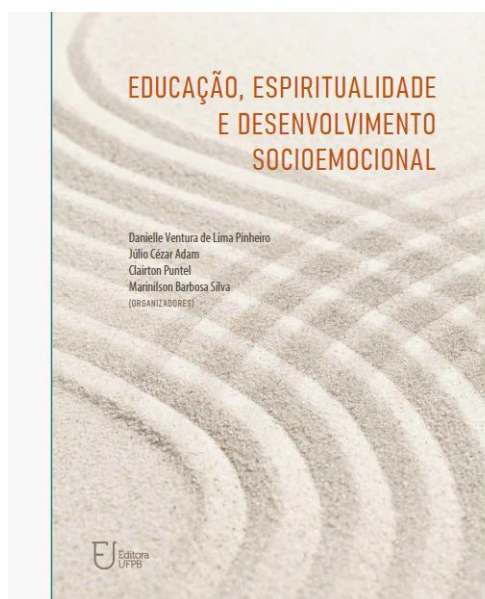
## INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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 - PUBLICAÇÕES

## CAPÍTULOS DE LIVROS

1 - BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. O ensino de Gênero na formação de profissionais da saúde da região sul do país: relações entre práticas educativas, saúde planetária e a construção de diagnósticos. In: PINHEIRO, Danielle Ventura de Lima; ADAM, Júlio César; PUNTEL, Clairton; SILVA, Marinilson Barbosa (Orgs.). **Educação, Espiritualidade e Desenvolvimento Socioemocional**. Paraíba: Universidade Federal da Paraíba, 2023. Disponível em: <<http://www.editora.ufpb.br/sistema/press5/index.php/UFPB/catalog/view/1109/1042/11835-1>>.



**O Ensino de Gênero na formação de Profissionais da Saúde da Região Sul do Brasil: relações entre Práticas Educativas, Saúde Planetária e a Construção de Diagnósticos**

## RESUMO

Pensar o gênero no campo da saúde tem sido cada vez mais importante, ainda mais quando discutimos o processo de construção de um diagnóstico em saúde mental. Nesse sentido, esta pesquisa teve como objetivo investigar o ensino da temática de gênero nas Universidades Federais da região Sul do Brasil, englobando os estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná, mais especificamente nos cursos de Psicologia, Medicina e Residência em Psiquiatria. Para isso, foi realizada uma análise das grades curriculares dos respectivos cursos e constatou-se que apenas três instituições de ensino ofereciam disciplinas envolvendo a temática de gênero, sendo que em duas delas, entretanto, as mesmas eram apenas optativas. A partir disso, discutiu-se a construção de diagnósticos em saúde mental, a ampliação do conceito de saúde e doença a partir dos estudos da Saúde Planetária, além de demonstrar o quanto o ensino da temática de gênero em cursos na área da saúde ainda é incipiente, apesar da fundamental importância que o tema mantém com este campo de formação profissional.

## CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL

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).

Estas diferenças podem ser percebidas, por exemplo, através da observação dos dados epidemiológicos em saúde mental: 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).

No Brasil, em sua última Pesquisa Nacional de Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) registrou a presença de depressão em 16,3 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais. Em 2013, a mesma pesquisa havia registrado um total de 11 milhões, ou seja, houve um aumento de mais de 5 milhões de diagnósticos em um período de 6 anos. Ainda comparando às duas pesquisas, outro dado preocupante aparece: em 2013 já existia uma maior prevalência de diagnósticos de depressão entre as mulheres (10,9%) quando comparadas aos homens (3,9%). Na pesquisa mais recente, a maior prevalência continua, só que agora com índices ainda mais discrepantes: 14,7% de diagnósticos em mulheres e 5,1% em homens. Observa-se aqui um aumento de mais de 4% na incidência de depressão em mulheres, enquanto os homens tiveram aumento médio de um pouco mais de 1%.

Considerando as regiões do Brasil, Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com diagnóstico de depressão, alcançando escores de 15,2% e 11,5%, respectivamente. Além disso, uma maior concentração de diagnósticos foi localizada em indivíduos com níveis de instrução extremos, ou seja, desde pessoas com ensino superior completo, atingindo 12,2%, até pessoas sem instrução e/ou com fundamental incompleto, tendo escores de 10,9% (IBGE, 2019).

Ainda segundo a pesquisa, utilizando o critério cor ou raça, houve uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão (12,5%), seguidas pelas pessoas de cor parda (8,6%) e pretas (8,2%). Consideramos este dado muito interessante e passível de análise, uma vez que já se sabe que o acesso à saúde para pessoas brancas é diferente do acesso à saúde para pardos e pretos. Nesse sentido, um maior índice de diagnósticos nem sempre pode significar maior adoecimento da população branca, mas sim, antes de tudo, poderia denunciar a existência de inequidades nos acessos aos serviços de saúde quando consideramos a questão de classe e raça.

Por fim, menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram apresentar diagnóstico de depressão usavam medicamentos. A proporção média de uso de alguma medicação para controle dos sintomas foi de 48%, sendo que a região Norte apresentou a menor proporção (31,2%). Em relação a idade, nos grupos de pessoas com 60 anos, as proporções de uso de medicação para depressão foram maiores do que a média nacional: 56,3% para pessoas com 60 a 64 anos; 56,8%, de 65 a 74 anos; e, 61,9%, entre as pessoas com 75 anos ou mais de idade. Além disso, 18,9% do total de brasileiros que receberam diagnóstico de depressão faziam psicoterapia, e 52,8% já haviam recebido algum tipo de assistência médica nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista.

Em relação ao local de atendimento, 47,4% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 29,7% em uma unidade básica de saúde; 13,7% em um Centro de Especialidades, Policlínica Pública ou ambulatório de hospital público (IBGE,

2019). Aqui pode-se observar que a maior concentração de busca por atendimentos esteve centrada sobre a esfera privada, demonstrando, mais uma vez, as dificuldades no acesso e na prestação de serviços públicos de saúde mental para a população, especialmente pela falta de recursos e pouco investimento na expansão das redes e ofertas de serviço por parte do Governo Federal. Ressalta-se que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde foram publicados em 2019, ou seja, antes do início da pandemia de covid-19. Nesse sentido, provavelmente estas inequidades no acesso aos serviços e cuidados podem ser, atualmente, ainda maiores.

Em esfera mundial, a Organização Mundial da Saúde (2018) classifica a depressão como a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo, atingindo mais de 300 milhões de pessoas. Da mesma forma, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), registrou, em 2015, cerca de 50 milhões de pessoas com depressão nas Américas, representando 5% da população. Entretanto, apesar dos altos números de incidência da doença, 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 (2015).

Ao analisarmos os dados disponíveis sobre os investimentos financeiros destinados aos cuidados em saúde mental, observa-se que, 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, 2015). Este baixo investimento em saúde mental, segundo a OMS (2018) 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.

Ademais, o relatório *Mulheres e Saúde*, apresentado pela OMS (2009), apontou para um maior desenvolvimento de transtornos relacionados à 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 tratamento, apesar de concentrarem-se em maior número. Ainda segundo a 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 todo, um em cada três suicídios ocorre em mulheres entre 25 e 44 anos de idade, ficando à frente até mesmo dos acidentes de trânsito.

Considerando que a incidência de casos de ansiedade e depressão atinge o mundo inteiro, torna-se importante incluir nas discussões da temática o conceito de Saúde Planetária, o qual discute a necessidade de buscarmos alternativas frente ao impacto causado pelo aumento da população e da aceleração das atividades socioeconômicas na saúde e bem estar dos seres humanos, incluindo aqui a saúde mental. Segundo o Grupo de Estudos em Saúde Planetária da Universidade de São Paulo (USP, 2022), as pesquisas acerca do tema já abordam as possíveis conseqüências das modificações no ecossistema, incluindo aqui os efeitos sobre a saúde da população, como o surgimento de novas doenças, o agravamento das já existentes e o aumento das doenças crônicas não-transmissíveis. Assim, afirmam que

a Saúde Planetária é, portanto, um novo esforço para tratar a questão da sustentabilidade e da vida humana no planeta sob ótica cada vez mais integrativa, transdisciplinar e global, já que os problemas desta crise planetária transpassam fronteiras geopolíticas, delimitações acadêmicas e afetam a humanidade como um todo (IEA, USP, 2022).

## PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GÊNERO

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (2018) lançou um relatório chamado *Gender and Women's Mental Health*. Neste documento, destacava-se um ponto muito importante: é possível observar a existência de uma relação entre a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres com fatores de risco permeados por condições de violência de gênero, como desvantagem socioeconômica, baixa renda e desigualdade social. Ainda no mesmo relatório, a OMS refere outro dado significativo ao demonstrar que profissionais da saúde apresentam uma maior tendência em diagnosticar depressão em mulheres do que em homens, mesmo quando ambos alcançam escores semelhantes em testes padronizados para avaliar a patologia.

Analisando mais profundamente esta postura dos profissionais de saúde, Zanetto e Silva (2012) referem que o profissional que realiza diagnósticos 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. Dessa maneira, poderiam existir níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando, por um lado, a hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e, por outro, o subdiagnóstico em homens, e vice-versa.

A partir disso, seria possível cogitar a existência de uma construção de diagnósticos em saúde mental que se utilizaria de critérios de avaliação desiguais para mulheres e homens? Caso a afirmação seja verdadeira, não seria urgente a introdução de discussões sobre a utilização de critérios diagnósticos que levassem em consideração a singularidade (desde emocional até mesmo política e econômica) envolvida na manifestação da depressão em mulheres e homens? Caso este processo ocorresse, não seria possível pensar que os dados epidemiológicos hoje apresentados como prevalentes em mulheres poderiam sofrer alterações drásticas, bem como aqueles indicando prevalência de doenças em homens?

Nesse sentido, o que se busca discutir neste capítulo, fruto da tese de doutorado da autora, concentra-se sobre a reavaliação dos padrões de gênero internalizados pelos próprios profissionais da saúde, incluindo aqui os seus percursos de formação ao longo da graduação, bem como analisar e discutir os critérios diagnósticos estabelecidos e adotados por instituições internacionais para construção de diagnósticos de saúde mental. Ao colocar em xeque estes aspectos, abre-se a possibilidade para uma nova compreensão acerca das altas taxas de prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres, tanto em escala nacional quanto global, além de apontar para lacunas sobre o ensino e às discussões de gênero ao longo da formação profissional.

## METODOLOGIA

Como a temática da tese de doutorado da autora centra-se sobre a discussão da construção de diagnósticos de saúde mental em mulheres, optou-se por delimitar os estudos sobre as categorias profissionais de Psicólogos e Médicos (incluindo aqui Médicos Clínicos Gerais e Psiquiatras), entendendo que estes costumam ser os principais



responsáveis por oferecer diagnósticos e tratamentos às mulheres com condições de saúde mental. Nesse sentido, levantaram-se os seguintes questionamentos:

Como os profissionais da Psicologia e da Medicina, através de discursos e práticas educativas, mantém relação com a construção dos diagnósticos de saúde mental em mulheres?

Da mesma forma, se existe uma relação entre as violências e opressões de gênero frente a prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres, como estão organizadas as práticas de ensino de gênero nos cursos de graduação dos profissionais da Psicologia e da Medicina? Este segundo questionamento surge a partir da compreensão de que a perspectiva de gênero utilizada pelo profissional da saúde pode manter relação com a forma como o mesmo construirá o diagnóstico oferecido ao indivíduo. Dessa forma, as discussões de gênero estão sendo incluídas nos currículos de formação destes profissionais?

Após o estabelecimento das perguntas norteadoras do estudo, os dados coletados para análise foram obtidos da seguinte maneira: realizou-se um levantamento para identificar quantas Universidades Federais existem, atualmente, no Brasil. Ressaltamos que neste capítulo os dados escolhidos para discussão centraram-se apenas sobre a região sul do país, englobando assim os estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná. Após a identificação das universidades de cada estado, foi acessado o site institucional de cada uma delas, buscando localizar as informações curriculares dos seguintes cursos: Psicologia, Medicina e Residência em Psiquiatria (se houvesse). Ao localizar a grade curricular de cada curso, analisou-se todas as disciplinas ofertadas pelos mesmos, englobando aqui às obrigatórias e às optativas, objetivando identificar se em algum momento da formação destes profissionais o ensino da temática de gênero estava sendo oferecido pela Universidade. Optou-se pela escolha dos cursos anteriormente mencionados uma vez que entende-se que estes são, atualmente, os profissionais da saúde mais envolvidos com atendimentos no campo da saúde mental.

## APRESENTAÇÃO DOS DADOS

As tabelas abaixo organizadas apresentam os dados coletados na pesquisa.

**Tabela A:** Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado do Rio Grande do Sul

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFCSPA <sup>45</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não
UFPe1 <sup>46</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não
UFSM <sup>47</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não

<sup>45</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<sup>46</sup> Universidade Federal de Pelotas

<sup>47</sup> Universidade Federal de Santa Maria

	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
Unipampa <sup>48</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
FURG <sup>49</sup>	Psicologia	Sim – 1 optativa
	Medicina	Sim – 1 optativa
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UFRGS <sup>50</sup>	Psicologia	Sim – 1 optativa
	Medicina	Sim – 1 optativa
	Residência em Psiquiatria	Não foi possível localizar a grade curricular

**Fonte: elaborado pela autora**

**Tabela B: Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado de Santa Catarina**

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFSC <sup>51</sup>	Psicologia	Sim
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UFFS <sup>52</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não possui o curso
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso

**Fonte: elaborado pela autora**

**Tabela C: Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado do Paraná**

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFPR <sup>53</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UNILA <sup>54</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso

<sup>48</sup> Universidade Federal do Pampa

<sup>49</sup> Universidade Federal do Rio Grande

<sup>50</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>51</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>52</sup> Universidade Federal da Fronteira Sul

<sup>53</sup> Universidade Federal do Paraná

<sup>54</sup> Universidade Federal da Integração Latino Americana

UTFPR <sup>55</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não possui o curso
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso

**Fonte: elaborado pela autora**

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gênero se apresenta como um determinante social importante, sendo que sua inclusão na construção e compreensão dos processos de saúde mental deveria ser urgente (PATEL, 2005). Dizemos que deveria porque, infelizmente, até o presente momento, os estudos que englobam esta perspectiva continuam sendo muito escassos, tanto em escala nacional quanto internacional.

Quando consideramos aspectos históricos sobre o campo da Saúde Mental, podemos tomar como base as descrições do sujeito louco feitas pelos escritos de Foucault (1982), através dos quais o autor retrata a categorização do indivíduo como doente mental, sua exclusão e reclusão em entidades específicas, tais como os asilos e manicômios, bem como a retirada da voz e do direito do louco, principalmente quando este passa a ser entendido como um objeto de estudo e, conseqüentemente, uma ameaça à ordem natural das coisas. Entretanto, ressalta-se que nesse processo histórico foram silenciadas, principalmente, as vozes das mulheres, sendo este movimento fortemente influenciado pelo surgimento e consolidação da psiquiatria e, conseqüentemente, dos discursos criados e difundidos por esta área médica.

Para Showalter (1987, p. 38) “o manicômio, como casa do desespero, deve ser entendido como símbolo de todas as instituições criadas pelos homens, do casamento à lei, que confinaram e confinam às mulheres, e as deixam loucas”. Ainda segundo a autora, o movimento dos discursos que vem acontecendo nos últimos séculos mantém os homens ligados a racionalidade, enquanto às mulheres restam às figuras de insanas, entendendo que suas loucuras são produtos dos seus próprios erros, como se a doença mental na mulher estivesse ligada à sua própria essência, ou seja, algo já pré-determinado, sem chances de mudança. Da mesma forma, a autora ainda reforça seus argumentos quando diz que a experiência da loucura é muito mais vivenciada por mulheres e, quando esta acontece para os homens, ainda acaba sendo representada, metaforicamente, como algo advindo do feminino.

---

<sup>55</sup> Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Com a contínua consolidação da psiquiatria como área responsável pelo “tratamento dos loucos”, mesmo que tratar fosse, por vezes, o último dos seus objetivos, começaram a surgir classificações nosológicas sobre as doenças. Este movimento manteve extensa relação com o fato de que a psiquiatria nem sempre conseguia definir causas exatas para a manifestação dos sintomas, surgindo então a necessidade de adotar práticas de classificação e descrição das supostas doenças. Porém, estas descrições, muitas vezes, pautavam-se sobre valores morais (ZANELLO, 2018).

Nesse sentido, mais uma vez às mulheres foram o alvo. Ao analisar prontuários de internação psiquiátrica do século XIX, foi possível encontrar descrições muito diferentes entre o diagnóstico oferecido para mulheres e homens. Em grande parte dos casos, os motivos para internação de mulheres estavam relacionados a aspectos da sua sexualidade, entre eles, manter relações fora do casamento, manter relações com fins não reprodutivos e o não desejo de ser mãe, entre outros. Enquanto isso, as descrições dos homens mantinham relação com o papel social que lhes era atribuído, como questões do trabalho e aspectos que o colocavam como provedor (ENGEL, 2004).

Mais tarde, no século XX, surgiram medicamentos destinados especificamente ao tratamento das doenças mentais, denominados inicialmente de neurolépticos. A partir disso, a prática de classificação dos sintomas se difundiu ainda mais, sendo estimulada também pelo surgimento dos Manuais de Transtornos Mentais, como o DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente na sua quinta versão (APA, 2014) bem como a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estando sua última versão programada para entrar em vigor em 2022, sendo esta a décima primeira edição, atualizada 28 anos após a última versão (SBP, 2018).

Uma discussão importante sobre este novo modelo de classificação é feita por Maluf (2010) quando a autora aponta que, no princípio dos estudos, o sujeito louco era classificado como alguém que possuía um transtorno mental, ligado então ao campo da patologia. Porém, com este novo modelo classificatório baseado em manuais, os sintomas do indivíduo também passaram a ganhar espaço dentro do campo da normalidade, ou seja, passou-se a vivenciar um processo de patologização do normal, pois o discurso do sujeito com doença mental passou a ser entendido através da utilização de critérios que envolvem a presença ou ausência de sintomas, sendo estes identificados por um especialista, tomando como base as descrições dos manuais. Para tanto, o paciente teria que apresentar um conjunto mínimo de sintomas, por determinado período de tempo, para ser

diagnosticado. Porém, Zanello (2018) aponta que este conjunto de sintomas, conforme as descrições contidas nos manuais, acaba apresentando limitações quando adotamos uma perspectiva de gênero.

Um dos primeiros limites desta perspectiva, segundo Zanello (2018) diz respeito ao gendramento dos sintomas. Segundo a autora, o gendramento denuncia que a ausência de uma crítica de gênero no momento da formulação de um diagnóstico pode acabar estimulando, por um lado, a utilização de procedimentos que hiper diagnosticam certas doenças em um grupo, como por exemplo nas mulheres, e, por outro lado, acabem por invisibilizar a mesma manifestação em grupos distintos, como nos homens. Como exemplo, Zanello (2018) cita o choro, sendo sua manifestação extremamente inibida entre os homens, mas, ao mesmo tempo, permitida e até mesmo incentivada em mulheres, principalmente em culturas sexistas. Além disso, a autora apresenta o argumento de que o choro costuma ser o exemplo mais usado em manuais de classificação para descrever o sintoma da tristeza e, conseqüentemente, diagnosticar a depressão. A partir disso, ela questiona: “Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres?” (ZANELLO, 2018, p. 23). Dessa forma, além do hiper diagnóstico de certas síndromes em um grupo específico, também torna-se importante observar a existência de um processo de naturalização das diferenças culturalmente construídas entre homens e mulheres, sendo que estas deveriam, em primeira instância, ser problematizadas no momento em que se pensa a construção de um diagnóstico.

Outro limite apontado por Zanello (2018), quando a perspectiva de gênero não é adotada frente a construção de um diagnóstico, diz respeito às próprias discussões do que pode ser entendido e denominado como um sintoma. Para a autora, o discurso trazido através da queixa do paciente costuma envolver determinados *scripts* sociais que se baseiam em valores de gênero. Estes papéis de gênero fazem parte da constituição do sujeito como mulher e/ou homem na sociedade, pois envolvem discursos sociais culturalmente, historicamente, politicamente, economicamente e socialmente construídos sobre o que se espera que uma mulher e/ou homem faça e se torne ao longo da sua vida. Nesse sentido, para a autora, o sofrimento surgiria quando houvesse um descompasso entre o que se espera e o que é possível ser, estando mulher e/ou homem na sociedade. Um exemplo poderia ser retratado quando uma paciente mulher busca atendimento por estar em sofrimento devido ao fato de não desejar ser mãe, papel social que é delegado às mulheres desde a mais tenra infância, podendo ser observado até mesmo através dos brinquedos e brincadeiras para as quais meninas são estimuladas. Pensemos então: caso

o profissional que atenda esta mulher não consiga compreender a perspectiva de gênero que vem imbricada em sua queixa, facilmente poderia diagnosticá-la com depressão e encaminhá-la para um tratamento. Não que esta mulher não possa estar manifestando sintomas condizentes com a depressão, porém, torna-se importante incluir a discussão dos motivos que levaram a este adoecimento, uma vez que não assumir o papel social da maternidade não deveria mais ser entendido como motivo de preconceito, mas, infelizmente, ainda é. Ou seja, poderíamos pensar que a manifestação da depressão nesta paciente aconteceu por uma violência e opressão de gênero? Se sim, porque ainda seguimos apenas medicando o sofrimento e não ampliando as discussões sobre suas causas? Se o preconceito em relação à escolha consciente da não maternidade fosse mais discutido, será que esta mulher estaria em sofrimento? Será que ela verdadeiramente sofre pela sua escolha ou pelos julgamentos sobre a mesma?

É nesse sentido que Zanello (2018) nos apresenta o que ela chama de terceira limitação de gênero dos manuais diagnósticos: qual é a perspectiva de gênero adotada pelo próprio profissional de saúde? Afinal, mesmo que o sintoma se apresente através da queixa do paciente, ele acaba sendo interpretado por quem o escuta. Assim, a autora nos diz que “em saúde mental, o diagnóstico do médico não é, jamais, um ato neutro e nem baseado em um processo de mensuração. É um ato de julgamento moral.” (p. 24). Nesse sentido, como poderíamos interpretar descrições que se referem a presença de sexualidades desviantes nas mulheres, ou até mesmo qual seria o significado da expressão “excesso de agressividade”? (p. 24). Será que os mesmos parâmetros para tais classificações estão sendo utilizados em avaliações de mulheres e homens? Para a autora:

É esse parâmetro, invisível, acrítico, profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado; pois ele é a “ponte” entre os manuais de classificação, o efetivo diagnóstico e qualquer possibilidade de tratamento a vir a ser oferecida. (ZANELLO, 2018, p. 24, grifos da autora).

Considerando a reunião destes argumentos, voltamos a nos perguntar: as discussões acerca das perspectivas de gênero estão incluídas ao longo da formação dos profissionais de saúde que estão envolvidos com a construção dos diagnósticos de saúde mental? Se estiverem, como estão sendo realizadas? E caso não estejam, porque este silêncio segue se perpetuando?

Analisando o levantamento de dados desta pesquisa, pode-se observar que apenas a FURG e a UFRGS, no Estado do Rio Grande do Sul, oferecem uma oportunidade para

que os estudantes dos cursos de Medicina e Psicologia possam cursar uma disciplina de gênero. Entretanto, as mesmas são optativas. Na FURG, segundo consulta da grade curricular dos cursos, os estudantes de Medicina e Psicologia podem cursar a disciplina chamada Gênero e Sexualidade nos Espaços Educativos, tendo esta como objetivo realizar uma discussão a respeito das questões dos corpos, gêneros e sexualidades na contemporaneidade. Já na UFRGS, a disciplina está intitulada como Gênero e Sexualidade nos modos de Subjetivação Contemporâneos, tendo como descrição das atividades o foco na discussão sobre a construção dos conceitos de gênero e sexualidade a partir de uma perspectiva pós-estruturalista.

No Estado de Santa Catarina, a UFSC oferece uma disciplina sobre gênero apenas no curso de Psicologia. Neste caso, ela é obrigatória e denomina-se Gênero, Corpos e Sexualidade, tendo como temática de discussão problematizações acerca dos conceitos de gênero, corpo e sexualidade; a questão da norma e das normalizações/normatizações; sexo/gênero e sua produção histórica; e movimentos sociais e sexualidades. Enquanto isso, a Universidade Federal da Fronteira Sul não possui nenhum dos cursos elencados nesta pesquisa.

No Estado do Paraná, nenhum dos cursos analisados oferece disciplinas sobre gênero, nem em caráter obrigatório ou optativo.

Dessa forma, a partir de todas as discussões elaboradas até o momento, observamos que investigar o ensino de gênero nos cursos de graduação e residência médica de profissionais que atuam na linha de frente dos cuidados em saúde, incluindo aqui a saúde mental, torna-se importante para a discussão da relação que se estabelece entre gênero e diagnóstico. Pensar a formação do profissional não diz respeito apenas a investigação sobre a existência, ou não, de uma compreensão teórica sobre o conceito de gênero. Mas também, nos mostra que a relação profissional-paciente engloba os mais diferentes aspectos políticos, econômicos e sociais, sendo que receber um diagnóstico pode ser, antes de tudo, uma forma de maquiar opressões de gênero a que tantas mulheres seguem sendo submetidas. Por isso questionamos: se gênero fosse um tema com espaço de discussão maior nos cursos de graduação dos profissionais da saúde, nossos dados epidemiológicos em saúde mental seguiriam os mesmos?

Seguindo a mesma lógica, ao englobarmos a concepção de saúde adotada pelo campo da Saúde Planetária, podemos perceber a necessidade urgente de analisarmos tanto o adoecimento quanto o tratamento da população de uma forma integrada, ou seja, incluindo aqui às mais diferentes facetas que estão envolvidas no processo de saúde e

doença do indivíduo, considerando desde as alterações ecossistêmicas até mesmo as inequidades e opressões de gênero.

Mesmo sabendo que um curso de graduação, na grande maioria das universidades, busca promover uma formação generalista do profissional, como é possível esperar que o mesmo tenha o mínimo de consciência sobre a relevância do gênero em sua futura trajetória profissional se o tema não for discutido ao longo da formação? Da mesma forma, caso esta consciência não venha a se desenvolver ao longo do exercício da sua profissão, como se espera que políticas públicas de cuidado às mulheres sejam formuladas e considerem, verdadeiramente, suas necessidades? Estes questionamentos norteiam nossos estudos neste artigo e, por mais que tenhamos clareza de que não poderão ser esgotados em suas análises neste trabalho, reforçamos a urgência e a necessidade da difusão das discussões desta temática, para que futuros trabalhos também possam vir a ser desenvolvidos, atenuando assim as lacunas que ainda temos nesse campo de estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o profissional da área da saúde é ensinado a realizar diagnósticos, especialmente os da área médica. Dalgarrondo (2000) refere que o critério diagnóstico amplamente utilizado nos últimos anos, pelos manuais como CID e DSM, está pautado sobre pressupostos epistemológicos baseados na existência de síndromes. Dessa forma, o profissional estuda a semiologia dos transtornos, ou seja, estuda os sinais e sintomas de uma doença, buscando identificar alterações físicas e mentais. É dessa maneira que ele passa a entender o sintoma como algo que aparece através da queixa do paciente e o sinal como um aspecto mais objetivo, mais visível, ambos sendo investigados para chegar a um diagnóstico. É exatamente na investigação de sintomas e sinais que Zanillo (2014) nos mostra o quanto o gênero se faz presente. Para a autora, se o sujeito se constitui através das relações de gênero, como seria possível desconsiderar a participação de valores, estereótipos, concepções e ideias no momento em que ele relata um sintoma? E da mesma forma, como desconsiderar estes aspectos no momento em que sua queixa é “avaliada e classificada” pelo profissional da saúde?

Entende-se assim que ao introduzir a perspectiva de gênero no campo da saúde mental abre-se a possibilidade para discussão do porquê, ainda hoje, a tolerância a comportamentos agressivos segue sendo diferente para homens e mulheres, ou até mesmo porque a expressão sexual de ambos é vista e interpretada de formas distintas, entre tantos



outros exemplos que poderiam ser citados. É dessa forma que Zanello (2014) nos mostra que é fundamental compreender que as relações de gênero não se expressam somente no que o próprio paciente relata como um sintoma, mas sim, e com implicações bastante delicadas, estão refletidas no que o próprio profissional entende e pensa sobre o significado de ser mulher ou homem na atualidade. Afinal, além da semiologia, a concepção de gênero também faz parte da pirâmide que constrói um diagnóstico. Então, por que ainda estamos falando e ensinando tão pouco sobre isso no momento da formação de um profissional? Da mesma forma, por que ainda é tão difícil enxergar a interconexão entre os fatores de adoecimento populacional, como aponta a Saúde Planetária? Por que seguimos considerando que o mundo em que vivemos, incluindo aqui os ecossistemas, não afetam também a nossa construção e vivência do que entendemos por saúde e doença? Acreditamos que a abertura de espaços de discussão acerca da formação e ensino de gênero para os profissionais da área da saúde, responsáveis por diagnósticos e consequentemente por dados epidemiológicos sobre os quais políticas públicas se organizam, se faz urgente. Ressaltamos que o objetivo deste trabalho nunca será questionar a existência de fatores e condições biológicas na manifestação de transtornos mentais. Entretanto, esta modalidade de pesquisa luta pela inclusão de uma interface entre mente, cérebro, corpo, cultura, história, política e gênero. Porém, para que isso seja possível, precisamos seguir nos questionando: como um campo de discussão pode ser expandido se ele praticamente ainda não existe nem na formação inicial de um profissional?

#### REFERÊNCIAS

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

CLASSIFICAÇÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. **CID – 10**. Disponível em: <<https://www.cid10.com.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. In: DEL PIORE, M. Org. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

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 14 ago. 2020.

IEA. Instituto de Estudos Avançados. Grupo de Estudos em Saúde Planetária – USP. 2022. **Whats is Planetary Health?** Disponível em <<https://saudeplanetaria.iea.usp.br/en/o-que-e-saude-planetaria/>>. Acesso em 29 ago. 2022.

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.

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: 11 mar. 2022.

\_\_\_\_\_. **Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/portuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf?ua=1](https://www.who.int/portuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1)>. Acesso em: 11 mar. 2022.

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.

PATEL, V. Gender and Mental Health: a review of two textbooks of psychiatry. **Economic and Political Weekly**, v. 40, n. 18, p. 1850-1858, 2005. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/4416569?seq=1>>. Acesso em: 11 mar. 2022.

PHILLIPS, K. A.; FIRST, M. B. Gênero e Idade: considerações no diagnóstico Psiquiátrico: agenda de pesquisa para o DSM-V. In: NARROW, W. E. et al. (Org.). **Gênero e Idade: Considerações no Diagnóstico Psiquiátrico**. São Paulo: Rocca, 2008.

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: 11 mar. 2022.

SOCIEDADE Brasileira de Psiquiatria. **Revisão da nova CID**. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/#:~:text=A%20vers%C3%A3o%20consolidada%20da%20nova,1%C2%BA%20de%20janeiro%20de%202022>>. Acesso em 11 marc. 2022.

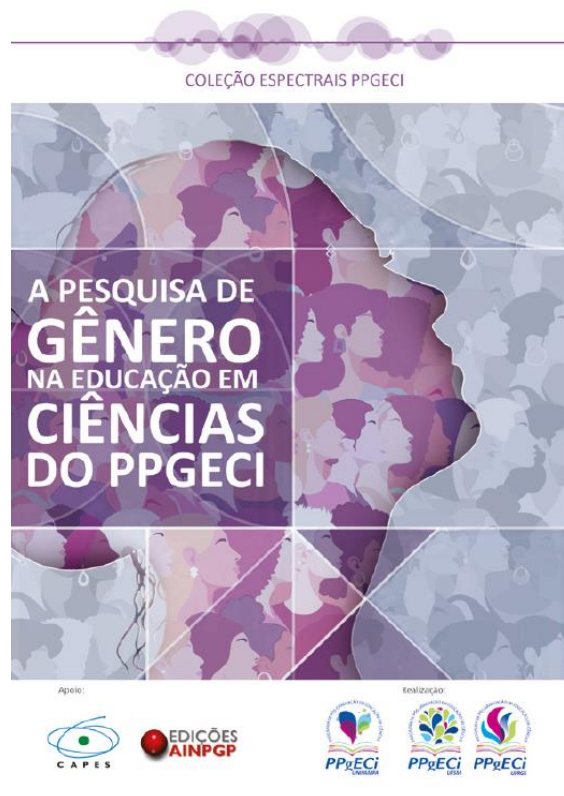
WIDIGER, T. A.; FIRST, M. B. Gênero e Idade: considerações no diagnóstico Psiquiátrico: agenda de pesquisa para o DSM-V. In: NARROW, W. E. et al. (Org.). **Gênero e Idade: Considerações no Diagnóstico Psiquiátrico**. São Paulo: Rocca, 2008.

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, Cultura e Processos de Subjetivação. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

\_\_\_\_\_. 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.

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: 11 mar. 2022.

2 - BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana de Souza. O ensino de gênero na formação de profissionais da saúde da região sul do país: relações entre práticas educativas e a construção de diagnósticos. In: LOGUERCIO, Rochele (Org.). **A Pesquisa de Gênero na Educação em Ciências do PPGECI**. Cajazeiras – PB: Edições AINPGP. Coleção Espectrais, PPGECI, 2023. Disponível em: <<https://ainpgp.org/publicacoes/a-pesquisa-de-genero-na-educacao-em-ciencias-do-ppgeci/>>.



## **O Ensino de Gênero na formação de Profissionais da Saúde da Região Sul do Brasil: relações entre práticas educativas e a construção de diagnósticos**

### **CAMINHOS DO GÊNERO NA SAÚDE MENTAL**

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).

Estas diferenças podem ser percebidas, por exemplo, através da observação dos dados epidemiológicos em saúde mental: 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).

No Brasil, em sua última Pesquisa Nacional de Saúde, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019) registrou a presença de depressão em 16,3 milhões de brasileiros com 18 anos ou mais. Em 2013, a mesma pesquisa havia registrado um total de 11 milhões, ou seja, houve um aumento de mais de 5 milhões de diagnósticos em um período de 6 anos. Ainda comparando às duas pesquisas, outro dado preocupante aparece: em 2013 já existia uma maior prevalência de diagnósticos de depressão entre as mulheres (10,9%) quando comparadas aos homens (3,9%). Na pesquisa mais recente, a maior prevalência continua, só que agora com índices ainda mais discrepantes: 14,7% de diagnósticos em mulheres e 5,1% em homens. Observa-se aqui um aumento de mais de 4% na incidência de depressão em mulheres, enquanto os homens tiveram aumento médio de um pouco mais de 1%.

Considerando as regiões do Brasil, Sul e Sudeste apresentaram os maiores percentuais de pessoas com diagnóstico de depressão, alcançando escores de 15,2% e 11,5%, respectivamente. Além disso, uma maior concentração de diagnósticos foi localizada em indivíduos com níveis de instrução situados nos extremos, ou seja, desde pessoas com ensino superior completo, atingindo 12,2% de diagnósticos, até pessoas sem instrução e/ou com fundamental incompleto, tendo escores de 10,9% (IBGE, 2019).

Ainda segundo a pesquisa, utilizando o critério cor ou raça, houve uma maior proporção de pessoas brancas diagnosticadas com depressão (12,5%), seguidas pelas pessoas de cor parda (8,6%) e pretas (8,2%). Consideramos este dado muito interessante e passível de análise, uma vez que já se sabe que o acesso à saúde para pessoas brancas é diferente do acesso à saúde para pardos e pretos. Nesse sentido, um maior índice de diagnóstico nem sempre pode significar maior adoecimento da população branca, mas sim, antes de tudo, poderia denunciar a existência de inequidades nos acessos aos serviços de saúde quando consideramos a questão de classe e raça.

Por fim, menos da metade dos homens (43,8%) e mulheres (49,3%) que referiram diagnóstico de depressão usavam medicamentos. A proporção média de uso de alguma medicação para controle dos sintomas foi de 48%, sendo que a região Norte apresentou a menor proporção (31,2%). Em relação a idade, nos grupos de pessoas com 60 anos, as proporções de uso de medicação para depressão foram maiores do que a média nacional: 56,3% para pessoas com 60 a 64 anos; 56,8%, de 65 a 74 anos; e, 61,9%, entre as pessoas com 75 anos ou mais de idade. Além disso, 18,9% do total de brasileiros que receberam

diagnóstico de depressão faziam psicoterapia, e 52,8% já haviam recebido algum tipo de assistência médica nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista.

Em relação ao local de atendimento, 47,4% foram atendidas em consultório particular ou clínica privada; 29,7% em uma unidade básica de saúde; 13,7% em um Centro de Especialidades, Policlínica Pública ou ambulatório de hospital público (IBGE, 2019). Aqui pode-se observar que a maior concentração de busca por atendimentos esteve centrada sobre a esfera privada, demonstrando, mais uma vez, as dificuldades no acesso e na prestação de serviços públicos de saúde mental para a população, especialmente pela falta de recursos e pouco investimento na expansão das redes e ofertas de serviço por parte do Governo Federal. Ressalta-se que os dados da Pesquisa Nacional de Saúde foram publicados em 2019, ou seja, antes do início da pandemia de covid-19. Nesse sentido, provavelmente estas inequidades no acesso aos serviços e cuidados pode ser, atualmente, ainda maiores.

Em esfera mundial, a Organização Mundial da Saúde (2018) classifica a depressão como a principal causa de problemas de saúde e incapacidade em todo o mundo, atingindo mais de 300 milhões de pessoas. Da mesma forma, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), registrou, em 2015, cerca de 50 milhões de pessoas com depressão nas Américas, representando 5% da população. Entretanto, apesar dos altos números de incidência da doença, 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 (2015). Ao analisarmos os dados disponíveis sobre os investimentos financeiros destinados aos cuidados em saúde mental, observa-se que, 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, 2015). Este baixo investimento em saúde mental, segundo a OMS (2018) 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.

De forma semelhante, o relatório *Mulheres e Saúde*, apresentado pela OMS (2009), apontou para um maior desenvolvimento de transtornos relacionados à 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 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.

### PROFISSIONAIS DA SAÚDE E GÊNERO

Em 2018, a Organização Mundial da Saúde (2018) lançou um relatório chamado de *Gender and Women's Mental Health*. Neste documento, destacava-se um ponto muito importante: é possível observar a existência de uma relação entre a prevalência de diagnósticos de depressão e ansiedade em mulheres com fatores de risco permeados por condições de violência de gênero, como desvantagem socioeconômica, baixa renda e desigualdade social. Ainda no mesmo relatório, a OMS refere outro dado significativo ao demonstrar que profissionais da saúde apresentam uma maior tendência em diagnosticar depressão em mulheres do que em homens, mesmo quando ambos alcançam escores semelhantes em testes padronizados para avaliar a patologia.

Analisando mais profundamente esta postura dos profissionais de saúde, Zanello e Silva (2012) referem que o profissional que realiza diagnósticos 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. Dessa maneira, poderiam existir níveis de tolerância diferentes para classificar, por exemplo, o choro na mulher e a agressividade no homem, o que acabaria levando, por um lado, a hiperdiagnóstico de certas síndromes em mulheres e, por outro, o subdiagnóstico em homens, e vice-versa.

A partir disso, seria possível cogitar a existência de uma construção de diagnósticos em saúde mental que se utilizaria de critérios de avaliação desiguais para mulheres e homens? Caso a afirmação seja verdadeira, não seria urgente a introdução de discussões sobre a utilização de critérios diagnósticos que levassem em consideração a singularidade (desde emocional até mesmo política e econômica) envolvida na

manifestação da depressão em mulheres e homens? Caso este processo ocorresse, não seria possível pensar que os dados epidemiológicos hoje apresentados como prevalentes em mulheres poderiam sofrer alterações drásticas, bem como aqueles indicando prevalências de doenças em homens?

Nesse sentido, o que se busca discutir neste artigo, fruto da tese de doutorado da autora, concentra-se sobre a reavaliação dos padrões de gênero internalizados pelos próprios profissionais da saúde, incluindo aqui os seus percursos de formação ao longo da graduação, bem como analisar e discutir os critérios diagnósticos estabelecidos e adotados por instituições internacionais para construção de diagnósticos de saúde mental. Ao colocar em xeque estes aspectos, abre-se a possibilidade para uma nova compreensão acerca das altas taxas de prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres, tanto em escala nacional quanto global, além de apontar para lacunas sobre o ensino e às discussões de gênero ao longo da formação profissional.

## METODOLOGIA

Como a temática da tese de doutorado da autora centra-se sobre a discussão da construção de diagnósticos de saúde mental em mulheres, optou-se por delimitar os estudos sobre as categorias profissionais de Psicólogos e Médicos (incluindo aqui Médicos Clínicos Gerais e Psiquiatras), entendendo que estes costumam ser os principais responsáveis por oferecer diagnósticos e tratamentos às mulheres com condições de saúde mental. Nesse sentido, levantaram-se os seguintes questionamentos:

Como os profissionais da Psicologia e da Medicina, através de discursos e práticas educativas, mantém relação com a construção dos diagnósticos de saúde mental em mulheres?

Da mesma forma, se existe uma relação entre as violências e opressões de gênero frente a prevalência de diagnósticos de saúde mental em mulheres, como estão organizadas as práticas de ensino de gênero nos cursos de graduação dos profissionais da Psicologia e da Medicina? Este segundo questionamento surge a partir da compreensão de que a perspectiva de gênero utilizada pelo profissional da saúde pode manter relação com a forma como o mesmo construirá o diagnóstico oferecido ao indivíduo. Dessa forma, as discussões de gênero estão sendo incluídas nos currículos de formação destes profissionais?

Após o estabelecimento das perguntas norteadoras do estudo, os dados coletados para análise foram obtidos da seguinte maneira: realizou-se um levantamento para

identificar quantas Universidades Federais existem, atualmente, no Brasil. Ressaltamos que neste artigo os dados escolhidos para discussão centraram-se apenas sobre a região sul do país, englobando assim os estados do Rio Grande do Sul, de Santa Catarina e do Paraná. Após a identificação das universidades de cada estado, foi acessado o site institucional de cada uma delas, buscando localizar as informações curriculares dos seguintes cursos: Psicologia, Medicina e Residência em Psiquiatria (se houvesse). Ao localizar a grade curricular de cada curso, analisou-se todas as disciplinas ofertadas pelos mesmos, englobando aqui às obrigatórias e às optativas, objetivando identificar se em algum momento da formação destes profissionais o ensino da temática de gênero estava sendo oferecido pela Universidade. Optou-se pela escolha dos cursos anteriormente mencionados uma vez que entende-se que estes são, atualmente, os profissionais da saúde mais envolvidos com atendimentos no campo da saúde mental.

#### APRESENTAÇÃO DOS DADOS

As tabelas abaixo organizadas apresentam os dados coletados na pesquisa.

**Tabela A:** Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado do Rio Grande do Sul

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFCSPA <sup>56</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não
UFPeI <sup>57</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não
UFSM <sup>58</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
Unipampa <sup>59</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
FURG <sup>60</sup>	Psicologia	Sim – 1 optativa
	Medicina	Sim – 1 optativa

<sup>56</sup> Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

<sup>57</sup> Universidade Federal de Pelotas

<sup>58</sup> Universidade Federal de Santa Maria

<sup>59</sup> Universidade Federal do Pampa

<sup>60</sup> Universidade Federal do Rio Grande



	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UFRGS <sup>61</sup>	Psicologia	Sim – 1 optativa
	Medicina	Sim – 1 optativa
	Residência em Psiquiatria	Não foi possível localizar a grade curricular

**Fonte: elaborado pela autora**

**Tabela B:** Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado de Santa Catarina

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFSC <sup>62</sup>	Psicologia	Sim
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso

**Fonte: elaborado pela autora**

**Tabela C:** Ensino de Gênero em Universidades Federais no Estado do Paraná

Universidade	Curso	Possui ensino de Gênero
UFPR <sup>63</sup>	Psicologia	Não
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UNILA <sup>64</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso
UTFPR <sup>65</sup>	Psicologia	Não possui o curso
	Medicina	Não possui o curso
	Residência em Psiquiatria	Não possui o curso

**Fonte: elaborado pela autora**

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gênero se apresenta como um determinante social importante, sendo que sua inclusão na construção e compreensão dos processos de saúde mental deveria ser urgente (PATEL, 2005). Dizemos que deveria porque, infelizmente, até o presente momento, os

<sup>61</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul

<sup>62</sup> Universidade Federal de Santa Catarina

<sup>63</sup> Universidade Federal do Paraná

<sup>64</sup> Universidade Federal da Integração Latino Americana

<sup>65</sup> Universidade Tecnológica Federal do Paraná

estudos que englobam esta perspectiva continuam sendo muito escassos, tanto em escala nacional quanto internacional.

Quando consideramos aspectos históricos sobre o campo da Saúde Mental, podemos tomar como base as descrições do sujeito louco feitas pelos escritos de Foucault (1982), através dos quais o autor retrata a categorização do indivíduo como doente mental, sua exclusão e reclusão em entidades específicas, tais como os asilos e manicômios, bem como a retirada da voz e do direito do louco, principalmente quando este passa a ser entendido como um objeto de estudo e, conseqüentemente, uma ameaça à ordem natural das coisas. Entretanto, ressalta-se que nesse processo histórico foram silenciadas, principalmente, as vozes das mulheres, sendo este movimento fortemente influenciado pelo surgimento e consolidação da psiquiatria e, conseqüentemente, dos discursos criados e difundidos por esta área médica.

Para Showalter (1987, p. 38) “o manicômio, como casa do desespero, deve ser entendido como símbolo de todas as instituições criadas pelos homens, do casamento à lei, que confinaram e confinam às mulheres, e as deixam loucas”. Ainda segundo a autora, o movimento dos discursos que vem acontecendo nos últimos séculos mantém os homens ligados a racionalidade, enquanto às mulheres restam às figuras de insanas, entendendo que suas loucuras são produtos dos seus próprios erros, como se a doença mental na mulher estivesse ligada à sua própria essência, ou seja, algo já pré-determinado, sem chances de mudança. Da mesma forma, a autora ainda reforça seus argumentos quando diz que a experiência da loucura é muito mais vivenciada por mulheres e, quando esta acontece para os homens, ainda acaba sendo representada, metaforicamente, como algo advindo do feminino.

Com a contínua consolidação da psiquiatria como área responsável pelo “tratamento dos loucos”, mesmo que tratar fosse, por vezes, o último dos seus objetivos, começaram a surgir classificações nosológicas sobre as doenças. Este movimento manteve extensa relação com o fato de que a psiquiatria nem sempre conseguia definir causas exatas para a manifestação dos sintomas, surgindo então a necessidade de adotar práticas de classificação e descrição das supostas doenças. Porém, estas descrições, muitas vezes, pautavam-se sobre valores morais (ZANELLO, 2018).

Nesse sentido, mais uma vez às mulheres foram o alvo. Ao analisar prontuários de internação psiquiátrica do século XIX, foi possível encontrar descrições muito diferentes entre o diagnóstico oferecido para mulheres e homens. Em grande parte dos casos, os motivos para internação de mulheres estavam relacionados a aspectos da sua

sexualidade, entre eles, manter relações fora do casamento, manter relações com fins não reprodutivos e o não desejo de ser mãe, entre outros. Enquanto isso, as descrições dos homens mantinham relação com o papel social que lhes era atribuído, como questões do trabalho e aspectos que o colocavam como provedor (ENGEL, 2004).

Mais tarde, no século XX, surgiram medicamentos destinados especificamente ao tratamento das doenças mentais, denominados inicialmente de neurolépticos. A partir disso, a prática de classificação dos sintomas se difundiu ainda mais, sendo estimulada também pelo surgimento dos Manuais de Transtornos Mentais, como o DSM – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, atualmente na sua quinta versão (APA, 2014) bem como a CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, estando sua última versão programada para entrar em vigor em 2022, sendo esta a décima primeira edição, atualizada 28 anos após a última versão (SBP, 2018).

Uma discussão importante sobre este novo modelo de classificação é feita por Maluf (2010) quando a autora aponta que, no princípio dos estudos, o sujeito louco era classificado como alguém que possuía um transtorno mental, ligado então ao campo da patologia. Porém, com este novo modelo classificatório baseado em manuais, os sintomas do indivíduo também passaram a ganhar espaço dentro do campo da normalidade, ou seja, passou-se a vivenciar um processo de patologização do normal, pois o discurso do sujeito com doença mental passou a ser entendido através da utilização de critérios que envolvem a presença ou ausência de sintomas, sendo estes identificados por um especialista, tomando como base as descrições dos manuais. Para tanto, o paciente teria que apresentar um conjunto mínimo de sintomas, por determinado período de tempo, para ser diagnosticado. Porém, Zanello (2018) aponta que este conjunto de sintomas, conforme as descrições contidas nos manuais, acaba apresentando limitações quando adotamos uma perspectiva de gênero.

Um dos primeiros limites desta perspectiva, segundo Zanello (2018) diz respeito ao gendramento dos sintomas. Segundo a autora, o gendramento denuncia que a ausência de uma crítica de gênero no momento da formulação de um diagnóstico pode acabar estimulando, por um lado, a utilização de procedimentos que hiper diagnosticam certas doenças em um grupo, como por exemplo nas mulheres, e, por outro lado, acabem por invisibilizar a mesma manifestação em grupos distintos, como nos homens. Como exemplo, Zanello (2018) cita o choro, sendo sua manifestação extremamente inibida entre os homens, mas, ao mesmo tempo, permitida e até mesmo incentivada em mulheres,

principalmente em culturas sexistas. Além disso, a autora apresenta o argumento de que o choro costuma ser o exemplo mais usado em manuais de classificação para descrever o sintoma da tristeza e, conseqüentemente, diagnosticar a depressão. A partir disso, ela questiona: “Seria à toa que índices epidemiológicos desse transtorno sejam mundialmente bem maiores em mulheres?” (ZANELLO, 2018, p. 23). Dessa forma, além do hiper diagnóstico de certas síndromes em um grupo específico, também torna-se importante observar a existência de um processo de naturalização das diferenças culturalmente construídas entre homens e mulheres, sendo que estas deveriam, em primeira instância, ser problematizadas no momento em que se pensa a construção de um diagnóstico.

Outro limite apontado por Zanello (2018), quando a perspectiva de gênero não é adotada frente a construção de um diagnóstico, diz respeito às próprias discussões do que pode ser entendido e denominado como um sintoma. Para a autora, o discurso trazido através da queixa do paciente costuma envolver determinados *scripts* sociais que se baseiam em valores de gênero. Estes papéis de gênero fazem parte da constituição do sujeito como mulher e/ou homem na sociedade, pois envolvem discursos sociais culturalmente, historicamente, politicamente, economicamente e socialmente construídos sobre o que se espera que uma mulher e/ou homem faça e se torne ao longo da sua vida. Nesse sentido, para a autora, o sofrimento surgiria quando houvesse um descompasso entre o que se espera e o que é possível ser, estando mulher e/ou homem na sociedade. Um exemplo poderia ser retratado quando uma paciente mulher busca atendimento por estar em sofrimento devido ao fato de não desejar ser mãe, papel social que é delegado às mulheres desde a mais tenra infância, podendo ser observado até mesmo através dos brinquedos e brincadeiras para as quais meninas são estimuladas. Pensemos então: caso o profissional que atenda esta mulher não consiga compreender a perspectiva de gênero que vem imbricada em sua queixa, facilmente poderia diagnosticá-la com depressão e encaminhá-la para um tratamento. Não que esta mulher não possa estar manifestando sintomas condizentes com a depressão, porém, torna-se importante incluir a discussão dos motivos que levaram a este adoecimento, uma vez que não assumir o papel social da maternidade não deveria mais ser entendido como motivo de preconceito, mas, infelizmente, ainda é. Ou seja, poderíamos pensar que a manifestação da depressão nesta paciente aconteceu por uma violência e opressão de gênero? Se sim, porque ainda seguimos apenas medicando o sofrimento e não ampliando as discussões sobre suas causas? Se o preconceito em relação à escolha consciente da não maternidade fosse mais

discutido, será que esta mulher estaria em sofrimento? Será que ela verdadeiramente sofre pela sua escolha ou pelos julgamentos sobre a mesma?

É nesse sentido que Zanello (2018) nos apresenta o que ela chama de terceira limitação de gênero dos manuais diagnósticos: qual é a perspectiva de gênero adotada pelo próprio profissional de saúde? Afinal, mesmo que o sintoma se apresente através da queixa do paciente, ele acaba sendo interpretado por quem o escuta. Assim, a autora nos diz que “em saúde mental, o diagnóstico do médico não é, jamais, um ato neutro e nem baseado em um processo de mensuração. É um ato de julgamento moral.” (p. 24). Nesse sentido, como poderíamos interpretar descrições que se referem a presença de sexualidades desviantes nas mulheres, ou até mesmo qual seria o significado da expressão “excesso de agressividade”? (p. 24). Será que os mesmos parâmetros para tais classificações estão sendo utilizados em avaliações de mulheres e homens? Para a autora:

É esse parâmetro, invisível, acrítico, profundamente gendrado, que precisa ser questionado, refletido, problematizado; pois ele é a “ponte” entre os manuais de classificação, o efetivo diagnóstico e qualquer possibilidade de tratamento a vir a ser oferecida. (ZANELLO, 2018, p. 24, grifos da autora).

Considerando a reunião destes argumentos, voltamos a nos perguntar: as discussões acerca das perspectivas de gênero estão incluídas ao longo da formação dos profissionais de saúde que estão envolvidos com a construção dos diagnósticos de saúde mental? Se estiverem, como estão sendo realizadas? E caso não estejam, porque este silêncio segue se perpetuando?

Analisando o levantamento de dados desta pesquisa, pode-se observar que apenas a FURG e a UFRGS, no Estado do Rio Grande do Sul, oferecem uma oportunidade para que os estudantes dos cursos de Medicina e Psicologia possam cursar uma disciplina de gênero. Entretanto, as mesmas são optativas. Na FURG, segundo consulta da grade curricular dos cursos, os estudantes de Medicina e Psicologia podem cursar a disciplina chamada Gênero e Sexualidade nos Espaços Educativos, tendo esta como objetivo realizar uma discussão a respeito das questões dos corpos, gêneros e sexualidades na contemporaneidade. Já na UFRGS, a disciplina está intitulada como Gênero e Sexualidade nos modos de Subjetivação Contemporâneos, tendo como descrição das atividades o foco na discussão sobre a construção dos conceitos de gênero e sexualidade a partir de uma perspectiva pós-estruturalista.

No Estado de Santa Catarina, a UFSC oferece uma disciplina sobre gênero apenas no curso de Psicologia. Neste caso, ela é obrigatória e denomina-se Gênero, Corpos e Sexualidade, tendo como temática de discussão problematizações acerca dos conceitos de gênero, corpo e sexualidade; a questão da norma e das normalizações/normatizações; sexo/gênero e sua produção histórica; e movimentos sociais e sexualidades.

No Estado do Paraná, nenhum dos cursos analisados oferece disciplinas sobre gênero, nem em caráter obrigatório ou optativo.

Dessa forma, a partir da reunião de todas as discussões elaboradas até o momento, observamos que investigar o ensino de gênero nos cursos de graduação e residência médica de profissionais que atuam na linha de frente dos cuidados em saúde, incluindo aqui a saúde mental, torna-se importante para a discussão da relação que se estabelece entre gênero e diagnóstico. Pensar a formação do profissional não diz respeito apenas a investigação sobre a existência, ou não, de uma compreensão teórica sobre o conceito de gênero. Mas também, nos mostra que a relação profissional-paciente engloba os mais diferentes aspectos políticos, econômicos e sociais, sendo que receber um diagnóstico pode ser, antes de tudo, uma forma de maquiar opressões de gênero a que tantas mulheres seguem sendo submetidas. Por isso questionamos: se gênero fosse um tema com espaço de discussão maior nos cursos de graduação dos profissionais da saúde, nossos dados epidemiológicos em saúde mental seguiriam os mesmos?

Mesmo sabendo que um curso de graduação, na grande maioria das universidades, busca promover uma formação generalista do profissional, como é possível esperar que o mesmo tenha o mínimo de consciência sobre a relevância do gênero em sua futura trajetória profissional se o tema não for discutido ao longo da formação? Da mesma forma, caso esta consciência não venha a se desenvolver ao longo do exercício da sua profissão, como se espera que políticas públicas de cuidado às mulheres sejam formuladas e considerem, verdadeiramente, suas necessidades? Estes questionamentos norteiam nossos estudos neste artigo e, por mais que tenhamos clareza de que não poderão ser esgotados em suas análises neste trabalho, reforçamos a urgência e a necessidade da difusão das discussões desta temática, para que futuros trabalhos também possam vir a ser desenvolvidos, atenuando assim as lacunas que ainda temos nesse campo de estudo.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o profissional da área da saúde é ensinado a realizar diagnósticos, especialmente os da área médica. Dalgalarrondo (2000) refere que o critério diagnóstico

amplamente utilizado nos últimos anos, pelos manuais como CID e DSM, está pautado sobre pressupostos epistemológicos baseados na existência de síndromes. Dessa forma, o profissional estuda a semiologia dos transtornos, ou seja, estuda os sinais e sintomas de uma doença, buscando identificar alterações físicas e mentais. É dessa maneira que ele passa a entender o sintoma como algo que aparece através da queixa do paciente e o sinal como um aspecto mais objetivo, mais visível, ambos sendo investigados para chegar a um diagnóstico. É exatamente na investigação de sintomas e sinais que Zanella (2014) nos mostra o quanto o gênero se faz presente. Para a autora, se o sujeito se constitui através das relações de gênero, como seria possível desconsiderar a participação de valores, estereótipos, concepções e ideias no momento em que ele relata um sintoma? E da mesma forma, como desconsiderar estes aspectos no momento em que sua queixa é “avaliada e classificada” pelo profissional da saúde?

Entende-se assim que ao introduzir a perspectiva de gênero no campo da saúde mental abre-se a possibilidade para discussão do porquê, ainda hoje, a tolerância a comportamentos agressivos segue sendo diferente para homens e mulheres, ou até mesmo porque a expressão sexual de ambos é vista e interpretada de formas distintas, entre tantos outros exemplos que poderiam ser citados. É dessa forma que Zanella (2014) nos mostra que é fundamental compreender que as relações de gênero não se expressam somente no que o próprio paciente relata como um sintoma, mas sim, e com implicações bastante delicadas, estão refletidas no que o próprio profissional entende e pensa sobre o significado de ser mulher ou homem na atualidade. Afinal, além da semiologia, a concepção de gênero também faz parte da pirâmide que constrói um diagnóstico. Então, por que ainda estamos falando e ensinando tão pouco sobre isso no momento da formação de um profissional?

Acreditamos que a abertura de espaços de discussão acerca da formação e ensino de gênero para os profissionais da área da saúde, responsáveis por diagnósticos e consequentemente por dados epidemiológicos sobre os quais políticas públicas se organizam, se faz urgente. Ressaltamos que o objetivo deste trabalho nunca será questionar a existência de fatores e condições biológicas na manifestação de transtornos mentais. Entretanto, esta modalidade de pesquisa luta pela inclusão de uma interface entre mente, cérebro, corpo, cultura, história, política e gênero. Porém, para que isso seja possível, precisamos seguir nos questionando: como um campo de discussão pode ser expandido se ele praticamente ainda não existe nem na formação inicial de um profissional?

## REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM - 5**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.
- CLASSIFICAÇÃO Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. **CID – 10**. Disponível em: <<https://www.cid10.com.br/>>. Acesso em: 14 ago. 2020.
- DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e Semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2000.
- ENGEL, M. Psiquiatria e Feminilidade. In: DEL PIORE, M. Org. **História das Mulheres no Brasil**. São Paulo: Contexto, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1982.
- 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 14 ago. 2020.
- 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.
- 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: 11 mar. 2022.
- \_\_\_\_\_. **Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã**. 2009. Disponível em: <[https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres\\_Saude.pdf?ua=1](https://www.who.int/eportuguese/publications/Mulheres_Saude.pdf?ua=1)>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- 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.
- PATEL, V. Gender and Mental Health: a review of two textbooks of psychiatry. **Economic and Political Weekly**, v. 40, n. 18, p. 1850-1858, 2005. Disponível em: <<https://www.jstor.org/stable/4416569?seq=1>>. Acesso em: 11 mar. 2022.
- PHILLIPS, K. A.; FIRST, M. B. Gênero e Idade: considerações no diagnóstico Psiquiátrico: agenda de pesquisa para o DSM-V. In: NARROW, W. E. et al. (Org.). **Gênero e Idade: Considerações no Diagnóstico Psiquiátrico**. São Paulo: Rocca, 2008.
- 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: 11 mar. 2022.



SOCIEDADE Brasileira de Psiquiatria. **Revisão da nova CID**. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oms-conclui-revisao-da-nova-cid-que-entrara-em-vigor-a-partir-de-janeiro-de-2022/#:~:text=A%20vers%C3%A3o%20consolidada%20da%20nova,1%C2%BA%20de%20janeiro%20de%202022>>. Acesso em 11 marc. 2022.

WIDIGER, T. A.; FIRST, M. B. Gênero e Idade: considerações no diagnóstico Psiquiátrico: agenda de pesquisa para o DSM-V. In: NARROW, W. E. et al. (Org.). **Gênero e Idade: Considerações no Diagnóstico Psiquiátrico**. São Paulo: Rocca, 2008.

ZANELLO, Valeska. Saúde Mental, Cultura e Processos de Subjetivação. In: \_\_\_\_\_. **Saúde Mental, gênero e dispositivos: cultura e processos de subjetivação**. 1. ed. Curitiba: Appris, 2018.

\_\_\_\_\_. 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.

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: 11 mar. 2022.

3 - BOEFF, Muriel Closs. CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero, Trabalho e Práticas de Promoção da Saúde: implicações sobre a saúde mental de mulheres. In: SILVEIRA, Jader (Org.). **Olhares Contemporâneos: Diversidade, Gênero e Sexualidade-Volume 1**. Formiga – MG: Editora Real Conhecer, 2022. Disponível em: <<https://editora.realconhecer.com.br/2022/02/olhares-contemporaneos-diversidade.html>>.



### **GÊNERO, ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: IMPLICAÇÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL DE MULHERES**

Muriel Closs Boeff<sup>66</sup>

Tatiana Souza de Camargo<sup>67</sup>

---

<sup>66</sup> Psicóloga, Mestre em Educação em Ciências (UFRGS) e Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. E-mail: muri.cb@hotmail.com. Bolsista CAPES.

<sup>67</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. E-mail: tatiana.camargo@ufrgs.br.

**Resumo:** Em nossa sociedade, os modelos de gestão e organização do trabalho vêm se mostrando cada vez mais adoeceadores. Queixas inespecíficas, dores físicas, insônia, irritabilidade, angústia e mal-estar, são sintomas cada vez mais relatados por trabalhadoras quando questionadas acerca de suas atividades laborais. Nesse sentido, torna-se importante buscar compreender como as transformações no mundo do trabalho repercutem também no desenvolvimento psíquico do indivíduo e, conseqüentemente, em sua família e na comunidade onde vivem. Dessa maneira, a respectiva pesquisa de doutorado busca investigar a relação entre gênero, trabalho, Práticas de Promoção da saúde e condições de saúde mental de mulheres, maiores de 18 anos, trabalhadoras da indústria e do campo, moradoras de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Como resultados preliminares, foi possível observar a manutenção das representações acerca do feminino nas organizações de trabalho, entre elas: a responsabilidade pelo cuidado – da propriedade à família; a sobrecarga e o acúmulo de funções; a invisibilidade do trabalho feminino; a desigualdade de remuneração; o corpo como depósito de sintomas; e a violência e as opressões de gênero. Através destes resultados, espera-se poder discutir as relações de saber-poder existentes nas organizações de trabalho da comunidade, bem como, através das Práticas de Promoção da Saúde, investigar as implicações dos discursos sobre as condições de saúde mental destas mulheres.

**Palavras-chave:** Gênero. Trabalho. Práticas de Promoção da Saúde. Saúde Mental.

## **Introdução**

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. 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 (2002), 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.

Entretanto, apesar dos dados epidemiológicos demonstrarem que o desenvolvimento de uma condição de saúde mental pode afetar a capacidade de trabalho do indivíduo, também é importante nos questionarmos sobre o quanto as próprias

condições de trabalho à que eles estão sujeitos, podem acabar mantendo uma relação com o aparecimento das doenças físicas e emocionais.

Nesse sentido, este artigo teve como objetivo discutir a relação estabelecida entre gênero, organização do trabalho e práticas de promoção da saúde frente ao desenvolvimento das condições de saúde mental de mulheres, assim autodeclaradas, maiores de 18 anos, moradoras de uma comunidade localizada na encosta da serra do estado do Rio Grande do Sul.

### **Caminhos Metodológicos**

Esta pesquisa foi realizada com 17 mulheres, assim autodeclaradas, maiores de 18 anos, com diagnóstico de depressão, moradoras da comunidade de Solanum<sup>68</sup>, pequeno município localizado na encosta da Serra do Rio Grande do Sul, colonizado por imigrantes alemães por volta de 1853. Nesta comunidade, a Equipe de Estratégia de Saúde da Família Girassol<sup>69</sup> 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 todas as participantes. 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.

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. Todos os envolvidos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, 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, em conjunto com às articulações de todo material proveniente das observações participantes e de registros do Diário de Campo, foram elencadas algumas categorias de análise. Neste artigo, serão apresentadas as seguintes: a responsabilidade pelo cuidado – da propriedade à família; a sobrecarga e o acúmulo de funções; a

---

<sup>68</sup> Nome fictício da comunidade onde a pesquisa foi realizada.

<sup>69</sup> Nome fictício da unidade de saúde onde a pesquisa foi realizada.

invisibilidade do trabalho feminino; a desigualdade de remuneração; o corpo como depósito de sintomas; e a violência e as opressões de gênero.

### **Discussão dos resultados**

As experiências de ser/estar mulher na comunidade estudada estavam circundadas pelas relações de gênero. Neste sentido, 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.

Em Solanum, a responsabilidade pelo cuidado da propriedade e da família, a sobrecarga e o acúmulo de funções, a invisibilidade do trabalho feminino e a desigualdade na remuneração são alguns dos retratos que podem exemplificar a implicação das condições de gênero sobre a vida das mulheres. Abaixo, serão apresentados alguns trechos retirados das entrevistas, os quais escancaram estas vivências.

Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo psicólogo da rede de saúde pública da comunidade, e Sandra, 51 anos, há 10 anos diagnosticada com depressão pelo médico de família e comunidade, nos falam sobre a responsabilidade depositada sobre a mulher frente aos cuidados da casa e da família.

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).

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?

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).

Nesse sentido, 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 os 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.

Em outro ponto, ainda considerando as nuances de vivenciar uma condição de vulnerabilidade de gênero, os relatos das entrevistadas sobre seus relacionamentos conjugais podem nos mostrar, mais uma vez, a hegemonia do controle masculino sobre a mulher em Solanum.

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 diabetes 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 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). (Fonte: entrevista com Virgínia, 43 anos, há 3 anos diagnosticada com depressão pelo Psicólogo da rede de saúde pública da comunidade).

- 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 em relações de poder também pode ser vista nos relacionamentos conjugais em Solanum, 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. 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 e estar em um relacionamento conjugal, nesta comunidade, acaba por permear-se sobre violências e opressões de gênero, as quais, cerceadas por relações de poder, muito além de apenas estabelecer associações com o desenvolvimento de condições de saúde mental e o aparecimento de experiências singulares de sofrimento, acabam 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.

Seguindo com nossas discussões, entramos agora no mundo do trabalho. 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 a 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 houvesse 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).

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).

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).

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 imbricadas neste processo de construção da imagem do imigrante alemão como aquele indivíduo voltado para a dedicação exclusiva ao 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 imigrante alemão 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 Michel 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. Ou seja, os imigrantes alemães estavam (e ainda continuam) operando dentro de regimes de verdade produzidos em um período e dentro de 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 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” costuma ser utilizado em seu formato mais cruel.

Por fim, como último tópico de discussão deste artigo, a categoria denominada de o corpo como depósito de sintomas foi criada com intuito de retratar a relação entre saúde mental, sintomas físicos e práticas de promoção da saúde no processo de construção do diagnóstico de depressão em Solanum. Em grande parte de suas narrativas, 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.

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)

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).

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 os mesmos 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, acabava sendo alvo de questionamentos acerca da sua veracidade, gerando comportamentos preconceituosos tanto por parte da família quanto por parte de membros da comunidade e colegas de trabalho.

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 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.

### **Considerações Finais**

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, 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.

Entendemos assim que analisar somente dados epidemiológicos ou mesmo critérios de classificação para doenças, como os encontrados na CID-11<sup>70</sup> e no DSM-5<sup>71</sup>, acabam por deixar lacunas significativas no processo de construção de um diagnóstico, afinal, como demonstrado através dos relatos das entrevistadas, a experiência de viver uma condição de saúde mental como a depressão, por exemplo, perpassa por todos os âmbitos da vida, incluindo aqui a família, o trabalho, a comunidade, o gênero e seus significados.

Dessa forma, investigar cada vez mais as implicações da organização do trabalho e das práticas de promoção da saúde de uma determinada comunidade, em um período de

---

<sup>70</sup> Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde.

<sup>71</sup> Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais.

tempo histórico, é fundamental para que possamos nos aproximar, cada vez mais, de uma atitude que englobe, antes de tudo, a experiência em que se encontram os sujeitos, especificamente às mulheres, frente ao desenvolvimento das mais diferentes condições de saúde mental, as quais as afetam como um todo. Caso nossos esforços não se direcionem para tal desenvolvimento, estaremos, antes de tudo, seguindo com a propagação das mais diferentes violências de gênero a que tantas mulheres, no mundo inteiro, seguem expostas.

## Referências

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

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

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

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança: Direção-Geral da Saúde*. 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Determinantes Sociais e Riscos para Saúde, Doenças Crônicas não Transmissíveis e Saúde Mental*. 2017.

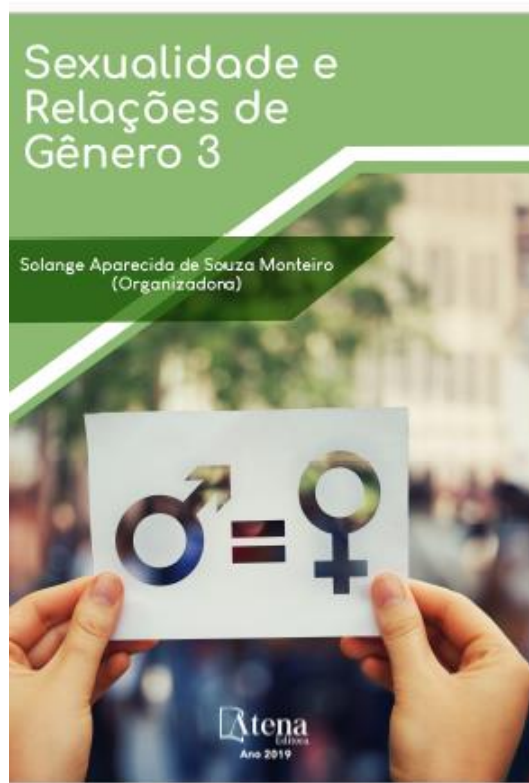
PATEL, V. Cultural factors and International epidemiology. *Br Med Bull*, n. 57, p. 33-45, 2001.

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, p. 403-440.

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, p. 30-45.

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, p.41-58.

4 - BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero e Saúde Mental: que relação é essa? In: MONTEIRO, Solange Aparecida de Souza (Org.). **Sexualidade e Relações de Gênero 3**. Ponta Grossa – PR: Atena Editora, 2019. Disponível em: <<https://www.atenaeditora.com.br/arquivos/ebooks/sexualidade-e-relacoes-de-genero-3>>



## **GÊNERO E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: QUE RELAÇÃO É ESSA?**

Muriel Closs Boeff<sup>72</sup>; Tatiana Souza De Camargo<sup>73</sup>

### **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.

---

<sup>72</sup> Psicóloga, Doutoranda do PPG em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde, vinculado a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil/RS. E-mail: [muriel.boeff@ufrgs.br](mailto:muriel.boeff@ufrgs.br).

<sup>73</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).

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 estrógeno, 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 alcólatra 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 abr. 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 mai. 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 abr. 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 abr. 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. **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 mar. 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 mai. 2018.

## ARTIGOS COMPLETOS PUBLICADOS EM PERIÓDICOS

1 - BOEFF, Muriel Closs Boeff; CAMARGO, Tatiana de Souza. Gênero e Saúde Mental: que relação é essa? **REVES** – Revista de Relações Sociais, v. 3, n. 1, p. 50-55, 2020. Disponível em: <<https://periodicos.ufv.br/reves/article/view/9520>>.

<p><a href="#">Início</a> / <a href="#">Arquivos</a> / <a href="#">v. 3 n. 1 (2020)</a> / <a href="#">General Papers/Artigos</a></p>	
<h3>GÊNERO E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: QUE RELAÇÃO É ESSA?</h3>	
<p><b>Muriel Closs Boeff</b> Universidade Federal do Rio Grande do Sul</p> <p><b>Tatiana Souza de Camargo</b> Universidade Federal do Rio Grande do Sul</p>	<p><a href="#">PDF</a></p>
<p><b>DOI:</b> <a href="https://doi.org/10.18540/revesv3iss1pp0050-0055">https://doi.org/10.18540/revesv3iss1pp0050-0055</a></p>	<p>Publicado 2020-01-20</p>
<p><b>Palavras-chave:</b> Gênero. Saúde Mental. Diagnóstico Gendrado.</p>	<p>Como Citar Closs Boeff, M., &amp; Camargo, T. S. de. (2020). GÊNERO E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: QUE RELAÇÃO É ESSA?. <i>REVES - Revista Relações Sociais</i>, 3(1), 0050-0055. <a href="https://doi.org/10.18540/revesv3iss1pp0050-0055">https://doi.org/10.18540/revesv3iss1pp0050-0055</a></p>
<p><b>Resumo</b></p> <p><i>A partir da identificação dos dados epidemiológicos de saúde mental, os quais</i></p>	

## GÊNERO E DIAGNÓSTICO EM SAÚDE MENTAL: QUE RELAÇÃO É ESSA?

### 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).

## **Sufrimento 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 alcólatra 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 abr. 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 mai. 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 abr. 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 abr. 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. **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 mar. 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 mai. 2018.

2 - KIELING, Laura Eduarda M.; BOEFF, Muriel Closs; CAMARGO, Tatiana Souza de. Percepção de sintomas depressivos em estudantes de ensino médio de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. **Brazilian Journal of Development**, v. 7, n. 2, p. 16563 – 16565. Disponível em: <<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/24834>>. Acesso em: 22 de dezembro de 2023

## Percepção de sintomas depressivos em estudantes de ensino médio de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul

### Perception of depressive symptoms in high school students in a city in the interior of Rio Grande do Sul



**Brazilian Journal of Development** ISSN: 2

About Current Archives Editorial Team Chief Editor's Note Indexers Publication Fee Announcements

Impact Factor H5 index (Google Scholar) Altmetrics - Dimensions Citations - Google Scholar Submissions

Home / Archives / Vol. 7 No. 2 (2021) / Original Papers

**Percepção de sintomas depressivos em estudantes de ensino médio de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul/ Perception of depressive symptoms in high school students in a city in the interior of Rio Grande do Sul**

Laura Eduarda Mallmann Kieling  
Muriel Closs Boeff  
Tatiana Souza de Camargo

DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-332>

PDF (Português (Brasil))

Published  
2021-02-18

#### Laura Eduarda Mallmann Kieling

Estudante- Pré-Vestibular Mottola Disciplinas

Bolsista Voluntária de Iniciação Científica Júnior- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Rua 12 de Maio, 339, apto 2, Centro, Santa Maria do Herval, RS

E-mail: [lemk.wilson@gmail.com](mailto:lemk.wilson@gmail.com)

#### Muriel Closs Boeff

Psicóloga, Doutoranda do Programa de Pós Graduação em Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde- Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Rua 12 de Maio, 293, apto 30, Centro, Santa Maria do Herval, RS

E-mail: [muri.cb@hotmail.com](mailto:muri.cb@hotmail.com)

#### Tatiana Souza de Camargo

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, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Endereço: Rua Padre Willibaldo Scholl, 386, Centro, Santa Maria do Herval, RS

E-mail: [tatiana.camargo@ufrgs.br](mailto:tatiana.camargo@ufrgs.br)

RESUMO: Este trabalho surgiu a partir de um projeto de iniciação científica júnior construído em parceria com profissionais de saúde de uma cidade do interior do RS, preocupados com a percepção de

elevados índices de depressão na comunidade. O objetivo desta pesquisa foi levantar dados sobre os sintomas depressivos em estudantes do Ensino Médio deste município, dados inexistentes até então. Como metodologia foi aplicado o Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), um questionário que contém nove perguntas e se propõe a identificar indivíduos com risco para o desenvolvimento de depressão, analisando seu cotidiano nas últimas duas semanas e determinarem, em escala likert de 1 a 3, com qual frequência apresentaram sintomas descritos em cada pergunta. A análise do material coletado baseou-se na nota de corte do questionário utilizado ( $\geq 9$ ); os dados foram tabulados no Excel. Dessa forma, do total de alunos de Ensino Médio do município, 69,3% participaram da pesquisa, sendo que os resultados obtidos demonstraram que 28,9% possuíam sintomas depressivos, e, dentre eles, 76,6% foram estudantes autodeclaradas do sexo feminino. Além disso, 10% declararam apresentar pensamentos suicidas, atingindo a frequência máxima do questionário, ou seja, em quase todos os dias. A partir dos resultados obtidos destaca-se que ações voltadas ao cuidado em saúde mental tornam-se indispensáveis já na adolescência, demonstrando também que intervenções sobre essa temática na escola são muito importantes, pois através delas os alunos poderão ter a oportunidade de falar sobre o tema, o que justamente é uma das melhores estratégias de promoção da saúde mental.

**Palavras-chave:** Depressão, Adolescência, Promoção da Saúde, Saúde Mental.

**ABSTRACT:** This work arose from a junior scientific initiation project built in partnership with health professionals from a city in the countryside of RS, concerned with the perception of high levels of depression in the community. The objective of this research was to collect data on depressive symptoms in high school students in this municipality, data that had not existed until then. As a methodology, the Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) was applied, a questionnaire that contains nine questions and proposes to identify individuals at risk for the development of depression, analyzing their daily lives in the last two weeks and determining, on a likert scale of 1 to 3, how often they had symptoms described in each question. The analysis of the collected material was based on the cut-off score of the questionnaire used ( $\geq 9$ ); the data were tabulated in Excel. Thus, of the total number of high school students in the municipality, 69.3% participated in the research, and the results obtained showed that 28.9% had depressive symptoms, and among them, 76.6% were self-reported sex students feminine. In addition, 10% reported having suicidal thoughts, reaching the maximum frequency of the questionnaire, that is, almost every day. From the results obtained, it is highlighted that actions aimed at mental health care become indispensable in adolescence, also demonstrating that interventions on this theme at school are very important, because through them students may have the opportunity to talk about the theme, which is precisely one of the best mental health promotion strategies.

**Keywords:** Depression, Adolescence, Health Promotion, Mental Health.

## 1 O INÍCIO DA CAMINHADA

Este trabalho foi realizado em uma Escola de Ensino Médio localizada no interior do Rio Grande do Sul, a partir da participação da respectiva autora no Programa de Iniciação Científica Decola Beta (PICDB), vinculado ao Cientista Beta, uma organização sem fins lucrativos que existe com o propósito de despertar o potencial de pessoas que estejam motivadas a transformar o mundo com a ciência. O Programa de Iniciação Científica Decola Beta é oferecido pelo Cientista Beta e visa incentivar a produção de pesquisa científica durante o ensino médio ou técnico, potencializar o talento e a capacidade de criação de jovens, além de produzir conteúdo de qualidade para que estudantes desenvolvam suas pesquisas com excelência. Ele busca acilitar a jornada de jovens inquietos que querem mudar a realidade em que vivemos por meio da ciência, conectando jovens cientistas com mentores incríveis que têm experiência em pesquisa em áreas semelhantes à de interesse do mentorado. Além do mentor, o jovem

que participa do programa tem acesso a um material exclusivo com conteúdos essenciais para todo jovem pesquisador. Os jovens que passam pelo programa recebem por 6 meses o apoio de uma rede de outros jovens cientistas, pesquisadores e mentores que fazem toda a diferença no decorrer da realização da pesquisa. O Programa surgiu em 2016 através da iniciativa da estudante Kawoanna Vianna, gaúcha, que atualmente cursa medicina na UFRGS e frequentou a Fundação Liberato, na cidade de Novo Hamburgo, RS. No Ensino Médio e Técnico ela também desenvolveu projetos, e isso a inspirou a criar o Cientista Beta, e junto com ele o PICDB, um programa de mentorias para ajudar jovens a adentrar no mundo da ciência. A respectiva autora do trabalho conheceu o Cientista Beta através de uma amiga que já havia sido mentora e que compartilhou uma publicação no Facebook sobre o assunto, despertando o interesse da mesma. A partir de então, a inscrição foi realizada e entre mais de 700 jovens de todo o Brasil, a autora foi selecionada para uma das 50 vagas oferecidas. A partir do início do projeto, a temática de estudo centrou-se sobre a presença de sintomas depressivos nos estudantes matriculados no ensino médio da instituição de ensino escolhida, tornando-se importante ressaltar que ela é a única escola que oferece a modalidade de ensino médio na comunidade. De forma semelhante, a temática de rastreio de sintomas depressivos surgiu a partir de uma conversa com profissionais atuantes na Equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) da comunidade, os quais mencionaram os altos índices de depressão presentes na população da cidade, ressaltando que realizar este rastreio já com adolescentes além de configurar-se como proposta inédita no município, também poderia se apresentar como uma possibilidade de introdução de ações de prevenção sobre os temas suicídio e saúde mental, pouco abordados no contexto escolar na cidade até o momento. Em seu delineamento metodológico, a pesquisa se configurou como um estudo de caso no qual utilizou-se como ferramenta de coleta de dados um survey, sendo este o questionário Patient Health Questionnaire-Nine-PHQ-9 (SPITZER; WILLIAMS; KROENKE, 2001) instrumento de rastreio de sintomas depressivos indicado pelo médico da ESF, o qual já aplicava o questionário com seus pacientes, percebendo boa adesão e compreensão do mesmo. Além disso, contou-se com o auxílio de uma psicóloga no momento de aplicação e análise dos resultados, podendo, caso necessário, oferecer suporte para qualquer participante que assim necessitasse. Por fim, ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pela coordenação escolar da instituição de ensino em que foi realizada, além de contar com a elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo este assinado, em duas vias, pelos responsáveis dos estudantes

menores de 18 anos, ou pelos próprios participantes quando maiores de idade, permanecendo uma cópia com os responsáveis e outra com as pesquisadoras. A seguir, serão apresentados os resultados alcançados, tanto em nível estatístico quanto através do relato da experiência vivida, introduzindo também uma discussão teórica sobre a temática abordada.

## 2 OS PRIMEIROS RESULTADOS

Como anteriormente mencionado, este projeto foi realizado na única escola de Ensino Médio do município, englobando um total de 69,3% dos alunos matriculados. A partir da autorização da equipe diretiva da instituição de ensino, a pesquisa foi proposta através do diálogo com todas as turmas do Ensino Médio, iniciando pela explicação do projeto e entrega do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), a fim de que os responsáveis legais dos alunos os autorizassem a participar. Os participantes tiveram que informar apenas sua idade e sexo, mantendo sua identidade em anonimato. Posteriormente, foi aplicado o questionário Patient Health Questionnaire-Nine-PHQ-9 (SPITZER; WILLIAMS; KROENKE, 2001) com auxílio de uma Psicóloga. Este questionário aborda a percepção de sintomas depressivos ao longo dos últimos 15 dias, sendo respondido através de escala likert de intensidade, onde 1 representa o mínimo e 3 o máximo. Os dados foram tabulados e analisados através do Microsoft Excel, ressaltando-se que a nota de corte do questionário é  $\geq 9$ , ou seja, aqueles que obtiveram score maior ou igual a 9 apresentavam presença de sintomas depressivos. Em nosso estudo, os seguintes resultados foram passíveis de observação:  $\geq 28,9\%$  dos alunos participantes possuíam sintomas depressivos;  $\geq$  Dentre eles, 76,6% foram estudantes autodeclaradas do sexo feminino;  $\geq 10\%$  declararam apresentar pensamentos suicidas atingindo a frequência máxima do questionário, ou seja, em quase todos os dias.

## 3 SURPRESAS E DESAFIOS

Realizando um levantamento bibliográfico sobre depressão, observou-se que a mesma tem se configurado como um dos mais graves problemas de saúde coletiva da atualidade, ocorrendo em pessoas de qualquer idade e condição socioeconômica, conferindo-lhe o status de fenômeno global (ARAÚJO; SÁ, 2003). Dados epidemiológicos apontam para a prevalência de 3% a 9% de depressão entre adolescentes, sendo que o risco de recorrência do quadro até o final da adolescência é de 20%, podendo



alcançar, na vida adulta, até 70% (CALLAHAN et al., 2012). Além disso, o gênero feminino possui incidência muito mais elevada quando comparada ao masculino, tendo episódios mais duradouros e desenvolvimento crônico da doença, em muitos casos (NOCK et al., 2013). Em relação ao suicídio, a OMS (2014) o classifica como uma das cinco principais causas de morte na faixa etária entre 15 e 19 anos. Observa-se assim que o suicídio, em adolescentes, configura-se como um problema de saúde pública, tendo significativas repercussões no ambiente familiar e socioeconômico (SANTOS et al., 2014). Além disso, assim como na faixa etária dos adultos, os adolescentes do sexo masculino apresentam maiores índices de concretização do ato suicida, utilizando-se de métodos mais letais, como armas de fogo. Enquanto nas meninas, são mais frequentes os processos de intoxicação medicamentosa, principalmente através de psicofarmacos (WILCOX, et al., 2010). Nesse sentido, Brochado e Brochado (2008) ressaltam que o desenvolvimento de quadros depressivos na adolescência pode manter associação com dificuldades no estabelecimento de relacionamentos interpessoais, déficits no desempenho acadêmico, abuso de substâncias, comportamento agressivo e até mesmo atividade sexual inadequada e ideação suicida. A partir disso, percebe-se que índices de depressão elevados podem causar graves repercussões no bem-estar físico e mental dos adolescentes, exigindo uma detecção precoce e tratamento adequados. Em nossa experiência foi possível perceber, através do relato dos participantes, que a temática do suicídio não havia sido suficientemente abordada no contexto escolar até o momento. Além disso, a alta adesão de participantes em nosso estudo demonstrou que os mesmos sentiam-se interessados pelo tema. Tanto no momento da aplicação do teste quanto no retorno para devolução dos dados, grande parte dos estudantes mostrou-se atento às discussões, trazendo questionamentos sobre o tema e esclarecendo dúvidas. Entretanto, em alguns momentos, dependendo do tipo de pergunta e da resposta que lhe seguiria, percebeu-se, claramente, que um silêncio pairava pela sala de aula, demonstrando assim que questões de saúde mental ainda são tomadas, por muitos estudantes e professores, como um assunto que deve ser silenciado. Considerando que em um intervalo de menos de 6 meses dois estudantes cometeram tentativas de suicídio nesta comunidade, a emergência do assunto fez-se presente, reforçando ainda mais a proposta de intervenção realizada. Sobre os resultados alcançados, constatar que quase 30% dos participantes já apresentava risco iminente do desenvolvimento de depressão souo como um alerta para todos os envolvidos neste estudo, demonstrando, mais uma vez, que a escola deve ocupar um espaço de promoção da saúde mental, através do qual

ações de prevenção e intervenção sejam estabelecidas para a promoção do fortalecimento das condições emocionais dos participantes, além de possibilitar a criação de uma rede de apoio e suporte que transcenda ao ambiente familiar.<sup>4</sup>

**PRIMEIROS PLANOS** Após a análise dos dados coletados, observou-se que muitos estudantes de Ensino Médio da comunidade convivem com sintomas depressivos. Dessa forma, a respectiva pesquisa adquire grande relevância, pois a partir dela poderão ser pensadas estratégias necessárias para promoção de ações que visem proteger e oferecer suporte para estes adolescentes. Pode-se concluir também que o auxílio de profissionais da saúde já na adolescência como, por exemplo, médicos e psicólogos, torna-se essencial para o tratamento adequado da depressão. Por fim, a criação de espaços de escuta e trocas coloca-se como uma necessidade neste contexto, sendo que ações de prevenção em saúde mental na escola podem ser o princípio de uma grande iniciativa de cuidado e preservação da vida, a longo prazo, na comunidade.

#### REFERÊNCIAS

- BROCHADO, F.; BROCHADO, A. Estudo da presença de sintomatologia depressiva na adolescência. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v. 26, n. 2, p. 27-36, 2008. Disponível em: <<https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/rpsp-2-2008/03.pdf>>. Acesso em 05 de maio de 2018.
- CALLAHAN, P. et al. Evidence map of prevention and treatment interventions for depression in young people. *Depression Research and Treatment*, v. 1, n. 11, p. 735-820, 2012. Disponível em: <[https://www.hindawi.com/journals/drt/2012/820\\_735/](https://www.hindawi.com/journals/drt/2012/820_735/)>. Acesso em 05 de maio de 2018.
- NOCK, M. et al. Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, v. 70, n. 3, p. 300-310, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23303463>>. Acesso em 05 de maio de 2018.
- OMS. Preventing suicide: A global imperative, 2014. Disponível em: <[http://www.who.int/mental\\_health/suicide-prevention/world\\_report\\_2014/en/](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/en/)>. Acesso em 05 de maio de 2018.
- SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J.B.W.; KROENKE, K. PHQ-9. Patient Health Questionnaire-Nine. 2001. Disponível em: <<https://patient.info/doctor/patient-health-questionnaire-phq-9>>. Acesso em 10 de agosto de 2017.
- SANTOS, J. et al. +Contigo: Promoção de saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 10, p. 203-217, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn10/serIIIIn10a22.pdf>>. Acesso em 05 de maio de 2018.
- WILCOX, H. et al. Prevalence and predictors of persistent suicide ideation, plans, and attempts during college. *Journal of Affective Disorders*, v. 127, n. 1, p. 287-294, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20471691>>. Acesso em 05 de maio de 2018.

3 - BOEFF, Muriel Closs; CASAGRANDE, Clair R. Mindfulness e a Espiritualidade no enfrentando em situações de luto. **Tear Online**, v. 11, n. 2. p. 137-149, 2023. Disponível em: <[https://revistas.est.edu.br/periodicos\\_novo/index.php/tear/article/view/2083](https://revistas.est.edu.br/periodicos_novo/index.php/tear/article/view/2083)>

## MINDFULNESS E A ESPIRITUALIDADE NO ENFRENTAMENTO EM SITUAÇÕES DE LUTO

## MINDFULNESS AND SPIRITUALITY IN COPING IN MOURNING SITUATIONS

Muriel Closs Boeff

Clair Rosane Scherer Casagrande



### RESUMO

O presente artigo tem como tema situações de perda e vazio existencial (luto) a partir da espiritualidade e a partir da psicologia, sugerindo formas de lidar com isso através das técnicas de Mindfulness. Desta forma, este trabalho buscou discutir, a partir de uma revisão bibliográfica, com base no questionamento: como o Mindfulness e a Espiritualidade podem contribuir para o vazio existencial em situações de luto? Apesar de ser um assunto delicado, que mexe na dor da pessoa enlutada, não podemos nos abster de olhar para este tema com respeito e responsabilidade, a fim de orientar pessoas enlutadas sobre como perceber e lidar com seus sentimentos e sobre maneiras de buscar por ajuda da melhor forma possível.

**Palavras-chave:** Espiritualidade. Luto. Mindfulness. Vazio Existencial.

### ABSTRACT

This article is about situations of loss and existential emptiness (mourning) from spirituality and psychology, suggesting ways to deal with it through Mindfulness techniques. In this way, this work sought to discuss, from a bibliographic review, based on the question: how can Mindfulness and Spirituality contribute to the existential void in situations of mourning? Despite being a delicate subject, which affects the pain of the bereaved person, we cannot refrain from looking at this issue with respect and responsibility, in order to guide bereaved people on how to perceive and deal with their feelings and on ways to seek help. the best way possible.

**Keywords:** Spirituality. Mourning. Mindfulness. Existential Emptiness.

## **INTRODUÇÃO**

Este artigo pretende falar do tempo de chorar a dor da perda e o tempo de ressignificar a vida. A vida é como um mosaico de tempos diversos. Cada momento é assinado por algo que se deixa ou por algo que se descobre. Alguma coisa em nós está morrendo e se transformando a todo instante. Cada momento comporta a separação daquilo que se era, para se aventurar em direção do que se pode vir a ser. A consciência da própria finitude traz o questionamento do sentido da vida.

A pandemia de COVID-19 acarretou inúmeras perdas no mundo todo. O contágio pelo vírus que está em nosso meio desde 2020, trouxe consigo uma quantia exagerada de mortes e mudanças nos ritos de sepultamento. Os ritos são importantes para dar ritmo à vida e organizar o caos; eles contribuem para uma maior aceitação da perda e para o processo de enlutamento. As mudanças, e, em alguns casos, a falta do rito, geraram desequilíbrio emocional e afetaram diretamente o processo de luto. Esta situação de perda potencializou o vazio existencial e fez com que o luto se transformasse em dor e sofrimento contínuo.

Esta situação ameaça a continuidade em uma vida de bem-estar, tanto pessoal quanto coletivamente, pois o ser humano é um ser em relação a outro. Dessa forma, este artigo busca discutir como lidar com estas situações de perda e vazio existencial a partir da espiritualidade e a partir da psicologia, mais propriamente através das técnicas de Mindfulness. Como o Mindfulness e a Espiritualidade podem contribuir para o vazio existencial em situações de luto?

Este artigo quer sugerir que na espiritualidade humana há um espaço de resiliência, de enfrentamento à crise e de sentido existencial, e nas técnicas do Mindfulness uma significativa redução da inquietação provocada pela dor e uma maior clareza para o entendimento de suas emoções e sentimentos. Através disso, espera-se poder acolher as pessoas enlutadas com suas dores e seu vazio existencial, bem como auxiliar no enfrentamento da crise com resiliência.

## **PERCURSOS METODOLÓGICOS**

A pesquisa se desdobrará nos seguintes passos: Primeiramente apresentará bibliografias a partir dos temas: Luto, Mindfulness, Inteligência Espiritual, Vazio existencial e Espiritualidade. Em seguida, fará uma análise dos dados, utilizando-se dos

conceitos mais relevantes dos autores e das autoras acerca das temáticas levantadas pelo artigo para, assim, realizar a fundamentação teórica do trabalho, buscando construir uma justificativa para a questão norteadora da pesquisa. Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

## FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Elisabeth Kübler-Ross<sup>74</sup>, relacionou estudos sobre como pacientes em estado terminal lidavam com a espera da morte e com o processo de elaboração do luto, dividindo-o em cinco fases, sendo elas: (1) Negação, que é o período de intensa dor e dificuldade em acreditar a perda do outro, gerando impasse para elaborar uma perspectiva de futuro sem a presença da pessoa falecida e, conseqüentemente, isolamento; (2) Raiva, que são os esforços para canalizar a negação dos fatos, pois o indivíduo começa a entender que não há volta para o ocorrido; (3) Barganha, onde acontecem espécies de negociações internas. O indivíduo negocia de maneira interna, ou seja, com ele mesmo, buscando soluções para enfrentar a ausência do outro e lidar com o presente e o futuro; (4) Depressão, tendo como principal característica a vivência de um sofrimento intenso. O indivíduo é tomado pela falta do outro, o que gera sentimento de culpa, desesperança, arrependimento por algo que fez ou deixou de fazer enquanto o outro ainda estava em vida; por fim, a (5) aceitação, através da qual a melancolia e a impotência acontecem, fazendo com que o indivíduo passe a ver a ausência do outro de maneira realista. O desespero cede lugar a uma certa serenidade, a saudade se faz presente de forma consciente.

Para Kübler-Ross<sup>75</sup>, as fases do luto não acontecem como regras, nem em uma ordem. Da mesma forma, é necessário ressaltar que nem todos os indivíduos passam por todas as fases sugeridas pela autora, pois a vivência e o enfrentamento da perda são subjetivos, sendo que cada pessoa enfrenta o luto de uma forma, dentro dos seus contextos, experiências e vivências. O fato é que o luto precisa ser vivenciado, pois a sua não elaboração poderá afetar não somente a pessoa que passou pela perda direta, mas também seus familiares e demais membros de seu círculo relacional.

Kübler-Ross<sup>76</sup> entende que tentar reprimir ou oprimir o que é sentido pode ser prejudicial à elaboração do luto. Para a autora, em nossos dias, os sentimentos não são

---

<sup>74</sup> KÜBLER-ROSS, 2012, p. 42.

<sup>75</sup> KÜBLER-ROSS, 2012, p. 58.

<sup>76</sup> KÜBLER-ROSS, 2012, p. 71.

externalizados, já que, logo após o funeral, a maior parte das pessoas se retira, deixando sozinhos aqueles que tinham maior proximidade afetiva com a pessoa falecida. Por esta razão, os enlutados muitas vezes não têm com quem compartilhar o que sentem. É nesta ocasião [os dias que seguem ao funeral] em que os familiares se sentiriam gratos se houvesse alguém com quem pudessem conversar, especialmente se esse alguém tiver tido contato recente com o falecido, podendo, assim, partilhar fatos pitorescos e boas memórias vividas com a pessoa que faleceu. Isto ajudaria o parente a superar o choque e o pesar, preparando-o para uma aceitação gradual.

Outrora, a revisão bibliográfica acerca do tema Mindfulness aconteceu através do médico, doutor em biologia molecular, professor e autor Jon Kabat-Zinn<sup>77</sup>, autor de vários livros sobre meditação, entre eles, “Atenção plena – Mindfulness”. A escolha se deu, uma vez que o autor tem pesquisa e experiência no tema. De acordo com o pesquisador, diante de situações estressantes, o que importa de verdade é o próprio ato de estar presente. É a consciência que importa, afinal, atenção plena é consciência. Ainda segundo o autor, a atenção plena também mantém relação positiva frente à forma como o cérebro processa emoções difíceis sob estresse, gerando um maior equilíbrio emocional e possibilitando um agir de forma apropriada. Com a prática guiada – atenção plena à respiração, ao corpo inteiro, aos sons, pensamentos e emoções, pode-se conduzir o indivíduo a um estado de amadurecimento, sustentado em um alicerce complementar calcado em atitudes, tais como: não julgamento, paciência, mente de iniciante, confiança, não esforço, aceitação, desapego.

Além disso, Danah Zohar<sup>78</sup>, formada em filosofia e psicologia pela Universidade de Harvard, Professora da Universidade de Oxford, na Inglaterra, e autora do livro “QS – Inteligência espiritual” o qual trabalha o quociente Espiritual, oscilações neurais de 40 Hz e consciência, refere que a Inteligência Espiritual se configura como uma inteligência com a qual podemos avaliar que caminho na vida faz mais sentido quando comparado a um outro, possibilitando, assim, até mesmo, a abertura de novos caminhos. De acordo com a autora, esta é uma capacidade interna, inata do cérebro e da psique humana, extraindo seus recursos mais profundos do âmago do próprio universo. A inteligência espiritual é a inteligência da alma, com a qual nos curamos e com a qual nos tornamos seres verdadeiramente íntegros.

---

<sup>77</sup> KABAT-ZINN, 2017, p. 39.

<sup>78</sup> ZOHAR, 2016, p. 94.

Zohar<sup>79</sup> apresenta o QS como senso profundo, intuitivo, de sentido e valor, nossa consciência, que nos ajuda a superar nosso ego imediato e nos estendermos para as camadas mais profundas das potencialidades ocultas existentes em nós. Ajuda-nos a enfrentar problemas da vida e da morte, as origens mais profundas do sofrimento humano. Mostra quais os nossos limites e como ultrapassá-los. Implica o senso de que há alguma coisa além, algo mais, que confere sentido e valor à situação em que estamos agora.

As emoções nos compelem a ação. Conforme Zohar<sup>80</sup> todas as emoções são importantes e não são intrinsecamente boas ou más. A maneira como lidamos com elas é que pode trazer consequências positivas ou negativas, construtivas ou destrutivas. Nestes processamentos, é possível identificar três componentes: respostas corporais, sentimentos emocionais e consciência emocional. Ainda de acordo com a autora, a espiritualidade é visceralmente corporal. O corpo é o palco das emoções, e as modificações que nele ocorrem são fundamentais para que tomemos consciência delas, o que influenciará de forma determinante na tomada de decisão. Dessa forma, alterações corporais, principalmente viscerais, dão origem a sensações introspectivas que, uma vez conduzidas ao cérebro, são processadas sob a forma de sentimentos emocionais.

A revisão bibliográfica acerca do tema vazio existencial aconteceu através de Viktor Frankl<sup>81</sup>, autor que observou que esta é a fase mais dramática do processo de luto. Ela inicia quando cessa a agitação, os familiares e amigos se foram e quando retorna à rotina do dia a dia. Mas o dia a dia agora não é mais o mesmo. O sentimento de perda se instala de forma tão forte que parece impossível pensar em outra coisa. Onde quer que se vá e não importa o que se faça, a pessoa falecida está presente. Só agora parece que o enlutado se dá conta do que aconteceu de fato e adquire a consciência real da perda. A pessoa enlutada sente um grande vazio existencial, sendo possível até mesmo a perda do sentido da vida.

O escritor e psiquiatra Viktor Frankl<sup>82</sup>, autor do livro “Em busca de sentido” descreve a experiência que o levou à descoberta da logoterapia, terapia que faz encontrar o sentido da situação para além do próprio eu. Prisioneiro durante longo tempo em campos de concentração, onde seres humanos eram tratados de modo pior do que se fossem animais, o autor se viu reduzido aos limites entre o ser e o não-ser. Ele perdeu sua

---

<sup>79</sup> ZOHAR, 2016, p. 132.

<sup>80</sup> ZOHAR, 2016, p. 201.

<sup>81</sup> FRANKL, 2002, p. 46.

<sup>82</sup> FRANKL, 2002, p. 51.

família nos campos de concentração. E, mesmo tendo perdido tudo o que era seu, com todos os seus valores destruídos, sofrendo de fome, do frio e da brutalidade, esperando a cada momento a sua exterminação final, Frankl aponta que sempre há escolhas a serem feitas.

Segundo ele<sup>83</sup> nada acontece ao acaso, há um sentido para tudo. A questão não é dar sentido, e sim encontrá-lo; o sentido não pode ser inventado, mas deve ser descoberto. Não há situações sem saída, sempre há uma que será a escolhida. Ele aponta para a importância de trabalhar com a busca pelo sentido da vida, estimula a consciência do ser, da sua responsabilidade e da expressão do que é mais humano no ser.

Esta busca está presente em toda a vida - até a morte - e envolve a liberdade de vontade para encontrar este sentido, levando em consideração a criatividade, as experiências e a atitude em relação à vida. De acordo com Frankl<sup>84</sup>, há três grandes problemas existenciais: o sofrimento, a morte e a culpa. Para este autor, a nossa responsabilidade é viver a vida plenamente. Esta busca mais profunda pode estar ancorada na espiritualidade. Para o autor, psicologia e religião ou espiritualidade respondem a aspectos diferentes da existência humana. O objetivo da psicologia se encontra na cura psíquica da pessoa humana, enquanto a religião busca a salvação e o significado último da existência.

Considerando assim o tema da espiritualidade, ressalta-se que a revisão bibliográfica acerca do tema aconteceu a partir da obra do filósofo Leonardo Boff<sup>85</sup>, o qual vê na espiritualidade um caminho de transformação. Para ele, espiritualidade é uma das fontes primordiais de inspiração do novo, de esperança alvissareira, de geração de um sentido pleno e de capacidade de autotranscendência do ser humano. Há um vazio profundo, um buraco imenso dentro do seu ser humano, suscitando questões como gratuidade e espiritualidade, futuro da vida e do sistema Terra.

Segundo Maria Júlia Kovács<sup>86</sup>, tanto a filosofia quanto a espiritualidade buscam, constantemente, explicações sobre a origem e o destino do ser humano e que cada um carrega dentro de si uma morte. Sendo a representação da morte, de acordo com a autora, algo subjetivo, cada pessoa tende a ter sua própria representação a partir de suas crenças, valores e vivências. Apesar desta visão de representação de morte subjetiva, ao longo do

---

<sup>83</sup> FRANKL, 2002, p. 84.

<sup>84</sup> FRANKL, 2002, p. 109.

<sup>85</sup> BOFF, 2013, p. 73.

<sup>86</sup> KOVÁCS, 1992, p. 82.



tempo e das rupturas sociais, pode-se observar que o medo ainda envolve o sujeito sobre esta temática, sendo assim mais uma representação acerca da morte na sociedade. A autora destaca que a espiritualidade pode ajudar no enfrentamento das situações de luto, libertando a mudez e permitindo expressar o que nos mantém prisioneiros.

### **COLOCANDO ORDEM NA DESORDEM**

O que sucederá amanhã? A incerteza da vida nos mostra quão pequenos somos. O que é a nossa vida? Somos apenas como neblina. “Neblina” é uma palavra usada para mostrar a natureza ténue da nossa vida. O planejamento da vida esbarra diante da mortalidade do ser humano. Quando e como será nosso último passo na caminhada da vida?

Não sabemos quando um ente querido ou nós mesmos iremos partir e, apesar de que a morte pode ocorrer a qualquer momento, vivemos como se fôssemos imortais. Preferimos cultivar o orgulho e a certeza de que não seremos os próximos da fila. Se tivéssemos consciência de quão vulneráveis somos, entenderíamos melhor o que realmente importa, perdoaríamos mais, dialogaríamos mais, daríamos mais atenção a quem é mais importante para nós em vez de viver focados em nós mesmos e em nossas conquistas.

O luto em tempos de pandemia apresenta-se com especificidades que acabam produzindo efeitos ainda mais dolorosos neste processo. O processo do luto já é sofrido, e quando acontece dentro de um contexto de pandemia, é ainda mais difícil. A pandemia do COVID-19 furtou os modos como habitualmente os enlutados experimentam e lidam com o acompanhamento ao doente terminal e com despedida no sepultamento, gerando uma desordem e um desequilíbrio emocional. Esta realidade intensifica o vazio existencial e faz com que o luto se transforme em sofrimento contínuo.

O luto é um desorganizador do ser. Uma dor intensa e intolerável que desorganiza o aparelho psíquico, ameaçando sua integridade, afetando a capacidade de desejar e a atividade do pensamento. Segundo Weissheimer<sup>87</sup> o sofrimento é o que nos desorganiza, tira o chão, é tempestade que arrasa. E depois de tudo, só resta juntar tijolo por tijolo, caco por caco e reconstruir. Reconstruir é sempre possível, não sobre os escombros, negando-os como se não existissem, varrendo a dor e o sofrimento para debaixo de algum tapete. Ao contrário, é preciso aceitar a destruição para poder, a partir dela, encontrar

---

<sup>87</sup> WEISSHEIMER, 2009, p. 64.

matéria-prima para uma reconstrução. Chega o momento em que é preciso olhar o que restou e ali vislumbrar a vida possível.

A neblina tira a visão do caminho, tornando difícil olhar pra frente, então surge à insegurança e o medo. A decisão correta seria parar e esperar que um vento forte sopra e afaste a neblina.

## **TEMPO DE RESPIRAR**

Faça uma parada agora. Sente de forma confortável, silencie e escute o que está ao seu redor. Analise o que, dentre os barulhos que está escutando, é de fato importante para você. Preste atenção em você. Sua respiração, como está? Comece a inspirar devagar, como se o ar entrasse em ondas, enchendo seu abdômen, solte o ar forçando sua saída de tal forma que possa ter a sensação de esvaziamento total, como se seu umbigo fosse chegar nas suas costas. Volte a prestar atenção em como você está. Sentiu alguma diferença? Esse exercício faz com que se sinta um canal aberto nas vias respiratórias.

A partir das reflexões trazidas anteriormente e do exercício de respiração, torna-se possível observar que a Espiritualidade e o Mindfulness representam o vento, dando a possibilidade do primeiro passo à frente. Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer pessoa pode começar agora e fazer um novo fim.

Bernard Ugeux<sup>88</sup> propõe um caminho de recomeço. Se permitir fazer a experiência de um caminho de meditação interior. O corpo, a afetividade e a vida no Espírito vêm associados com uma atenção ao crescimento espiritual e humano. Reencontrar a fonte interior é permitir-se recomeçar. O ser humano é infinitamente mais do que seu corpo, sua afetividade ou sua razão. Há em seu ser profundo uma fonte de vida que pulsa, e que pede para ser liberada. A busca espiritual que atravessa a humanidade, mostra que este está constantemente atravessado por grandes perguntas sobre o sentido da vida, do amor, da morte.

A dimensão espiritual está presente quando se identifica a fonte e a relaciona com uma realidade última. Pode ocorrer, nas nossas vidas, um momento em que temos a impressão de que estamos em um caminho, diante de uma encruzilhada, ou diante da neblina. Esta situação que exige atitude, que consiste em talvez fazer uma pausa, e reconhecer a realidade: “Sim, estou sofrendo!” E compreenda, e diga a si mesmo: “Eu preciso saber aonde está minha fonte, mas preciso que alguém segure a minha mão”.

---

<sup>88</sup> UGEUX, 2008, p. 54.

## **A PRÁTICA DO MINDFULNESS PARA PESSOAS ENLUTADAS**

Nesse sentido, o Mindfulness ajuda a organizar as emoções e pensamentos, a fim de produzir alívio. Diante da situação de dor, que deixa a pessoa fragilizada e confusa, o Mindfulness acolhe e aceita as emoções, acolhe os pensamentos sem julgamento, revelando a fragilidade e trazendo para a realidade presente. Quando o foco não está no fato, mas na maneira como é interpretado, possibilita a atenção plena no hoje e ajuda a dar novo sentido à vida. O vento é usado metaforicamente para falar da importância da experiência que nos coloca em outro espaço, como a prática da atenção plena que busca na psicologia positiva o sentimento de bem-estar.

Para Seligmann<sup>89</sup> o bem-estar é um construto, pode e deve ser buscado e exercitado. O exercício de meditar e receber a visita de gratidão pode trazer bem-estar e ajudar a dissipar a neblina, pode auxiliar a minimizar o sentimento de pesar. Consiste em fechar os olhos, trazer à mente o rosto da pessoa amada, alguém que tenha mudado a sua vida para melhor. Para pessoas que não tenham tido a oportunidade de dizer palavras de agradecimento a alguém que faleceu, a prática de meditação pode ser benéfica; é possível pensar no rosto do ente querido e, então, agradecer. Nesta visita de gratidão, se tem a oportunidade de experimentar como é expressar gratidão de uma forma atenciosa e intencional. Ter consciência dos sentimentos pode ajudar a continuar a busca por uma vida com bem-estar.

## **A CAMINHADA DO LUTO**

De acordo com Kübler-Ross<sup>90</sup>, a negação da possibilidade da morte é a atitude inicial mais comum, menos dolorosa. O ser humano tem necessidade de rejeitar inicialmente uma realidade para, depois, digeri-la aos poucos, na medida em que for se fortalecendo interiormente para aceitá-la, como um mecanismo de defesa na dor. Quando não mais for possível negar os fatos, surge a fase da revolta, explodem os sentimentos de inconformidade, de angústia, de tristeza e de raiva. Há muitos questionamentos, inclusive contra Deus. Assimilando e aceitando os fatos, a pessoa tenta barganhar, uma atitude de negociação com Deus. Trata-se de uma tentativa de estabelecer um comprometimento mútuo, onde cada lado cede algo, na tentativa de manter acesa a esperança de cura.

Quando a pessoa percebe que a doença avança e que não há mais como negá-la, passa a predominar um profundo sentimento de perda, chamada fase da depressão. A

---

<sup>89</sup> SELIGMANN, 2011, p. 91.

<sup>90</sup> KÜBLER-ROSS, 2012, p. 216.

possibilidade de que tudo possa chegar em breve a um fim é, agora, muito mais real. Pode-se instalar tristeza e depressão. Nesta fase, o doente tende a ser mais aberto para o diálogo e para externar sentimentos. Neste momento, é importante que se ofereça proximidade física e espiritual, bem como afirmar à pessoa em sofrimento que ela não está só.

Quando a aceitação acontece, o que resta é se entregar à situação. A pessoa já não tem mais forças nem vê mais grande sentido em continuar lutando. Seu corpo está frágil, o espírito cansado, nem todas as pessoas alcançam esta maturidade de entrega. Como destaca a autora, a ordem e a duração de cada fase varia de pessoa para pessoa.

A aceitação do sofrimento traz consigo o profundo compromisso de tentar aliviá-lo. A terapia focada na compaixão, onde a pessoa está atenta e aberta para o próprio sofrimento, é gentil e não condenadora do seu sentimento; tem a consciência de compartilhar experiências de sofrimento com os outros, em vez de se sentir envergonhada e sozinha.

Para Kabat-Zinn<sup>91</sup> a prática da aceitação implica em perceber como as coisas são, em encontrar meios sensatos de interagir com as situações, em analisar o ambiente e depois agir, do modo que for mais sensato, possibilitando uma mudança no momento seguinte. Quando ocorre a aceitação, há a expressão da sabedoria vivida, que se baseia na experiência, no corpo, no agora, dando espaço às possibilidades e libertando a pessoa que vive o luto para permitir que as coisas sejam exatamente como são, sem tentar obrigá-las a serem diferentes.

Para auxiliar no processo do luto se faz necessário refletir no sentido da vida e no vazio existencial. A reflexão sobre o sentido da vida, realizada por Viktor Frankl<sup>92</sup> ensina que o sofrimento é constitutivo da vida, e “se há, de algum modo, um propósito na vida, deve haver também um significado na dor e na morte”. Não é só a vida criativa e o gozo de seus dons que têm sentido. Se é que a vida tem sentido, também o sofrimento necessariamente o terá. Afinal de contas o sofrimento faz parte da vida, de alguma forma, do mesmo modo que o destino e a morte. Aflição e morte fazem parte da existência como um todo.

Para Frankl<sup>93</sup>, a busca de sentido é a principal motivação da vida do ser humano. É essa busca que nos torna as criaturas espirituais que somos. E quando essa necessidade

---

<sup>91</sup> KABAT-ZINN, 2017, p. 37.

<sup>92</sup> FRANKL, 2002, p. 67.

<sup>93</sup> FRANKL, 2002, p. 70.

profunda de sentido deixa de ser satisfeita, é que a vida nos parece rasa ou vazia. Hoje, no caso de muitos de nós, essa necessidade não é atendida, e, por isso, a crise fundamental de nosso tempo é de natureza espiritual.

Nos momentos de grande dor e sofrimento, pode haver uma busca maior pela transcendência, e este contato com a transcendência, diz Kovács<sup>94</sup>, pode ajudar no enfrentamento das situações de luto. Liberte-se da mudez e permita expressar o que aprisiona. Jesus se coloca ao lado e segura a mão dos caminhantes e propõe um caminho de recomeço, conforme já dizia Ugeux<sup>95</sup>.

Quando a pessoa consegue fazer novamente conexão com a vida, seu luto é transformado em paz, certeza e alegria. No momento em que os discípulos, no caminho de Emaús, reconhecem Jesus, ele desaparece. A despedida faz parte da vida. Cada despedida é uma pequena morte que exige de nós a capacidade de entregar e de soltar<sup>96</sup>.

## **MEDITAÇÃO E CONTEMPLAÇÃO**

Como aquietar-se de tal modo a acalmar nossos insistentes sentimentos e pensamentos, chegando a alcançar a profundidade de nosso ser? Como encontrar a paz interior? A meditação e a contemplação nos ajudam a encontrar a quietude interior.

Segundo Butzke<sup>97</sup>, solitude sugere exercitar e experienciar o silêncio: imagine um rio. Você está sentado ou sentada à beira do caminho. No rio, navegam barcos e navios. Enquanto a corrente de água passa diante de seu olhar interior, dê a cada um destes barcos e navios um nome. Um dos barcos, por exemplo, poderia chamar-se “meu medo diante do futuro”. Um navio poderia chamar-se “a falta que sinto do meu cônjuge”. Outro barco poderia ter o nome “isto eu não consigo”. Assim, cada julgamento que você faz é um pequeno barco. Tome tempo para dar um nome a cada um destes barcos. Entre naquele que convida você a entrar, mate a saudade e depois, gentilmente, deixe-o seguir adiante, seguir seu curso, seguir o leito do rio até chegar ao oceano. E você, permita-se voltar cheio, cheia desta presença e também siga seu curso, siga sua vida, até o dia de também encontrar-se com o oceano e tornar-se oceano.

Ainda segundo o autor<sup>98</sup>, quando se permite soltar e deixar ir aquilo que fere, há uma possibilidade de recomeço, de levantar novamente – a superação da paralisia e do

---

<sup>94</sup> KOVÁCS, 1992, p. 89.

<sup>95</sup> UGEUX, 2008, p. 126.

<sup>96</sup> BUTZKE, 2005, p. 41.

<sup>97</sup> BUTZKE, 2005, p. 63.

<sup>98</sup> BUTZKE, 2005, p. 68.

luto expressa-se numa vitalidade. Na morte, damos um salto: soltamo-nos, rendemo-nos, desistimos do lugar seguro que julgamos confortável. Este entendimento e aceitação nos ajudam a ressignificar a vida no processo de luto, na compreensão da falta da pessoa amada.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A forma como a sociedade se organiza para viver o processo de luto mostra que muito pode-se fazer para acolher as pessoas enlutadas, desde o entendimento dos fatores que envolvem a morte até a prática de atitudes que auxiliem no processo de elaboração do luto. Na nossa sociedade, não aprendemos a ficar imóveis, não aprendemos a respirar fundo e, em geral, temos medo do silêncio. Tudo isso deveríamos, talvez, reaprender. A partir da respiração, podemos tomar consciência do corpo, da afetividade, e experimentar um relaxamento profundo. Este procedimento nos levará, talvez, a tomarmos consciência também de uma presença, de uma realidade espiritual em nós.

O sofrimento é inerente à vida humana; como reagimos a ele é o que faz a diferença. Cada experiência de luto pode ser vivenciada de maneira diferente, e cada pessoa tem um tempo para voltar a equilibrar seus sentimentos. Como respiramos o ar, e como reagimos diante das emoções e pensamentos, faz a pessoa enlutada vislumbrar novos horizontes que se abrem quando nos colocamos a caminho. Pois o ato de respirar, de estar presente, ter consciência de si diante as situações e emoções, revela nossos limites e como ultrapassá-los. O Mindfulness é a maneira como olhamos e respeitamos nossas emoções e contribui para o construto do bem-estar. A prática do Mindfulness nos auxilia a construir um novo caminho e permanecer nele.

No que se refere às conclusões do artigo, a partir dos temas sobre situações de perda e vazio existencial, torna-se possível observar que as pessoas enlutadas se deparam com uma dor que as desorganiza e as coloca num espaço que exige cuidado. Nesse sentido, a Espiritualidade e o Mindfulness demonstram que há possibilidade de resgate das pessoas enlutadas deste lugar de vazio e dor, devolvendo a possibilidade de ressignificar suas vidas, a fim de que possam seguir o caminho e enfrentar as adversidades mais conscientes de si, de suas emoções e, também, espiritualmente mais fortes.

Cabe ressaltar que o presente artigo se apresenta como um recorte diante da imensidão de técnicas existentes para a gestão do sofrimento. Com isso, sugere-se que

---

mais estudos sejam realizados, contribuindo assim para o entendimento e desmistificação do luto.

## REFERÊNCIAS

BOFF, L. **A importância da espiritualidade para a saúde**. Vozes, 2013. Disponível em: <<https://leonardoboff.wordpress.com/2013/11/16/a-importancia-da-espiritualidade-para-a-saude/>>. Acesso em 10/03/2021

BUTZKE, P. A. **Não me desampares**: acompanhamento a pacientes terminais. Porto Alegre: Departamento de Diaconia – IECLB, 2005.

FRANKL, V. E. **Em busca de sentido**: um psicólogo no campo de concentração. 15. ed. revista. São Leopoldo: Sinodal, Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

KABAT-ZINN, J. **Atenção plena para iniciantes**. Rio de Janeiro: Sextante, 2017.

KOVÁCS, M. J. **Cuidando do cuidador profissional**: o sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Bioética, Cuidado e Humanização*, São Paulo, SP, v. 2, p. 247-263, 2008.

KOVÁCS, M. J. **Morte e desenvolvimento humano**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1992.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo, SP: WMF Martins Fontes, 2012.

NOUWEN, H J. M. **Transforma meu pranto em dança**. Rio de Janeiro, Textus, 2003.

PAULA, B. **Pedaços de nós**: luto, aconselhamento pastoral e esperança. São Paulo, SP: ASTE, 2011.

SELIGMAN, M. E.P. **Florescer**: uma nova compreensão da felicidade e do bem-estar. Objetiva, 2011.

UGEUX, B. **Reencontrar a fonte interior**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

ZOHAR, D. **QS Inteligência Espiritual**. 2016. Disponível em: <<http://danahzohar.com/>>. Acesso em: 12/07/2021

WEISSHEIMER, V. C. **'Eu vi as tuas lágrimas'**: amparo e consolo no sofrimento. São Leopoldo: Sinodal, 2009.

WEISSHEIMER, V. C. **Quando a vida dói**: confiança nos momentos de angústia. São Leopoldo, RS: Sinodal, 2013.