

Uma perspectiva de gênero sobre o diagnóstico de depressão nas práticas clínicas e nas práticas cotidianas¹

Laura Cremonte

Doutoranda, Università degli studi di Perugia, doutorado "Culture e Linguaggi"
Doutorado em Antropologia Social, Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Resumo

O objetivo deste artigo é analisar criticamente algumas questões da depressão como patologia e como dispositivo biomédico, através de alguns exemplos etnográficos. Em particular, utilizarei uma perspectiva de gênero, questionando a relação entre a depressão e a condição feminina, focando a relação entre a prática psiquiátrica, algumas expectativas sociais de gênero e as "micro-experiências" do cotidiano das mulheres que vivem situações complexas. Deste ponto de vista, é importante considerar a vida das mulheres em relação às condições socioeconômicas, aos diferentes contextos da vida familiar e a vida emocional delas. A observação de diferentes modalidades de acesso e cuidado de mulheres com diagnóstico de depressão permite analisar os diversos percursos de tratamento. Especificamente, vou relatar algumas dinâmicas que acontecem dentro de um serviço de saúde mental na cidade de Araraquara (SP), onde participei de alguns grupos de psicoterapia, analisando como, neste contexto e na relação entre os pacientes e os terapeutas, a depressão é modelada e socialmente produzida e trocada nos relatos bem como nas práticas cotidianas.

Palavras-chave: depressão; mulheres; etnografia.

Abstract

A gender oriented perspective on the diagnosis of depression in clinical and daily practices

The purpose of this article is to critically analyze some issues of depression as a pathology and as a biomedical apparatus, through some ethnographic examples. In particular, I will use an approach centered on gender, by questioning the relationship between depression and the condition of women, focusing on the relationship between some psychiatric practices, the social expectations of gender-roles and the "micro-experiences" of the daily lives of women living complex situations. From this point of view, it is important to consider the lives of women in relation to their socioeconomic conditions, as well as to their different family and emotional contexts. Observing the multiplicity of modalities of access and care for women diagnosed with depression, leads to an analysis of the various possible paths for treatment. Specifically, I will report some dynamics that took place within a mental health service in the city of Araraquara (SP), where I've been participating in some psychotherapy groups, analyzing how, in this context and through the relationship between patients and therapists, depression is modeled and socially produced and exchanged both in the accounts as in the everyday practices.

Keywords: depression; women's condition; ethnography.

1. Nota dos Editores: este artigo foi originalmente apresentado no II Seminário de Antropologia da UFSCar, realizado entre os dias 11 e 14 de novembro de 2013, no Grupo de Trabalho Antropologia da Saúde.

Introdução

A depressão é muitas vezes referida e considerada – seja pelos profissionais e pesquisadores do campo biomédico, seja no debate público – como uma "doença da modernidade", em crescimento rápido e constante; é também considerada a causa principal² da "incapacitação por doença" no contexto mundial. Neste artigo, vou apresentar uma primeira análise a partir da minha pesquisa de doutorado, considerando a categoria médica psiquiátrica da depressão como um tipo de "recipiente", no qual são contidos elementos em torno dos quais se agregam complexas redes de significados. De fato, as linguagens do sofrimento são necessariamente mais sutis e heterogêneas do que as categorias de diagnóstico usadas no campo biomédico. Por um lado, o diagnóstico é configurado como uma tradução de sintomas mais ou menos específicos, que são objetivados nas relações entre usuários e profissionais através da avaliação de um olhar especializado.

Today, hegemonic psychiatry's most powerful instruments are its biological etiologies, therapeutic interventions (psychopharmacology) and research programs. Through biological reductionism, these instruments dissocialize and dehumanize distress, naturalize social and economic inequities, silence the voices of suffering and resistance and eliminate the possibility of agency. (Young 2008: 299)

Por outro lado, a ideia da depressão já parece fazer parte do senso comum e da bagagem de conhecimento da população, graças, por exemplo, ao papel das mídias sociais. Para além do significado cientificamente compartilhado, desenvolveu-se, assim, um uso diferente e mais inclusivo do termo, que expressa sofrimento, ausência de felicidade e, de maneira geral, condições de vida "desequilibradas" (Martin *et al* 2007). Por isso, é de particular interesse concentrar-se sobre a maneira pela qual a noção de depressão é socialmente compartilhada, para reconsiderar o processo de construção da categoria biomédica.

De certo ponto de vista, seria mais correto falar de *depressões*, no plural, dado que no campo de pesquisa surgiram maneiras diferentes nas quais esta situação de sofrimento se desenvolve. Essa heterogeneidade não depende apenas de uma forma diferente de vivenciar o próprio sofrimento, o que é óbvio, mas do sentido que é dado à própria trajetória no "estado de depressão". Para todos os sujeitos envolvidos, a palavra depressão é um recipiente que contém práticas, significados, relações, que são construídas ao longo do tempo. Porém, estes recipientes de conteúdo variável possuem

² "Depression is the leading cause of disability as measured by YLDs and the 4th leading contributor to the global burden of disease (DALYs) in 2000. By the year 2020, depression is projected to reach 2nd place of the ranking of DALYs calculated for all ages, both sexes. Today, depression is already the 2nd cause of DALYs in the age category 15-44 years for both sexes combined. Depression occurs in persons of all genders, ages, and backgrounds. [...] WHO has recently launched an initiative on Depression in Public Health. [...] Overall objective: To reduce the impact of depression by closing the substantial 'treatment gap' between available cost-effective treatments and the large number of people not receiving it, worldwide." site of WHO: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/.

alguns elementos que tornam possível uma troca com outros sujeitos, sejam eles outros usuários, familiares, profissionais de saúde, amigos ou pesquisadores. Assim, estou interessada em investigar a depressão como um mapa de significados, uma narrativa que opera na fronteira entre as instituições médicas e as partes interessadas (Cozzi 1996). É uma narrativa que pode chegar a saturar todos os aspectos da vida das pessoas que sofrem, e que, a partir do diagnóstico, pode alterar a própria auto-percepção. Duarte, em sua análise sobre as representações populares sobre “os nervos”, explicitou o modo como os sintomas aparecem, do ponto de vista da população de trabalhadores urbanos no Brasil, como “um sistema de fios ou condutos espalhados pelo corpo” (Duarte 1986: 161): uma sugestiva imagem que bem define este campo semântico complexo. Na verdade, há muitas interpretações diferentes possíveis; os sintomas e a doença são muitas vezes irredutíveis (Young 1982) e falam de um sofrimento difícil de ser capturado nas análises e estruturas interpretativas.

Este trabalho, então, busca desenvolver algumas reflexões que surgiram nos primeiros meses da pesquisa de campo que estou desenvolvendo para a minha tese de doutorado: *Uma perspectiva de gênero sobre as políticas de saúde mental e a depressão no estado de São Paulo (municípios de São Carlos e Araraquara): diagnóstico, percursos terapêuticos e vida cotidiana*.³ Durante o período de trabalho de campo,⁴ o lugar onde, sem dúvida, eu tive um contato mais explícito e direto com a depressão – e, em particular em relação à condição das mulheres – foi em um serviço ambulatorial de saúde mental na cidade de Araraquara. A partir da análise de algumas situações que eu tenho observado neste contexto, vou procurar refletir sobre a vida cotidiana e um certo tipo de sofrimento, um certo tipo de emoção, que são traduzidos – no contexto estudado – como *depressão*. Utilizarei algumas citações de uma entrevista, particularmente significativa, e as minhas notas etnográficas para contextualizar os tipos de trocas que ocorrem em torno da experiência da depressão em três grupos de psicoterapia deste serviço.

O que significa fazer etnografia dentro de grupos de psicoterapia? Uma das regras que é repetida várias vezes pelos profissionais (principalmente na entrada de uma nova pessoa no grupo, como ocorreu comigo) é que “o que você diz e ouve aqui, fica aqui”. Do ponto de vista da metodologia da observação participante antropológica, isto é um nó problemático interessante. Na verdade, temos o privilégio de participar na atuação da própria psicoterapia sem ser paciente ou terapeuta, e para isso temos que respeitar as regras e o funcionamento desses grupos. Por esta razão, é importante não

³ Este projeto faz parte de uma pesquisa maior, sobre os serviços de saúde mental comunitária, que se chama “Políticas, cidadania e redes de saúde mental comunitária: um programa de pesquisa cooperativa e intercâmbio cultural entre Itália (região de Úmbria) e Brasil (Municípios de São Carlos, Araraquara e outros no Estado de São Paulo)”, coordenado pelo prof. Massimiliano Minelli (Università degli Studi di Perugia, Italia). Este projeto é desenvolvido como um trabalho em equipe, o que acho particularmente interessante do ponto de vista metodológico, porque permite não só o acesso aos materiais e dados sobre o contexto geral da pesquisa, mas também a comparação constante com os outros pesquisadores sobre questões de interesse comum.

⁴ O qual teve um prazo total de nove meses, mas neste artigo vou me referir aos primeiros cinco.

se concentrar tanto sobre o conteúdo dos relatos – mesmo que eles ofereçam uma imagem complexa das situações – mas, sobretudo, sobre a forma de agir e se relacionar dentro do grupo. A abordagem etnográfica permite um ponto de vista próximo à dinâmica de encontro entre os sujeitos, sobretudo através da observação participante e de uma postura reflexiva e situada da pesquisadora. A pesquisa pode ser entendida, aqui, como um território para “pensar em termos relacionais”, tal como proposto por Pierre Bourdieu (1992).

Neste sentido, considero interessante partir da descrição da dinâmica entre terapeutas e pacientes nos grupos de psicoterapia que pude observar. Trata-se, especificamente, de três grupos diferentes, acompanhados por quatro terapeutas (três psicólogas e uma assistente social). Todos os três grupos são constituídos apenas por mulheres – terapeutas, usuárias e antropóloga: durante as entrevistas, tanto os pacientes quanto as terapeutas concordaram que esta uniformidade favorece a oportunidade de se conhecerem, assumindo que isso envolve o compartilhamento de experiências da vida cotidiana.

Está claro que nesta pesquisa uma atenção específica deve ser dada à perspectiva de gênero. A partir da natureza sempre “gendered” do campo,⁵ temos que prestar atenção ao quanto os conhecimentos estão situados em específicos sistemas de relações histórico-sociais. O gênero não deve ser visto como uma outra forma de “essencialismo”, ou como um ponto de chegada da análise, mas sim como o ingresso nos complexos sistemas de significado e de relações de poder. Visweswaran (1997) argumenta, a propósito, que o gênero é um dispositivo heurístico que não pode ser considerado a priori e fora dos sistemas específicos de representação. Situar-se conscientemente do ponto de vista do gênero pode produzir um olhar capaz de perceber, no contexto das relações, os aspectos de confiança e intimidade, assim como de diferença e antagonismo, evitando uma ingênua cumplicidade de gênero.⁶

As regras do jogo: uma etnografia dos grupos de psicoterapia

Geralmente, o primeiro contato entre pacientes e profissionais ocorre no momento da *triagem*, quando o paciente (enviado pelos outros serviços) tem que contar a sua história e o caminho que o levou para o serviço. Neste contexto, o profissional (que não será necessariamente o terapeuta de

⁵ "A questão de gênero surge porque nós (etnógrafos) construímos o campo estabelecendo relações, e aprendendo a ver, pensar e estar em uma outra cultura, e nós fazemos isto como pessoas com de uma certa idade, orientação sexual, credo, educação, identidade classe social e étnica. Em particular [...] fazemos como homens e mulheres." (Bell *et al* 1993).

⁶ Biddy Martin (1994, citado em in: Visweswaran 1997): "To the extent that gender is assumed to construct the ultimate ground of women's experience, it has in much feminist work, come to colonize every aspect of experience, psychological and social, as the ultimate root and explanation of that experience, consigning us, once again, to the very terms that we sought to exceed, expand or redefine. When an uncritical assumption of the category 'women' becomes the 'subject of feminism', the gender politics takes the form of...the injunction to identify with/as women".

referência do paciente), sentado na frente do paciente e fazendo perguntas específicas, tem que preencher um documento impresso. Neste documento (além dos dados pessoais) é registrada a situação geral do paciente e, em suma, a sua história, a sua vida familiar, seu trabalho, seus problemas de saúde, seus serviços de referência, bem como uma primeira hipótese de diagnóstico. Juntamente com os prontuários médicos anteriores, recebidos do serviço “de envio”, esses papéis representam a primeira entrada no serviço do paciente e a base para o tratamento terapêutico. Na verdade, após a *triagem*, os profissionais discutem nas reuniões de equipe sobre a possibilidade de incluir os pacientes nos diversos grupos, os quais são construídos⁷ a partir de vários elementos: o diagnóstico, a necessidade de horários específicos, outras necessidades específicas e experiências de vida semelhantes. Quanto aos grupos dos quais participei, um era mais focado na questão da violência, outro nas dificuldades das relações familiares, e o último, ainda mais específico, sobre a relação mães/filhos. Embora muitas vezes emergjam muito mais temas diferentes, é possível entender que a formação destes grupos lembra diretamente o cenário “típico” do dia a dia das mulheres.⁸

Para começar o grupo, a psicóloga responsável, às vezes acompanhada de uma assistente social, prepara a sala antes da chegada das pacientes: organiza as cadeiras em círculo, coloca as pastas das pacientes sobre a mesa (onde são anotados a presença/ausência e, posteriormente, um resumo do que foi dito) e, muitas vezes, um ou mais rolos de papel higiênico para enfrentar os momentos frequentes de choro. No horário preestabelecido, então, ela chama as pacientes que, enquanto isso, aguardavam na sala de espera na entrada do edifício. Este lugar é particularmente interessante do ponto de vista etnográfico: sentados nas cadeiras que abrangem os lados da pequena sala de espera, onde está também a sala da recepção do serviço, os pacientes interagem, trocam ideias sobre os terapeutas e os medicamentos, descobrem amigos em comum, reclamam do tempo, debatem sobre os acontecimentos dos bairros e da cidade. Porém, quando se encontram as pessoas que estão nos mesmos grupos de psicoterapia, eles muitas vezes retomam o diálogo que teve lugar na sessão da semana anterior, informando-se sobre a situação em casa e as possíveis novidades acontecidas. Este é um momento particularmente significativo, porque cria-se uma intimidade semelhante ao que é muitas vezes considerado como peculiar à psicoterapia. O que acontece nessas trocas informais ultrapassa, de fato, as “regras do jogo” dos grupos, as quais podem ser tanto formais e explícitas, quanto tácitas e variáveis. Estas regras mudam e dependem claramente dos terapeutas e das diferentes necessidades dos pacientes, mas aquela que já mencionei (“o que está sendo dito e ouvido

⁷ Como me foi explicado pelos profissionais do serviço em situações informais, assim como nas entrevistas.

⁸ Em relação à depressão, de fato, as estatísticas epidemiológicas mostram uma relação de 2:1 para as mulheres (Hopcroft & Burr Bradley 2007; Roxburgh 2009; WPA 2008). Essa diferença é atribuída principalmente às condições de vida marginalizada e a incorporação de desigualdades socioeconômicas. Além disso, a depressão é muitas vezes ligada a questões específicas da vida das mulheres, como a violência doméstica, abortos espontâneos ou voluntários, a obesidade e distúrbios alimentares, mas também as experiências da gravidez, parto e puerpério (*depressão perinatal*).

aqui, fica aqui") é geralmente aceita e respeitada por todos. Isso, a fim de proteger a *sensibilidade* das coisas que são ditas e trocadas nos grupos: estes são exatamente o que são chamados de dados sensíveis.

Os grupos são geralmente constituídos por um máximo de 5-6 pessoas. Em alguns casos, chegou a acontecer de haver apenas uma paciente nos encontros. Isto pode acontecer por várias razões: muitas vezes, as ausências não são comunicadas anteriormente. Mas, em outras ocasiões, as pacientes alertam os profissionais que não poderão estar presentes na reunião seguinte. Neste caso, as ausências são registradas nas pastas do serviço como "justificadas". Isso depende da regra interna do serviço que estabelece que não se pode ter mais do que um determinado número de ausências "não-justificadas", sob pena de perder a própria vaga no serviço, ou seja, nos grupos de psicoterapia e nas sessões psiquiátricas. Na verdade, durante a observação, tornou-se claro que esta regra pode ser modificada continuamente, quando puder atender às necessidades dos pacientes. Os profissionais podem decidir, até, por conceder períodos longos de alta, especialmente se isso pode ajudar no trabalho e/ou na vida familiar. Porém, isso é muito raro, pois a maioria das pacientes que entrevistei me disseram que elas tinham construído um forte vínculo com o serviço e com as outras pessoas dos grupos. Por esta razão, são as primeiras a querer participar regularmente.⁹

Portanto, quando todas estiverem sentadas na sala, as terapeutas normalmente dão início à "hora da terapia" com uma espécie de apelo para saber quem está presente ou não. Logo depois, começam a fazer perguntas abertas e dirigidas a todas, tais como: "*como foi a sua semana?*", "*como vai você?*". Enquanto as pacientes falam, as intervenções diretas são limitadas a algumas perguntas, especialmente para moderar a fala, de modo que o equilíbrio possa ser mantido e ninguém seja excluída e não possa falar. Isto pode ser mais ou menos fácil, dependendo das características das pessoas (algumas são mais tímidas, outras não conseguem esperar para falar) e da urgência das coisas que têm para contar. Muitas vezes, de fato, uma história enche o espaço/tempo da reunião do grupo: nestes casos, as terapeutas tentam envolver as participantes naquela história específica, convidando a comparação e a troca de experiências. Porém, em algumas situações – por exemplo, quando uma paciente fala sobre pensamentos suicidas – a intervenção da terapeuta é feita de forma mais direta.

As usuárias que entrevistei concordam em considerar as terapeutas como ponto de referência do grupo e, enquanto falam, seus olhos estão sempre voltados para a terapeuta. Em vários casos elas são diretamente consultadas, muitas vezes sendo solicitadas a darem conselhos "técnicos", especialmente quando se trata do diagnóstico e dos sintomas. Na verdade, o que concerne ao diagnóstico não aparece muitas vezes nos diálogos dos grupos de psicoterapia, mas as participantes se referem a ele quando pedem informações sobre o tratamento com psicofármacos e seus efeitos.

⁹ Outro caso é o das pessoas que são "obrigadas" a acompanhar os grupos e as outras atividades estabelecidas pelo serviço, devido a uma ordem judicial (como, por exemplo, para manter ou recuperar a autoridade parental sobre os próprios filhos).

Nessas ocasiões, à psicóloga é atribuída a tarefa de manter o equilíbrio entre o papel do medicamento psiquiátrico¹⁰ – prescrito pela psiquiatra – e o da terapia de grupo. Além disso, as pacientes parecem querer que a terapeuta do grupo faça a mediação entre as necessidades delas e as decisões do psiquiatra, que são, aliás, contestadas – por exemplo, no que concerne ao aumento ou a diminuição da dose de uma medicação ou a substituição desta por outra.

Juliane, assumindo um tom triste, pergunta para a psicóloga se ela pode marcar uma consulta com a psiquiatra, embora apenas duas semanas tenham passado desde a última visita. Quando lhe pergunta a razão, ela diz que, com a mudança do fármaco, tem notado melhoras, ela não se sente mais agressiva e irritada como antes, mas ela se sente calma... talvez excessivamente calma: “de uma calma que eu poderia facilmente matar alguém e depois ir embora como se nada tivesse acontecido.” [diário de campo, 11.10.2013]

É importante ressaltar que, no sistema de funcionamento e regras do serviço, a participação nos grupos de psicoterapia está ligada à possibilidade de acesso às consultas psiquiátricas e, conseqüentemente, ao medicamento. A diferença entre o papel do psicólogo e do psiquiatra, que eu encontrei várias vezes dentro do serviço, também é relatada em outros estudos, como em Tornquist *et al* (2010):

O/a psicólogo/a aparece como um personagem dedicado a ajudar as pessoas que estão passando por momentos difíceis, escutando o que o sujeito tem a dizer e buscando razões para o sofrimento, aspecto no qual se diferenciaria dos médicos, cujo trabalho – também valorizado – se resumiria à prescrição de remédios. (Tornquist *et al* 2010: 103)

A atitude dos pacientes do ambulatório, em relação ao psiquiatra do serviço, é ambivalente: por um lado, sem dúvida, é respeitado por seu conhecimento e sua posição¹¹; por outro lado, muitas usuárias já me disseram que não se sentem escutadas no momento da consulta psiquiátrica, o que lhes permitem a adoção de estratégias para conseguir o que sentem precisar: “*com o psiquiatra é fácil: você vai lá, você chora um pouquinho, você diz que dorme mal, você diz que tá...meio assim, sei lá, e ela já já aumenta ou muda a medicação*”, assim a Sra. Luana, paciente “histórica” do serviço, me disse com um

¹⁰ No diagnóstico de depressão, de fato, o papel dos fármacos é de grande interesse: a prescrição dos fármacos parece construir o diagnóstico, em uma grotesca tautologia pela qual “os deprimidos são aqueles que respondem aos antidepressivos, os antidepressivos são as substâncias que curam os deprimidos” (Coppo 2005). Isto é devido, em parte, à evolução histórica do conceito de depressão e as incertezas de diagnóstico que o caracterizam, pois é um distúrbio com contornos suaves e sintomas heterogêneos; mas é também um sinal do peso que a indústria farmacêutica tem na promoção de um certo tipo de pesquisa científica e em delinear as mesmas categorias de diagnósticos contidos nas classificações internacionais dos transtornos mentais.

¹¹ Fiquei imediatamente impressionada com a diferença de posição relativamente aos outros profissionais: todo mundo chama o psiquiatra de “doutor” ou “doutora”, enquanto os demais são chamados por seu próprio nome. Além disso, seus movimentos e suas ações no serviço têm um alto grau de autonomia e raramente as suas decisões são questionadas. Além disso, ele nunca esteve presente nas reuniões de equipe das quais participei.

sorriso, em voz bem baixa, numa conversa informal no corredor do ambulatório, esperando para o grupo começar.

Nas regras informais de funcionamento dos grupos, até mesmo o silêncio assume um valor específico e é respeitado: especialmente no início, uma pessoa pode não se sentir confortável em lidar com alguns aspectos da sua vida na frente de estranhos. Mas depois, em geral, esse medo é substituído por um clima de reciprocidade e de cumplicidade, de modo que o grupo de psicoterapia torna-se um lugar onde não só você pode falar sobre a sua experiência, mas onde um começa a se *importar* com o outro.

Quando eu cheguei lá, eu não queria ir, tinha uma certa relutância ...terapia em grupo, todo mundo escutando a minha história, eu não vou! E aí foi no primeiro dia meio contra vontade, assim. E aí quando eu cheguei, eu achei – nossa – achei o máximo, né? Então toda semana eu fico esperando pra ir! Mas tem dias que não dá e aí fico meio deprimida. “Ai, não deu pra ir”. E aí, “como será que tá...”; se *começa se importar, com as pessoas*. Né? E aí você fica esperando também pra ter notícias: “Como será que tá a Sandra, a Cibele, como foi a semana delas...”. Mas, você vê que tem problemas muito maiores que o seu.

L: Mh. E isso é importante, pra comparar?

M: Isso. É. Porque você fala: “Nossa...”. Não que o meu não seja importante, pra mim ele é o pior dos problemas, mas olha o que as pessoas tem que passar, tem que enfrentar...você entendeu? Tem pessoas que você vê que as famílias não se importam muito! [...] Mas é gostoso ali também, ajuda muito. Os conselhos que ela [a psicóloga] dá. Lá é muito legal, eu adoro lá.

[...] É por isso que, como te falei, a gente fica até ansiosa pra chegar lá – né? – pra saber como que tá...aquele tempinho que a gente fica aguardando lá fora.

L: Eh, porque vocês também... ficam juntas em momentos difíceis... você, não sei se experimentou as crises delas também, né?

M: sim...a gente tem isso. Então a gente fica até preocupada, pra saber se tá bem, como que tá. E o grupo também... te proporciona isso, né? Tá tendo notícias, tá vendo melhoras, o que é gratificante. Quando eu entrei, a Cibele tava meio numa recaída, e ela melhorou bastante... porque ela sofreu um assalto. E ninguém acreditou nela. Achava que era mentira. Os patrões, então...e isso deu uma recaída, teve que voltar tomar o remédio e tal. E aí você vê ela melhorando, ela bem, ela dando risada, *é uma vitória pro grupo inteiro*, eu acho. *A melhora de cada uma, ali, é...é uma vitória pra o grupo inteiro*. [entrevista com Marisa¹², 8.02.2013]

Como foi então bem enfatizado por Marisa (e também para outras pacientes entrevistadas), é precisamente a possibilidade de confronto que é oferecida no grupo, percebido como um espaço seguro e aberto, que ajuda a lidar com seus próprios problemas. Tal como expresso na entrevista, o

¹² Todos os nomes foram alterados, de acordo com as condições de anonimato previstas pelo Comitê de Ética e pelo "Termo de consentimento", assinado pelos sujeitos envolvidos na pesquisa.

fato de poderem comparar a própria experiência de sofrimento – que continua sendo percebida como *o pior dos problemas* – com as de outras pacientes, as ajuda a concentrarem-se em seus próprios recursos, além do acesso à assistência médica e/ou psicológica. Marisa, que é uma estudante de direito de 26 anos que mora com os pais e trabalha para continuar a sua educação, identifica, por exemplo, a importância do apoio da sua família:

M: Tem pessoas que você vê que as famílias não se importam muito! E aí todo mundo me deu o maior apoio, me levava no médico; liga, pergunta...

L: Aqui na família?

M: Aqui na minha família. É. Quando eu não estou bem, meus primos vem, tem um que toca violão e traz o violão e faz uma farra...

L: Ah que bom!

M: ...é! eles fazem sempre tudo para me levantar e você vê que não é todo mundo que tem isso. E aí você se sente privilegiada, de ter uma família assim. Que dá apoio e tudo. [entrevista com Marisa, 8.02.2013]

Em alguns momentos, o vínculo que liga as mulheres participantes do grupo é o constante imaginar e incorporar uma a história da outra, assim criando uma espécie de “unidade emocional”; o que pode significar que uma crise de choro ou dificuldades para respirar podem surgir ouvindo a história da própria vizinha de cadeira:

Fabiane [a psicóloga], abre a discussão perguntando para todas "Como você está?". Veronica, uma garota de cerca 25 anos, começa a falar sobre a sua situação, na qual após um período de melhor relacionamento com o marido, começou a ficar nervosa com ele, especialmente por causas banais, como a ordem das roupas penduradas para secar (meias e cuecas tem que estar emparelhadas, as camisas devem ser colocadas todas uma perto da outra) e outras tarefas domésticas. Ela está feliz porque ele está ajudando-a agora, mas gostaria que tudo fosse feito à sua maneira. Por causa disso, ela diz que se sente culpada. Enquanto ela conta tudo isso, sua voz começa a tremer e a ficar quebrada, até algumas lágrimas começam a escorrer pelo seu rosto. Fabiane tira um lenço de sua bolsa e dá-lo a ela, falando para se acalmar e explicar melhor a situação. Veronica diz que está muito frustrada por não entender o próprio comportamento, o que atribui também ao horário de verão. Além disso, ela diz que não está tomando o “remédio”(o antidepressivo), até porque o marido não quer. Fabiane convida Verônica e as outras para pensar naqueles que podem ser os diferentes “remédios da vida”. Todo mundo começa a falar, dando exemplos sobre os vários recursos que todos têm nas próprias vidas: família, amigos, atividades agradáveis, sexo ... mas a Sra. Alba - que já tinha começado a chorar durante a história de Veronica, exclamando: “Ah, é um dia daqueles” - começa a respirar com dificuldade, cada vez mais forte e, chorando, pede ajuda. Tenta beber alguns goles de água da garrafa de plástico que segura em suas mãos, mas ela não consegue. Grita "ai, ai, ai" e toca seu peito, no meio, como para indicar uma dificuldade em respirar. [diário de campo, 01.02.2013]

Quando a Sra. Alba diz que é “*é um dia daqueles*” parece implicar que ela já entendeu que o nível de emoção dentro do grupo naquele dia iria alcançar níveis elevados.

Compreender que sua própria história, que tem causado tantos problemas e sofrimentos, pode ser útil para alguém que está passando por uma situação semelhante e, em seguida, retomá-la como exemplo, é um processo que vem sendo incentivado, considerado terapêutico do ponto de vista dos profissionais. A psicóloga Paola, que tem uma postura muito igualitária em comparação com outros terapeutas, e que raramente interfere dentro do grupo, me falou de “grupos que funcionam” ou não, exatamente a partir desta capacidade de ajuda e troca mútua.

Também a antropóloga Emily Martin, na sua pesquisa sobre o transtorno bipolar, destaca alguns dos mecanismos que contribuem para a criação de um relacionamento de proximidade nos grupos de apoio que tinha observado de que participado (Martin 2007: 143-7). Em particular, de acordo com a pesquisadora, existem seis características ou funções exercidas pelos grupos:

1. As pessoas criam novas conexões sociais que perduram ao longo do tempo;
2. Outras pessoas compartilham a própria experiência individual;
3. Informações relevantes que podem ajudar a resolver problemas práticos são trazidas;
4. Os membros do grupo toleram comportamentos notavelmente incomuns (até certo ponto);
5. Os membros do grupo toleram descrições de comportamentos extremos, feitas de uma forma imperturbável;
6. Os membros do grupo insistem em ação quando a vida ou a saúde de uma pessoa está seriamente em risco.

Tudo isso contribui para criar entre as pessoas vínculos e apoio mútuo, assim que os grupos de apoio poderiam ser definidos como “a kind of enclosed social space that allows particular forms of *intimate sociality*” (ibidem: 147). É claro que a experiência única e irreduzível de cada encontro não pode ser reduzida a esse esquema sintético (como a própria autora nos alerta), mas é interessante observar como esses elementos se repetem em diferentes contextos, que tornam-se comparáveis entre si porque inscritos dentro do “campo *psi*” mais amplo.

Dentro dos grupos de psicoterapia que pude observar, há de fato um jogo contínuo entre o cotidiano e as emoções; entre as narrativas e a comparação de experiências específicas e o trabalho psicológico sobre o chamado “nível interior da experiência”.

In these small ways, a *fabric of relatedness* is created for people over time. Other people remember them; other people understand their experiences in light of life stories they have told in the past; other people have experienced something similar. (Martin 2007: 143)

O que eu gostaria de enfatizar é que, nesse jogo (no qual as mulheres sempre escolhem o que compartilhar ou não) é criado um discurso coletivo construído sobre a base das relações do grupo. Um discurso que não é feito apenas pelas narrativas sobre a doença, mas também de microelementos da vida cotidiana que, aparentemente, nada têm a ver com a experiência da doença “em si”. Acontece, por exemplo, que se pode falar da procura ou da perda do trabalho, de como organizar uma festa de formatura, do cabeleireiro, de viajar, de como tirar carteira de motorista, de culinária e dietas... É, portanto, interessante notar que um tempo/espaço construído como um dispositivo “*psi*” torna-se um dos possíveis contextos e situações disponíveis para falar do cotidiano. Isso torna as reuniões dos grupos de psicoterapia semelhantes a outros momentos de intimidade ou até mesmo de sociabilidade, especialmente no cotidiano considerado tipicamente feminino: ir ao cabeleireiro, tomar café da manhã com amigas ou familiares, pegar o ônibus, ir à igreja ou participar de outros grupos. Quando passei por essas situações e contextos diferentes com algumas das mulheres integrantes dos grupos de psicoterapia, percebi como as dinâmicas internas dos grupos são fortemente influenciadas por este “compartilhamento cotidiano”. Torna-se legítimo questionar se o grupo não é, portanto, mais um espaço de comunicação, pelo que seria possível imaginar uma maneira de sair do campo estritamente psicológico e psiquiátrico, retornando de forma explícita as integrantes a sua capacidade de “agência”. Por que não fazer as reuniões no cabeleireiro, no ônibus, ou tomando um sorvete?

Apesar disso, nas entrevistas, a maioria delas identifica os grupos no ambulatório como um lugar e um tempo seguro e protegido para falar sobre o seu sofrimento. Parece-me que este movimento dialógico entre a experiência do sofrimento e os relatos da vida cotidiana é o que diferencia a experiência da psicoterapia de grupo em comparação com outras situações, entre as quais existem, sem dúvida, momentos para falar sobre a dor, mas não são reconhecidos como tais. Conforme argumenta Andrew Lakoff:

The psy-sciences are key sites in which selves are constituted as beings of a certain kind, where individuals come to understand the sources of their actions and adopt techniques for transforming themselves. (Lakoff 2005: 3)

A depressão na vida cotidiana: mulheres que não funcionam?

Neste discurso múltiplo, heterogêneo e complexo, e neste tipo de contexto e relacionamentos, emerge finalmente o que significa ser uma mulher com um diagnóstico de depressão na vida cotidiana e nas relações com os outros. Novas necessidades surgem, como falar ou não falar, ficar na cama o dia todo, chorar. A pessoa que se reconhece como deprimida, frequentemente descreve-se como *parada*, alguém que tornou-se incapaz de se mover dentro do seu próprio mundo. Alguém que não é mais capaz de cuidar das tarefas domésticas, por exemplo, ou de cuidar dos outros.

Isso corresponde com as definições dadas nos inúmeros documentos publicados pela OMS sobre o assunto, nos quais a depressão é definida¹³ como uma condição que “impede a capacidade do indivíduo de *funcionar* no trabalho ou na escola ou de lidar com a vida cotidiana”, ou como “incapacidade de lidar com si e suas *responsabilidades diárias*”: essencialmente como uma “reduzida capacidade de *funcionar normalmente*”.¹⁴ Para as mulheres que frequentam os grupos do serviço ambulatorial de Araraquara, o próprio papel, as próprias responsabilidades diárias são construídas sobre o “*cuidar*” – seja de coisas (da casa, por exemplo) ou pessoas. Não conseguir seguir este tipo de atividade torna-se preocupação e estigma social, o que as fazem entrar em um círculo vicioso o qual parece ser ao mesmo tempo causa e efeito da doença. Em poucas palavras: se você sobrecarregar, você vai ficar doente, se você parar, isso significa que você está doente. Quando *cuidar de tudo*, e *dar conta de tudo*¹⁵ torna-se insuportável, surge aquele mal-estar que nesse contexto se traduz como depressão.

Começou... Na verdade, eu sempre... eu nunca tive nada. É a minha mãe que teve problema com depressão. E aí quando eu tinha uns 14 anos eu tive uns indícios, assim, de início, mas... não... não foi pra frente. E aí o ano passado, o 2012, no comecinho do ano, meu pai quebrou o pé, teve que parar de trabalhar e como esse dia também eu tinha saído do estágio, e só a minha mãe trabalhando. E aí comecei também ter brigas constantes com meu namorado, porque eu ficava irritada, ele só queria bebidas, então... A gente começou a brigar muito. [...] A gente não tinha dinheiro, eu vi que eu não conseguia mais ajudar, porque eu não tinha mais o meu salário, e meu pai precisando de tratamento médico e... Ele é diabético, com um pé quebrado, só podia ficar deitado, precisava de fisioterapia. E eu não tinha como ajudar. Só a minha mãe se esforçando pra... pra conseguir levar a casa. E ninguém ajuda. [...] Eu me sentia como se ninguém me enxergasse..., como se eu não existisse. [...] E aí, no Carnaval, que foi em fevereiro, eu desabei. Eu fui guardando, fui guardando, tudo aquilo, e aí eu tive... Um dia que meu corpo começou a adormecer inteiro, comecei a gritar, gritar, não parava mais. E aí fui pro Hospital, tomei remédio, medicaram tudo, e aí eu comecei... [entrevista com Marisa, 8.02.2013]

¹³ Além do diagnóstico em si, que é definido, por exemplo, na "Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde" (CID-10) da Organização Mundial da Saúde como: “um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da autoestima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignação, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e grave”.

¹⁴ Disponível em http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf; http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/index.html; http://www.who.int/mental_health/management/depression/flyer_depression_2012.pdf.

¹⁵ Expressões usadas pelas mulheres para descrever as causas dos próprios problemas, tanto nos grupos de psicoterapia como nas entrevistas.

Em seguida, Marisa explica que não consegue encontrar uma única causa que pode ter provocado sua depressão, mas identifica nas relações familiares, no trabalho doméstico e nas obrigações de gênero, o contexto geral no qual as mulheres podem experimentar sofrimento e dificuldades, os quais são convertidos em termos de depressão.

Eu acho que [...] por mais que a mulher tenha evoluído, agora, ela trabalha, é independente, tudo, ela sempre teve aquela... ela tem a preocupação com os filhos, com marido, com a casa, com conta, com trabalho. Então eu acho que isso sobrecarregou ainda mais ela. Ela pra buscar ser independente, isso sobrecarregou mais ela do... já com as preocupações do dia-a-dia. E o homem, não é que não se preocupa, mas ele sabe que tem a mulher pra cuidar dos filhos... geralmente, ele só fala de trabalho e da diversão com os amigos. Então não que não tenha, tem quem se preocupar, tudo, mas a mulher já pega tudo isso pra ela, essa carga. E tem uma hora que ela também *não aguenta*, porque é uma carga muito pesada. E os homens, hoje, são muito individualistas. Eles não chegam em casa perguntando pra esposa se precisa de alguma coisa, se ela quer que ele faz alguma coisa. E eu acho que essa solidão dentro do casamento também provoca isso. A gente vê também no grupo isso. Tem muitas mulheres casadas que são solitárias... não tem uma companhia. [entrevista com Marisa, 8.02.2013]

A relação entre o papel doméstico e de cuidado da mulher com o sofrimento que se traduz em depressão foi detectado também por uma entrevistada na pesquisa realizada pelo grupo da Tornquist: "Acho que na verdade nós mulheres... que a gente quis ter as mesmas igualdades que o homem só que a gente esqueceu que a gente além de trabalhar e tudo [...] A gente quer ter a igualdade só que a gente esqueceu que tem filhos (Amanda)." (Tornquist *et al* 2010: 91). A causa que Marisa e Amanda detectaram, parece estar relacionada em primeiro lugar com as condições de vida da mulher, que além de trabalhar fora de casa, continua a ser vista como a única figura que tem que lidar com as tarefas domésticas, especialmente com o cuidado das crianças.

É interessante notar, como esta análise também contém uma perspectiva "histórica" sobre os direitos das mulheres: é graças às *mesmas igualdades*, que as mulheres tiveram acesso ao mercado de trabalho, na esfera pública, tradicionalmente reservada para o universo masculino. Mas é evidente que, se estas *mesmas igualdades* não são acompanhadas por uma mudança dos papéis e das expectativas sociais de gênero, cria-se o sofrimento e as dificuldades que são relatadas nas entrevistas – bem como nos grupos de psicoterapia, que não conseguem problematizar este quadro complexo. É necessário compreender como a vida das mulheres pode mudar em relação às transformações das famílias, do papel das mulheres nas famílias e dos relacionamentos dos casais.

The point may be that women are expected to be experts in noticing and attending to the emotional needs of others [...], not their own, which are rather objects of control or suppression because they, unlike the emotions of other family members, are defined as dangerous. (Lutz *et al* 1990: 82)

A família é muitas vezes o primeiro lugar no qual é possível detectar as mudanças na sociedade, com uma modificação profunda dos papéis e da vida cotidiana. A relação entre a prática médica, certas expectativas sociais de gênero e as experiências circunstanciais das mulheres que vivem situações complexas, é particularmente evidente na relação do cuidado relativo aos outros: “women are concerned not simply with their own bodies, but with what might be glossed as public health issues – that is, with the bodies of others” (Lock & Kaufert 1998: 19).

A este propósito, Roland Littlewood (1998) sugere que algumas doenças ou distúrbios podem agir como "reguladores" sociais em um sistema de binômios opostos mas complementares. Por isso as doenças podem ser lidas como uma "solução" para as contradições sociais existentes (tais como, por exemplo, a disparidade de relacionamento homem/mulher). Em particular, a expectativa social que muitas vezes recai sobre as mulheres é a de sacrificar-se para os outros (companheiros, filhos):

There is an expectation that women will emphasize nurturance and that they live *through and for* the others rather than for themselves. [...] Their lack of power is attributed to their greater emotionality and their inability to cope with wider social responsibilities, for dependency and passivity are expected of a women; her psychological image is of a person with a childish incapacity to govern herself and a need for male protection and direction. (Littlewood 1998: 248-249)

Littlewood argumenta que o transtorno mental pode ocorrer, nessas situações de desigualdade, como uma forma de restaurar o equilíbrio por meio de uma espécie de pedido explícito de atenção, que é socialmente aprovado porque as mulheres são consideradas mais suscetíveis a se expressarem através das emoções mais do que de outras formas. De acordo com a análise do pesquisador britânico, a histeria já ofereceu, no passado, uma forma de traduzir o sofrimento das mulheres em sintomas e em um diagnóstico, tornando assim mais aceitável a crise:

The development from simple conversion symptoms to a recognized discrete role as a “hysteric” provided a parody of the core social values: women’s expected dependency and restricted social role. The reaction represented an exaggeration of the socially extruded (female) status. The hysteric was characteristically female, the hysterical woman being perceived as the very embodiment of perverse femininity, an inversion of dominant male behaviour. (Littlewood 1998: 250)

Em conclusão, a depressão aparece, como temos visto, como uma situação na qual o equilíbrio da pessoa e da família é perturbado; por outro lado, a forma como é concebida e pensada parece reproduzir precisamente aqueles estereótipos que estão ligados tanto aos papéis domésticos como à esfera emocional das mulheres. A mulher deprimida é uma mulher que *não funciona* mais para o que os outros parecem querer dela, mas, ao mesmo tempo, a sua “maneira de não funcionar” parece ser aceita culturalmente, através da imagem das mulheres como seres emocionais. Considere-se, por exemplo, as constantes referências ao corpo das mulheres como estando à mercê, a qualquer

momento, do “poder” dos hormônios, que alteram o humor, o comportamento e as emoções. Apenas pensemos a “ditadura” que a TPM parece ter sobre as ações e as vidas de mulheres durante o período menstrual. Neste sentido,

o poder da medicina de transformar eventos fisiológicos em doenças representa uma das mais poderosas fontes da ideologia sexista na nossa cultura. A “doencificação” desse corpo apresenta-se como fruto de uma medicalização que trata a gravidez e a menopausa como doença, transforma a menstruação em distúrbio crônico e o parto em um evento cirúrgico. (Vieira 2002: 24-25)

As emoções, portanto, são fortemente conotadas por relações de poder e expectativas sociais que recaem sobre a feminilidade que é, de fato, considerada (pelo menos no discurso ocidental dominante) como prevalentemente natural, irracional e incontrollável, e que, portanto, tem que ser controlada. Essa imagem corresponde ao que tem sido historicamente atribuído à feminilidade, especialmente no que diz respeito a divisão entre o público (masculino) e o privado (feminino). Para superar essa dicotomia, Abu-Lughod e Lutz (1990) propõem a análise das emoções como um discurso social e como prática das experiências acumuladas, recuperando a noção de *habitus* de Pierre Bourdieu. Em particular, Catherine Lutz, na sua análise das emoções em relação ao gênero na América, evidencia como não só essa retórica é revivida no discurso cotidiano, mas também no discurso científico, especialmente nos setores da psicologia e da psicopatologia. As emoções, diz ela, são entidades paradoxais ligadas ao estereótipo da mulher: por um lado, são vistas como um sinal de fraqueza, e por outro como uma força poderosa. Mas, como na sexualidade, analisada por Foucault, também a emotividade existe em formas consideradas “saudáveis” e “insanas” quem determina a passagem de um estado ao outro? Quem define o limite além do qual a emotividade – sem controle – se torna perigosa? A depressão poderia ser pensada como forma *insana, exagerada* dos mais “normais” sentimentos de tristeza ou melancolia que parecem fazer parte da natureza feminina? Depressão, finalmente, é uma “coisa de mulher”, e presta-se como uma forma de transtorno socialmente compatível e aceitável?

Bibliografia:

- BELL, Diane; CAPLAN, Pat; KARIM, Wazir J. 1993. *Gendered fields. Women, men and ethnography*. London: Routledge.
- BOURDIEU, Pierre; WACQUANT, Loïc. 1992. *Réponses. Pour une anthropologie réflexive*. Paris: Editions du Seuil.
- COPPO, Piero. 2005. *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- COZZI, Donatella. 1996. *La depressione. Un manuale per capire, un saggio per riflettere*. Milano: Il Saggiatore
- DUARTE, Luiz Fernando Dias. 1986. *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- HOPCROFT, Rosemary; BURR BRADLEY, Danna. 2007. “The sex difference in Depression across 29 Countries”. *Social Forces*, 85 (4): 1483-1507.

- LAKOFF, Andrew. 2005. *Pharmaceutical Reason. Knowledge and Value in Global Psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LITTLEWOOD, Roland. 1998. *The butterfly and the serpent. Essays in Psychiatry, Race and Religion*. London: Free Association Books.
- LOCK, Margaret; KAUFERT, Patricia. 1998. *Pragmatic women and body politics*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- LUTZ, Catherine; ABU-LUGHOD, Lila. 1990. *Language and the politics of emotion*. Maison des Sciences de l'Homme and Cambridge University Press.
- MARTIN, Emily. 2007. *Bipolar expeditions. Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press
- MARTIN, Denise; QUIRINO, José; MARI, Jair. 2007. "Depression among women living in the outskirts of São Paulo, Southeastern Brazil". *Revista de Saúde Pública*, 41 (4):1-7.
- ROXBURGH, Susan. 2009. "Untangling Inequalities: Gender, Race, and Socioeconomic differences in Depression". *Sociological Forum*, 24 (2): 357-381.
- SILVEIRA, Maria Lucia da. 2000. *O Nervo Cala, O Nervo Fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- TORNQUIST, Carmen; DE ANDRADE, Ana Paula; MONTEIRO, Marina. 2010. "Velhas historias, novas esperanças". In: S. Maluf; C. Tornquist (org.), *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis, Santa Catarina: Letras Contemporâneas.
- VIEIRA, Elisabeth Meloni. 2002. *A Medicalização do Corpo Feminino*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ.
- VISWESWARAN, Kamala. 1997. "Histories of feminist Ethnography". In: *Annual Review Of Anthropology*, 26: 591-621.
- WPA. 2008. *The WPA educational series on Depressive Disorders. Volume 1: overview and fundamental aspects of Depression*, The WPA Educational Programme on Depressive Disorders.
- WPA. 2008. *The WPA educational series on Depressive Disorders. Volume 2: Physical Illness and Depression*, The WPA Educational Programme on Depressive Disorders.
- WPA. 2008. *The WPA educational series on Depressive Disorders. Volume 3: Depression in specific Population Groups*, The WPA Educational Programme on Depressive Disorders.
- YOUNG, Allan. 1982. "The anthropologies of illness and sickness". In: *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-285.
- YOUNG, Allan 2008. "A time to change our minds: Anthropology and Psychiatry in the 21st Century". In: *Culture, Medicine and Psychiatry*, 32: 298-300.

Recebido em 07/03/2014

Aprovado em 18/05/2014