



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**DEPRESSÃO E GÊNERO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA
BRASILEIRA E DAS VIVÊNCIAS DE MULHERES DO DISTRITO FEDERAL**

Gisele Cristine da Silva Dantas

Brasília – DF
2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**DEPRESSÃO E GÊNERO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO BIBLIOGRÁFICA
BRASILEIRA E DAS VIVÊNCIAS DE MULHERES DO DISTRITO FEDERAL**

Gisele Cristine da Silva Dantas

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura.

Orientadora: Prof. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola

Brasília – DF

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA SEGUINTE BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Valeska Maria Zanello de Loyola – Presidente
Universidade de Brasília – UnB

Profa. Dra. Ioneide de Oliveira Campos – Membro Externo
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia – UnB

Profa. Dra. Marcela Novais Medeiros – Membro Externo
Secretaria de Estado do Trabalho, – Desenvolvimento Social, Mulheres, Igualdade Racial e
Direitos Humanos do Distrito Federal – SEDESTMIDH

Profa. Dra. Silvia Renata Magalhães Lordello – Membro Interno Suplente
Universidade de Brasília – UnB

Brasília, julho de 2016

LISTA DE SIGLAS

AMP	Associação Mundial de Psicanálise
APA	Associação Americana de Psiquiatria
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID	Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde
DF	Distrito Federal
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
EBP	Escola Brasileira de Psicanálise
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LILACS	Plataforma científica latino-americana e do Caribe
MG	Minas Gerais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUCRS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
RJ	Rio de Janeiro
RS	Rio Grande do Sul
SciELO	Plataforma científica latino-americana e do Caribe
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEMG	Universidade do Estado de Minas Gerais
UFG	Universidade Federal do Goiás
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFSJ	Universidade Federal de São João del-Rei
UNB	Universidade de Brasília
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UNISA	Universidade de Santo Amaro
UNISANTOS	Universidade Católica de Santos
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization

Panorama Além

*“Não sei que tempo faz, nem se é noite ou se é dia.
Não sinto onde é que estou, nem se estou. Não sei de nada.
Nem de ódio, nem amor. Tédio? Melancolia.
-Existência parada. Existência acabada.*

*Nem se pode saber do que outrora existia.
A cegueira no olhar. Toda a noite calada
no ouvido. Presa a voz. Gesto vão. Boca fria.
A alma, um deserto branco: -o luar triste na geada...*

*Silêncio. Eternidade. Infinito. Segredo.
Onde, as almas irmãs? Onde, Deus? Que degrado!
Ninguém.... O ermo atrás do ermo: - é a paisagem daqui.*

*Tudo opaco... E sem luz... E sem treva... O ar absorto...
Tudo em paz... Tudo só... Tudo irreal... Tudo morto...
Por que foi que eu morri? Quando foi que eu morri?”*

Cecília Meireles

AGRADECIMENTOS

Do extra círculo-íntimo:

Agradeço à Professora Valeska Zanello, pela visão e disposição,

Agradeço aos Professores da pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura,

Agradeço ao Professor Francisco Cechin, pela generosidade ao dividir os conhecimentos psicológicos,

Agradeço aos colegas de trabalho, Carlos Alberto Campos e Rosana Carneiro e em especial às psicólogas Ana Karina Luna, Denise Villalba, Vanessa Soublin, uma singela homenagem,

Agradeço ao Grupo de Saúde Mental e Gênero, especialmente à Mariana Pedrosa, Naiara Windmoller, Marizete Gouveia, Aline Xavier, Mariana Borges,

Agradeço pelo apoio, as colegas psicólogas Lusimar Dini, Luciana Leite, Juliana Vasconcelos, Aliny Santos e outros muitos,

Agradeço à Secretaria de Estado de Educação - SEEDF, pelo afastamento para estudo,

Agradeço ao Professor Christian Klein e à Mariana Pedrosa, pela revisão,

Agradeço à Coordenadora Dra. Maria Cecília Freitas e à equipe do Ambulatório de Psiquiatria do Hospital Universitário de Brasília — HUB, Laboratório de Transtorno de Humor e especialmente ao Dr. Fabiano Gomes, pela disponibilidade,

Agradeço aos alunos da turma de Psicologia da Personalidade 1, 2º semestre de 2015, especialmente à Marina Caricatti,

Agradeço à Michele Birk e Denise Gelain, pelos cafés, amizade e confiança,

Agradeço às mulheres de apoio desse trabalho, Gorete Santos e Eva Carvalho,

Agradeço às servidoras públicas dos atendimentos, às clientes de atendimentos psicoterápicos e especialmente às participantes pela disposição de colaborar com a pesquisa,

Do círculo íntimo:

Dedico esse trabalho à Antonia Maria da Silva Dantas, minha mãe (in memoriam), que partiu para outra jornada no início dessa minha acadêmica, pelo admirável crescimento e inspiração de toda uma vida; agradeço ao meu pai, Gilberto Dantas, pelo exemplo, estímulo aos estudos e à autonomia; aos meus irmãos, Marcus e Marcelo Dantas, cunhadas e sobrinha, tias e primas,

Agradeço ao meu esposo, Ivomar Barbalho, por todo o apoio, em mais essa realização, obrigada!

Dantas, G. C. S.(2016). *Depressão e gênero: análise da produção bibliográfica brasileira e das vivências de mulheres do Distrito Federal*. Dissertação de mestrado. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, DF, Brasil.

RESUMO

A depressão tem sido um dos modos de adoecimento mais frequentes, universais e ascendentes no mundo ocidental com estimativa atual de 350 milhões de pessoas e um dos principais ônus sociais (WHO, 2015). A OMS (2001) apontou para a complexa interação de fatores biológicos, psicossociais e socioculturais no seu desenvolvimento e o gênero como um fator determinante. Também tem apontado para prevalência da depressão, presente em mulheres e homens em todas as faixas etárias, classe social, localização, raça, entre outros. No entanto, a atual prevalência tem sido identificada como mais comum nas mulheres, enquanto o uso de substâncias, em homens. Entretanto, há associação entre fatores sociais de gênero, raça, pobreza, urbanização, desenvolvimento sobre a depressão. O objetivo geral desse trabalho foi o de investigar a depressão em mulheres sob o enfoque de gênero. Essa dissertação apresenta-se em formato de dois Artigos Científicos. O Artigo 1 foi produzido com o intuito de mapear o que os pesquisadores no Brasil têm discutido sobre gênero e depressão. Esse artigo realizou, por meio de uma revisão sistemática de literatura, o levantamento de artigos científicos publicados em plataformas virtuais a partir de descritores específicos, no período de 2000 a 2014, por um panorama quanti-qualitativo. Foi realizada a análise qualitativa de 15 artigos. Somente cinco corresponderam a abordagens mais contemporâneas de gênero. Os resultados apontaram para uma escassez de estudos de gênero na depressão. Já o artigo 2 teve como objetivo investigar como o gênero participa da formação do quadro depressivo de mulheres diagnosticadas com este transtorno. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com nove mulheres diagnosticadas com depressão em um serviço público e em uma clínica particular. Foram levantados os temas nas falas das mulheres participantes, bem como sua frequência e incidência (análise de conteúdo). A partir dos temas, elaborou-se quatro categorias: "vivências relacionais do círculo íntimo", "vivências relacionais do círculo extra-íntimo", "vivências de perspectiva de futuro" e "vivências de depressão". Os resultados apontaram a predominância de vivências relacionadas ao dispositivos amoroso e materno, ressentidas como desfavoráveis e relatadas sobretudo como pertencentes ao passado. Além disso, fez-se evidente um restrito investimento em relações extra círculo íntimo, o que aponta o quanto a vida destas mulheres fica circunscrita ao âmbito privado.

Palavras-chave: depressão; gênero; mulheres; saúde mental; sociocultural.

ABSTRACT

Depression has been one of the most frequent illness modes, universal and risen in the Western world with current estimate of 350 million people and one of the main social burden (WHO, 2015). WHO (2001) alerted to the complex interaction of biological, psychosocial and social in its development and the gender as a determining factor. It has also pointed to the prevalence of depression, presented in women and men in all age groups, social class, location, race, among others. Although, the current prevalence has been identified as most common in women, while the use of substances in men. There is an association between social factors of gender, race, poverty, urbanization, development of depression. The aim of this study was to investigate depression in women under the gender approach. This dissertation presents in two scientific articles. Article 1 was produced in order to map the researchers in Brazil have discussed gender and depression. This article made through a systematic review of literature, provides a survey of scientific articles published on virtual platforms from specific descriptors, from 2000 to 2014, by a quantitative and qualitative overview. Qualitative analysis of 15 articles was carried out. Only five accounted for more contemporary approaches gender. The results pointed to a shortage of gender studies in depression. And Article 2 aimed to investigate how gender participates in the formation of depression in women diagnosed with this disorder. Semi-structured interviews were conducted with nine women diagnosed with depression in a public service and in a private practice. The issues were raised in the reports of the participating women and their frequency and incidence (content analysis). From the themes elaborated four categories: "relational experiences of the inner circle," "relational experiences of extra-inner circle", "experiences of future-oriented" and "depression experiences." The results showed the predominance of experiences related to the loving and maternal devices, resentful as unfavorable and reported mainly as belonging to the past. Furthermore, it became evident a restricted investment in extra inner circle relations, which indicates how the lives of these women is restricted to the private sphere.

Keywords: depression; gender; women; mental health; sociocultural

RESUMEN

La depresión ha sido uno de los modos más frecuentes de enfermedad, universal y en el mundo occidental con la estimación actual de 350 millones de personas y una importante carga social (OMS, 2015). OMS (2001) se refirió a la compleja interacción de factores biológicos, psicológicos y socioculturales en su desarrollo y el género como un factor determinante. Asimismo, ha señalado que la prevalencia de la depresión, presentes en las mujeres y los hombres en todos los grupos de edad, clase social, raza, ubicación, entre otros. Sin embargo, la prevalencia actual ha sido identificado como el más común en las mujeres, mientras que el uso de sustancias en los hombres. Sin embargo, existe una asociación entre los factores sociales de género, la raza, la pobreza, la urbanización, el desarrollo de la depresión. El objetivo de este estudio fue investigar la depresión en las mujeres bajo el enfoque de género. Esta tesis doctoral presenta en dos artículos científicos. El artículo 1 se produjo con el fin de asignar los investigadores en Brasil han discutido entre los géneros y la depresión. Este artículo hecho a través de una revisión sistemática de la literatura, la encuesta de artículos científicos publicados en las plataformas virtuales de descriptores específicos, de 2000 a 2014, por una visión cuantitativa y cualitativa. Análisis cualitativo de 15 artículos se llevó a cabo. Sólo cinco representaron más enfoques de género contemporáneo. Los resultados señalaron que la escasez de estudios de género en la depresión. Y el artículo 2 como objetivo investigar cómo participa género en la formación de la depresión en las mujeres diagnosticadas con este trastorno. Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron con nueve mujeres con diagnóstico de depresión en un servicio público y en una clínica privada. Las cuestiones se suscitaron en los informes de las mujeres participantes y su frecuencia e incidencia (análisis de contenido). De los temas elaborado cuatro categorías: "las experiencias relacionales del círculo interno", "experiencias de relaciones de círculo extra-interior", "experiencias de orientadas al futuro" y "experiencias de depresión". Los resultados mostraron el predominio de experiencias relacionadas con los dispositivos de amor y maternos, resentido tan desfavorable e informaron sobre todo como pertenecientes al pasado. Por otra parte, se hizo evidente una inversión restringida en las relaciones círculo interno de más, lo que indica cómo las vidas de estas mujeres se limita a la esfera privada.

Palabras clave: depresión; género; las mujeres; salud mental; socioculturales.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Frequência total de temas por categorias.....	51
Figura 2. Estratégia de seleção de artigos.....	82
Figura 3. Aprovação do Comitê de Ética.....	86

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Classificação dos resumos por temas.....	83
Tabela 2 - Análise dos artigos	84
Tabela 3 - Análise dos artigos por categorias.....	85
Tabela 4 - Roteiro de Pesquisa.....	87

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
RELAÇÃO PROFISSIONAL COM O TEMA	10
DEPRESSÃO E CULTURA	11
ARTIGO 1 – DEPRESSÃO, MULHERES E GÊNERO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO BRASILEIRA	14
INTRODUÇÃO	17
METODOLOGIA	21
RESULTADOS E DISCUSSÃO	23
ANÁLISE QUALITATIVA DOS ESTUDOS	27
CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS	33
ARTIGO 2 – MULHERES E DEPRESSÃO: UMA LEITURA DE GÊNERO	41
INTRODUÇÃO	44
METODOLOGIA	48
RESULTADOS E DISCUSSÃO	50
CONCLUSÕES	65
REFERÊNCIAS	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	75
REFERÊNCIAS	81
ANEXOS	83

INTRODUÇÃO

RELAÇÃO PROFISSIONAL COM O TEMA

Constitui-se importante situar e contextualizar o lugar de fala pessoal e profissional. A relação profissional com o tema surgiu a partir do trabalho de psicologia a servidores públicos, na área de saúde ocupacional, da Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. No início, Serviço de Psicologia era realizado com a perspectiva da saúde mental individual e foi crescente em busca do desenvolvimento de ações integradas de apoio, prevenção e promoção em saúde, sob uma perspectiva biopsicossocial, inclusiva, psicoeducativa e transdisciplinar.

Dentre os trabalhos desenvolvidos, foram realizados cursos pontuais de capacitação aos servidores de assistência à educação e aos professores (anos de 2004-2005). Mas observava-se a necessidade de alguma intervenção na instituição para abordagem dos adoecimentos psíquicos ascendentes. Havia um mal-estar em lidar com os sofrimentos e uma limitada margem de ação para transformação do quadro apresentado.

Um grupo de trabalho formado por psicólogas e um médico dispuseram a planejar uma intervenção no ambiente interno no formato de oficinas de trabalho, com resultados positivos. A aproximação com a academia foi desenvolvida pela necessidade de apoio teórico para as intervenções, ocorridas paralelamente ao desenvolvimento dos trabalhos, por meio de cursos, reuniões, encontros, entre outros.

Um grupo de trabalho permanente foi destacado para o planejamento de ações de prevenção e de promoção em saúde. Foram desenvolvidas oficinas de trabalho e encontros para intervenções no ambiente interno do setor de saúde ocupacional. No ambiente externo, foram desenvolvidas intervenções no formato de fóruns, favorecida

pela intersecção com equipes de outros setores, especialmente com a gerência de servidores readaptados (2011-2013). Os programas tiveram como base teórica a qualidade de vida no trabalho de perspectiva preventiva. Observou-se que o apoio sócio-institucional constituiu-se um fator de significativa influência na redução da vulnerabilidade às doenças e no enfrentamento mais eficaz dos fatores de risco, de repercussão em todas as instâncias da Instituição.

A experiência clínica de atendimentos estimulou investimentos mais aprofundados em projetos de pesquisa, na busca por mais subsídios para o trabalho psicológico e especificamente a investigação de elementos e de suas relações entre docentes e o adoecimento. A partir da perspectiva da disciplina Gênero e Psicologia Clínica, do programa de pós-graduação do Departamento de Psicologia Clínica, em 2013, foi elaborada uma proposta de trabalho em saúde mental aos servidores públicos.

Foi vislumbrada a perspectiva de abordagem da saúde mental dos servidores pela perspectiva de gênero, baseada na escuta no serviço de psicologia, de questões psicossociais, ligadas à dinâmica familiar, social e institucional. O tema “Depressão em Mulheres” casava com os quadros de adoecimentos psíquicos apresentados pelos servidores, em sua maioria, servidoras, com alta incidência de diagnóstico de depressão. Com isso, os estudos acadêmicos alinhavam-se ao percurso profissional, à área de interesse pessoal, bem como à área de trabalho.

DEPRESSÃO E CULTURA

A importância do estudo da depressão se deve à atual prevalência, às estimativas de crescimento nas próximas décadas, ao seu impacto e ao seu custo. As análises epidemiológicas tradicionais existentes sobre doenças mentais apontam que a depressão é uma síndrome psiquiátrica altamente prevalente na população em geral, com

estimativa de acometimento em 3% a 5%. A consideração de que a depressão representa um sério problema de saúde pública foi apontada pela Organização Mundial da Saúde (2011) e desde 1990, tem sido a principal causa de incapacidade e de mortalidade, em medidas internacionais (Villano & Nanhay, 2011). Além disso, deve-se destacar que o acometimento é diferente dentre homens e mulheres, com uma taxa de incidência de duas a três vezes maior para elas (OMS, 2001).

Muitos foram os modos de compreensão da depressão ao longo da história (Cordás, 2002; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Altenfelder, 1995). A abordagem tem sido feita por diversas correntes, porém com destaque para duas delas, uma de dimensão biologizante e outra, de dimensão sócio-histórica. A primeira corrente situa no organismo a causa das suas doenças, como causalidade neurológica, bioquímica ou reprodutiva feminina, enquanto a segunda, amplia o enfoque para as influências sociais, culturais e históricas (Zanello, 2010; Zanello, 2014). Dentre as influências sociais, encontram-se as relações de gênero.

Gênero pode ser compreendido como uma construção social e cultural das diferenças sexuais (Scott, 1989; Nicholson, 1999; Butler, 2004) e como categoria relacional (Scott, 1989). A concepção de relações de gênero promove um novo campo de análise, ampliando o binarismo biológico, ainda dominante (Scott, 1989; Rago, 1998; Zanello & Bukowitz, 2011; Navarro-Swain, 2002). Neste enfoque, pode-se apontar lugares e papéis sociais ainda atribuídos especificamente às mulheres e que estariam relacionados à maior incidência de depressão dentre elas.

A presente dissertação insere-se nesta perspectiva. O objetivo geral foi pensar a depressão em mulheres a partir dos estudos de gênero. Para isso, ela foi composta em duas partes. O primeiro artigo teve como objetivo fazer um mapeamento da produção bibliográfica brasileira do tema da depressão pelo viés de gênero por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura.

Foi realizado o levantamento das produções acadêmicas dos últimos 14 anos, em duas plataformas virtuais científicas latino-americanas, SciELO e LILACS entre os anos de 2000 a 2014, por meio de uma revisão sistemática de literatura. Somente 15 artigos foram selecionados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão e analisados comparativamente, entretanto, apenas cinco realizaram efetivamente uma abordagem de gênero de terceira onda do feminismo. Diante da escassez da produção sobre o assunto foi delineado o segundo artigo.

O segundo artigo teve como objetivo investigar como a depressão foi vivenciada pelas mulheres e como o gênero participa da sua formação. Realizou a escuta de nove mulheres com diagnóstico de depressão, de um serviço de saúde público e de um serviço particular de uma capital brasileira. Buscou analisar o discurso por meio de suas experiências, identificando a influência de valores e de estereótipos de gênero presentes, bem como os fatores subjetivos e sociais implicados no sofrimento. Esse trabalho teve a proposta de realização de um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semi-estruturadas, com mulheres diagnosticadas com depressão sob a perspectiva de gênero.

Foram levantados os eixos temáticos-semânticos nas falas das mulheres participantes, bem como a frequência e a incidência dos temas e interpretadas pela análise de conteúdo na perspectiva dos estudos de gênero. Foram levantadas quatro categorias: "vivências do círculo íntimo", "vivências do círculo extra-íntimo", "vivências de perspectiva de futuro" e "vivências de depressão". Os resultados apontaram a predominância de vivências relacionadas ao dispositivos amoroso e materno, ressentidas como desfavoráveis e relatadas sobretudo como pertencentes ao passado. Além disso, fez-se evidente um restrito investimento em relações extra círculo íntimo, o que aponta o quanto a vida destas mulheres fica circunscrita ao âmbito privado.

ARTIGO 1 - DEPRESSÃO, MULHERES E GÊNERO: ANÁLISE DA PRODUÇÃO BRASILEIRA

RESUMO

A depressão tem sido um dos modos de adoecimento mais frequentes no mundo ocidental com estimativa atual de 350 milhões de pessoas (WHO, 2015). No entanto, a incidência apresenta-se diferente para homens e mulheres. Apesar da prevalente interpretação biomédica, a OMS (2001) tem adotado uma perspectiva sociocultural na compreensão da depressão e apontado o gênero como um fator determinante. O objetivo do presente artigo foi o de investigar se e como as produções acadêmicas brasileiras tem estudado o tema da depressão pelo viés de gênero. Foi realizada a Revisão Sistemática da Literatura, publicada nos últimos 14 anos, em duas plataformas científicas latino-americanas, SciELO e LILACS. Foram levantados 3.817 resumos, classificados pelas temáticas segundo critérios preestabelecidos. Restaram apenas 15 artigos, dos quais apenas 5 realizaram efetivamente uma abordagem de gênero mais contemporânea (terceira onda). Deduz-se que a leitura da depressão em mulheres sob a perspectiva de gênero demonstra uma produção incipiente, havendo necessidade de realização de pesquisas a partir deste viés.

Palavras-chave: depressão; gênero; mulheres; saúde mental; revisão de literatura.

ARTICLE 1 -DEPRESSION, WOMEN AND GENDER: ANALYSIS OF THE BRAZILIAN PRODUCTION

ABSTRACT

Depression has been one of the most frequent illness modes in the western world with current estimated 350 million people (WHO, 2015). However; the incidence is different between men and women. Despite the prevalent biomedical interpretation, WHO (2001) has adopted a sociocultural perspective in understanding depression and appointed gender as a determining factor. The aim of this paper was to investigate whether and how the Brazilian academic productions has studied the subject of depression by gender bias. The Systematic Literature Review was conducted, published in the last 14 years, two Latin American scientific platforms, SciELO and LILACS. It was found 3,817 summaries, classified by theme and applied in the established criteria. It were left only 15 articles, of which only 5 actually made a more contemporary approach to gender (third wave). It follows that the reading of depression in women under the gender perspective shows an incipient production of the need to conduct research from this bias.

Keywords: depression; gender; women; mental health; literature review

ARTÍCULO 1 - LA DEPRESIÓN, LA MUJER Y EL GÉNERO: ANÁLISIS DE LA LA PRODUCCIÓN BRASILEÑA

RESUMEN

La depresión ha sido uno de los modos de enfermedades más frecuentes en el mundo occidental con el actual estimado de 350 millones de personas (OMS, 2015). Sin embargo, la incidencia tiene que ser diferente para los hombres y las mujeres. A pesar de la interpretación prevalente biomédica, la OMS (2001) ha adoptado una perspectiva sociocultural en la comprensión de la depresión y el género como factor determinante designado. El objetivo de este trabajo fue investigar si y cómo las producciones académicas brasileñas ha estudiado el tema de la depresión por el sesgo de género. La sistemática revisión de la literatura se llevó a cabo, publicados en los últimos 14 años, dos plataformas científicas de América Latina, SciELO y LILACS. Ellos fueron encuestados 3.817 resúmenes, clasificadas por temas y aplicaron los criterios de establecidos. Restaram sólo 15 artículos, de los cuales sólo 5 en realidad hizo un enfoque más contemporáneo con el género (tercera ola). De ello se desprende que la lectura de la depresión en las mujeres bajo la perspectiva de género muestra una incipiente producción de la necesidad de llevar a cabo la investigación de este sesgo.

Palabras clave: depresión; género; las mujeres; salud mental; revisión de literatura.

INTRODUÇÃO

A criação do termo “depressão” e sua adoção em um sentido psicopatológico ocorreu entre o fim do século XIX e no início do século XX, sendo descrita como um conjunto de sintomas afetivos, somáticos e cognitivos (Cordás, 2002; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Altenfelder, 1995). Hoje, o termo “depressão” tem sido empregado para designar tanto um estado afetivo normal, caracterizado como tristeza, uma característica (Côrrea, 1995), um sintoma, uma doença ou uma síndrome (Del Porto, 1999; Monteiro & Lage, 2007; Berrios, 2012).

A atual definição nosográfica do quadro de depressão encontra-se descrita nos dois maiores manuais de classificação diagnóstica, amplamente utilizados no mundo ocidental, a Classificação Estatística Internacional de Doenças - CID-10 (OMS, 1993) e o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (APA, 2013). Ela se caracteriza através dos seguintes sintomas e critérios: tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração, agitação ou retardo psicomotor, ideação suicida, que variam com relação à duração, frequência e intensidade (Côrrea, 1995; Rodrigues, 2000; WHO, 2015).

Há uma estimativa de que 350 milhões de pessoas sofram anualmente de depressão. Segundo a Organização Mundial da Saúde - OMS (WHO, 2012), a depressão é a terceira causa atual dos quadros de adoecimento da população e será a primeira em 2030. Um dado, no entanto, se destaca: a distribuição desigual da depressão entre homens e mulheres. A estimativa é que existam de 2 a 3 casos de mulheres com depressão para cada caso de homens, ou seja, a incidência é bem maior em mulheres,

causa de incapacidade em todas as idades, agravados pelas condições de baixo *status*, carga de trabalho e violência.

Duas perspectivas se apresentam aqui como possibilidades de interpretação da depressão: a biomédica e a sociocultural. A perspectiva biomédica afirma a universalidade do quadro clínico depressivo, a qual se daria pelos elementos etiológicos relacionados ao funcionamento do cérebro e à especificidade corporal. Neste caso, a prevalência da depressão entre mulheres se daria pela existência de hormônios, tais como o estrógeno.

A perspectiva sociocultural considera os transtornos mentais como configurações culturais, que organizam e significam a experiência do sofrimento (Kleimann & Good, 1985; Engel, 2004; Ehrenberg & Botbol, 2004; Zanello, 2010; Maluf, 2010; Zanello & Bukowitz, 2011; Ferreira, 2011; Zanello, 2014a). Ela amplia assim a compreensão do adoecimento centrado apenas no sujeito (Riley, 1987; Showalter, 1987; Nicholson, 1999; Oliveira, 2000; Engel, 2004; Diniz e Poodang, 2006; Chesler, 2005; Pegoraro & Caldana, 2008; Maluf, 2010; Zanello, 2010; Zanello, Fiuza & Gomes, 2015). Segundo esta perspectiva, cada cultura cria formas reconhecíveis e validadas de expressão da aflição, as quais são caracterizadas e tratadas através de etnoterapias específicas. Dessa maneira, faz-se mister qualificar estas configurações e os fatores sociais nelas presentes. Em nossa cultura, alguns fatores se destacam, tais como gênero, escolaridade, raça, etc.

A leitura do campo da saúde mental sob a perspectiva de gênero é incipiente, mas tem mostrado importantes questionamentos acerca das psicopatologias. Zanello (2014a) destaca pelo menos quatro fatores envolvidos pela abertura desta análise, como sendo profundamente gendrados: a compreensão da formação do sintoma, o diagnóstico psiquiátrico, a descrição do próprio quadro sindrômico e os meios

construídos/possibilitados pela cultura, naquele momento histórico, para a manifestação do sofrimento/aflição.

Em primeiro lugar, os sintomas no campo da psicopatologia devem ser diferenciados de um ponto de vista semiológico dos sintomas corporais. Naqueles, faz-se presente uma lógica simbólica, diferente dos signos indiciais imediatos, típicos das ciências biomédicas (Zanello & Martins, 2010; Zanello, 2014a). Um exemplo dado pela autora, trata-se do choro, o qual é um sintoma altamente presente nas mulheres, mas raramente visto em homens, em função dos processos de subjetivação diferenciados (Zanello, 2014b).

Este tema toca outro tópico, a descrição dos quadros sindrômicos nos manuais que contemplam a saúde mental. No caso da depressão, o sintoma “tristeza” é exemplificado no DSM-5, através do choro, o que torna a descrição enviesada, ao privilegiar uma manifestação de tristeza que é típica dentre as mulheres. Isto pode levar a um hiperdiagnóstico de depressão entre mulheres e uma invisibilidade do quadro em homens (Grant & Weisman, 2008; Phillips & First, 2008; Wisner & Dolan-Sewell, 2008; Zanello, 2014a).

Em relação ao diagnóstico, faz-se mister apontar a presença de um ato hermenêutico baseado nos próprios valores de gênero do profissional que avalia o paciente. Como nos mostra Engel (2004), o diagnóstico acaba por ser utilizado, muitas vezes, como um julgamento moral, adaptador do gênero. E, por fim, a configuração do próprio quadro de depressão como algo mediado pela cultura, como forma passível de expressão da aflição. Como aponta Garcia (1995), em nossa cultura a implosão psíquica é o caminho privilegiado de quebra por parte das mulheres.

Se em outros países, tais como EUA, Canadá e Austrália, a releitura da saúde mental sob a perspectiva de gênero tem se dado de forma um pouco mais expressiva, no Brasil, esta perspectiva é quase inexistente, apesar dos estudos que demonstram o

quanto esta releitura pode ser profícua (Zanello, 2010; Zanello & Silva; Zanello & Bukowitz, 2011; Zanello, 2014a; Zanello, 2014b; Zanello & Nascimento, 2014; Zanello, Fiuza, & Costa, 2015) tanto na re-compreensão dos elementos envolvidos no adoecimento psíquico nestes casos, quanto na própria construção de alternativas de intervenção, fora dos parâmetros reducionistas da biomedicina (Zanello & Souza, 2009).

O presente artigo teve por objetivo geral fazer um levantamento da produção bibliográfica produzida nos últimos 14 anos, em duas grandes plataformas científicas latino-americanas, SciELO e LILACS, sobre o tema depressão em mulheres. Como objetivo específico, buscou-se analisar todos os artigos cujo viés adotado de análise sejam as relações de gênero. Gênero foi aqui tomado como um elemento histórico, constitutivo das relações sociais (Scott, 1990; Nicholson, 1999), que transformam as diferenças sexuais em desigualdades materiais e simbólicas. Estas desigualdades criam uma hierarquia na qual as mulheres, independente da classe social, raça ou outros fatores interseccionais, ocupam espaços mais desempoderados. Além disso, usamos as diferentes interpretações da relação sexo-gênero presentes nas 3 fases conceituais dos feminismos para a análise e classificação dos artigos, a saber:

- a) Um posicionamento acrítico de naturalização das diferenças sexuais, típico da primeira onda do feminismo, fase de reivindicações de direitos políticos e sociais por partes das mulheres, que marcaram o fim do século XIX e o começo do século XX;
- b) A diferença sexual como inquestionável e base para a construção cultural dos diferentes papéis sociais de homens e mulheres, característica da segunda onda do feminismo, na década de 1960;
- c) O questionamento da diferença sexual como construção de uma leitura gendrada das próprias diferenças corporais. Essa concepção agregou incertezas

no campo do conhecimento, ao enfatizar a produção discursiva da subjetividade e a necessidade de se pensar o gênero em suas interseccionalidades como raça, etnia, classe social, orientação sexual, etc. A pluralidade tornou-se característica dos estudos feministas desde o fim da década de 1980 (Narvaz & Koller, 2006; Oliveira & Amâncio, 2006; Navarro-Swain, 2002; Zanello, Fiuza & Costa, 2015).

METODOLOGIA

O levantamento bibliográfico foi realizado em duas plataformas científicas latino-americanas SciELO e LILACS, escolhidas por integrarem uma parte significativa da produção indexada do país. A coleta dos artigos foi realizada entre os dias 02 de setembro a 21 de setembro de 2014 e o período pesquisado, foram os anos de 2000 a 2014. A análise dos dados obtidos operou-se de 22 de setembro de 2014 ao final de outubro de 2015.

O levantamento foi dividido em 08 etapas: 1) levantamento numérico de publicações; 2) levantamento dos resumos dos artigos; 3) exclusão dos repetidos; 4) classificação dos resumos por tema; 5) exclusão dos artigos que não atenderam aos critérios delineados, tais como se escritos em outro idioma que não o português, formato de teses e dissertações; 6) leitura dos artigos selecionados; 7) categorização dos artigos; e 8) análise minuciosa dos artigos.

Na primeira etapa, com o objetivo de alcançar o maior número possível de trabalhos, foram escolhidos dois grupos de descritores, o primeiro, com o termo *gênero (foco em mulheres)* e equivalentes como *mulher, mulheres, sujeito mulher, sujeita mulher, feminina, feminino, feminilidade, feminilidades, sexo, relações de gênero, papéis de gênero*, totalizando doze (12) e o segundo grupo, com o termo *saúde mental e*

equivalentes como *saúde psíquica, depressão, quadro depressivo, episódio depressivo, transtorno depressivo, transtorno depressivo comum, transtorno de humor, transtorno mental, transtorno psiquiátrico, sofrimento psicológico, sofrimento psíquico, sofrimento mental, adoecimento mental, doença psíquica, doença mental, psicopatologia*, totalizando dezessete (17) descritores. Cada um dos descritores do primeiro grupo foi cruzado com todos os descritores do segundo, repetidos na mesma ordem em todas as plataformas. Para a pesquisa nas plataformas, os descritores foram utilizados com *operadores booleanos* (AND), bem como o *truncamento* (asterisco) para as variações da palavra.

Na segunda etapa, todos os resumos dos artigos foram copiados da plataforma e reproduzidos. Na terceira etapa foram retirados os artigos repetidos, na seguinte ordem: primeiro do SciELO, depois do LILACS. Foram retirados também os resumos cujo público estudado referia-se a crianças, adolescentes ou idosos, ou seja, foram considerados apenas os trabalhos cuja amostra de pessoas estudadas (ou parte dela) estivesse na *fase adulta*- na faixa etária de 20 a 59 anos, conforme as referências da Organização Mundial de Saúde – OMS (2011). Estudos sem a descrição explícita da faixa etária da população estudada foram mantidos, por deixarem implícito que a população referente era a adulta.

Na quarta etapa, os resumos foram classificados segundo os temas dominantes. Na quinta etapa, os resumos foram analisados e selecionados de acordo com os seguintes critérios: a) *depressão como sintoma ou transtorno mental, como foco total*, isto é, assunto central, excluídos os artigos que levavam em consideração outras variáveis ou enfoques secundários tais como outras doenças crônicas ou transtornos; b) *depressão primária*, isto é não decorrente de alguma doença, outras psicopatologias ou comorbidades; c) em *mulher ou mulheres, ou mulher(es) e homem(ns)*; d) *ser produção brasileira*; e) em *língua portuguesa*; f) realizado com *população brasileira*;

g) em formato de *artigo científico*, isto é, descartados os trabalhos do tipo dissertações ou teses.

Conforme os critérios de inclusão e exclusão, foram levantados dezessete artigos, dentre eles um que não estava disponibilizado na plataforma LILACS e um excluído pelo ano de publicação, restando 15 artigos para análise. Na sexta etapa, foi realizada a leitura completa desses 15 artigos, e na sétima, foi realizada uma categorização dos mesmos. Na oitava etapa, os artigos foram analisados quanto às seguintes características: ano, instituição realizadora da pesquisa/região, faixa etária do sujeito pesquisado, área de conhecimento do pesquisador/a, área temática das revistas, sexo do pesquisador/a, sexo do sujeito pesquisado (só mulheres ou mulheres e homens), forma de recrutamento, tamanho da amostra e metodologia. Também foram analisados quanto ao uso conceitual do termo "depressão", modelos teórico-clínicos e teoria de gênero utilizada, limitações e resultados das pesquisas. Os estudos selecionados foram analisados por dois juízes independentes quanto a sua qualidade e atendimento dos critérios definidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente, foram levantados 3.817 resumos, 2.071 da plataforma SciELO e 1.746 da plataforma LILACS (conforme figura 2 no anexo). Depois de lidos os resumos, foram retirados os repetidos (23%), bem como aqueles que não se relacionavam à saúde mental (1%), ou tinham como foco de estudo crianças, adolescentes e idosos (21%). O restante dos resumos (54%) foram classificados de acordo com seus temas predominantes (conforme Tabela 1).

Essa classificação apontou que, apesar do grande número de trabalhos levantados inicialmente sobre "depressão em mulheres", a maior parte dos estudos

compreende a depressão sob um enfoque secundário (44%), ou seja, como um sintoma ou patologia: 1) decorrente de "doenças clínicas" (30%); 2) relacionadas a "especificidades do corpo feminino", aos fatores reprodutivos (15%). Além disso, também houve grande número de estudos correlacionando a depressão com outros fatores (27%); 3) associação a "outros transtornos mentais", tal como o uso de álcool e outras drogas (14%); 4) relacionada ao trabalho de cuidados prestados a outras pessoas ou ligados a alguma "profissão" específica (10%); 5) relacionada à "violência", sobretudo a física (3%).

Os outros grupos temáticos foram: 6) "tratamento" da depressão e de outros transtornos (9%); 7) "validação de instrumentos" para identificação e mensuração de transtornos mentais em geral (4%); 8) "*prevalência*" (11%); e 9) "*gênero e saúde mental*" (4%).

Os temas dos artigos sobre "prevalência" abordaram a determinação da frequência ou da presença de depressão, mas apresentaram evidente interesse nas comorbidades ou nas associações com outras doenças. Observou-se que esses privilegiaram estudos em populações específicas ou segmentos, levantaram a prevalência na perspectiva da divisão por sexos, mas somente três artigos investigaram especificamente as mulheres e os fatores estavam ligados aos ciclos reprodutivos, como câncer de mama, climatério e menopausa, sem a problematização dessas questões. Observou-se também que a abordagem epidemiológica foi unanimemente realizada sob uma leitura psiquiátrica, evidenciando a ausência de discussão de diferenças entre os gêneros por quase toda totalidade. Também ficou evidenciado a não utilização de nenhuma teoria de gênero de embasamento das análises de resultados, mesmo quando produzidos por outros campos da saúde, que não os biomédicos.

Após a análise dos 277 trabalhos, 203 do grupo de "prevalência" e 74 de "saúde mental e gênero", dois artigos responderam positivamente para uma abordagem

de gênero no grupo de “prevalência” e 15, no grupo “saúde mental e gênero”. Dos artigos buscados, um não foi conseguido por indisponibilidade entre bibliotecas e um excluído por ser anterior ao período estabelecido, totalizando 13 nesse grupo, restando ao final, 15 artigos para análise qualitativa. A leitura completa de 15 artigos favoreceu o agrupamento em cinco subtemas, denominados *perfil e prevalência, comparação entre homens e mulheres, diagnóstico, intervenção, causas*. Ao final, foi identificado que somente cinco artigos, do grupo *causas*, realizaram uma abordagem de gênero do tipo terceira onda.

A origem dos trabalhos ficou dividida entre sete trabalhos constantes nas duas plataformas LILACS/SciELO e oito da plataforma LILACS, incluídos dois da LILACS *Express*, resultado de um trabalho cooperativo das redes, para otimização do intervalo entre a publicação e a entrada na base de dados (conforme evidenciado na Tabela 2).

Com relação à *distribuição no tempo*, foi detectada uma constância de publicação científica sob o tema, mas que se manteve reduzida e bem dividida entre os anos, com a média de dois estudos a cada biênio, pequena em comparação com a extensão territorial brasileira e as taxas de adoecimento. A *região* de São Paulo liderou em mais da metade as produções brasileiras, com um total de sete artigos (47%), seguido do Rio Grande do Sul (dois), Minas Gerais, (dois), Distrito Federal (dois), Rio de Janeiro (um) e Bahia (um). Das *instituições realizadoras* de pesquisa, a produção foi majoritariamente de universidades públicas e, em sua maioria, paulistas.

A maior parte da população estudada foi adulta, mas a delimitação da *faixa etária* foi um dos problemas dos estudos, já que os estudos empíricos foram desenvolvidos sem referencial etário ou teórico explicitado, com variação aleatória das fases de vida dos participantes, observando-se limitada confiança na generalização dos resultados.

As *áreas* dos pesquisadores que mais produziram sobre o tema depressão em mulheres sob a perspectiva de gênero foram a da psicologia e da medicina, com seis cada uma, (dessa última, cinco da psiquiatria e um geral), dois da saúde coletiva, um da enfermagem (conforme especificado na Tabela 3). Entre os achados dos estudos de *abordagem* psiquiátrica, três deles consideraram uma pluralidade de fatores etiológicos como causalidade da depressão, mas não avançaram em explicações, repercussões ou conjecturas de como impactam o adoecimento das mulheres.

Na psicologia, *os referenciais teóricos* para estudar a depressão apontaram uma uniformidade na distribuição de abordagens. Dos seis artigos produzidos pela área da psicologia, dois foram de abordagens psicanalíticas, uma de cognitiva-comportamental e três classificadas como abordagens psicodinâmicas de base psicossocial, pela não especificação, concluindo-se que houve predominância dessa última. Também houve uma variedade quanto ao tipo de *editoriais temáticos* publicados, como revistas de medicina, enfermagem, psicanalíticas, de saúde pública ou outras.

Quanto ao *sexo dos pesquisadores*, os artigos somaram oito publicações (53%) realizadas por equipes mistas em que dois ou mais sujeitos de ambos os sexos estudaram o tema; seis artigos foram produzidos por uma ou mais mulheres e somente um trabalho ocorreu com pesquisadores homens. O somatório, 24 pesquisadoras mulheres contra 12 pesquisadores homens, revelou maior interesse delas em pesquisar o tema. Quanto ao *sexo dos participantes* das pesquisas, 12 trabalhos estudaram a depressão em uma ou mais mulheres e somente três consideraram uma população mista, de mulheres e homens.

Dos 15 artigos, cinco realizaram artigos de revisão de literatura e dez trabalhos, estudos empíricos. Quanto à forma de *recrutamento*, dos dez trabalhos empíricos, um deles fez um estudo de caso clínico, cinco estudos consideraram indicação do diagnóstico do serviço, realizados pela área de saúde médica, três foram encaminhados

à pesquisa pelo profissional psiquiatra e um não havia diagnóstico. Quatro trabalhos realizaram a aplicação de instrumentos psicométricos comprobatórios. Os *instrumentos* utilizados para o diagnóstico de depressão foram Inventário de Depressão de Beck-BDI II, Escala de Desesperança de Beck-BHS e Self Reporting Questionnaire–SRQ20, associados a duas perguntas do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV-TR. Nos estudos empíricos também foi constatada uma significativa variação no *tamanho da amostra* (1.160, 287, 201, 16, 9, 9, 9, 9, 6, 1).

Quanto à *metodologia*, nove pesquisas utilizaram métodos qualitativos, três utilizaram métodos quantitativos e três pesquisas, métodos mistos (conforme especificado na Tabela 3). Das três pesquisas quantitativas, duas delas foram transversais e outra, retrospectiva e exploratória. Das três mistas, duas transversais e uma exploratória. Dos nove trabalhos qualitativos, cinco foram de revisão de literatura, uma no formato de história de vida, um estudo de caso e duas etnografias combinadas com entrevistas semi-estruturadas. Esses estudos possibilitaram uma maior compreensão do fenômeno, pelo alcance dos significados subjetivos das vivências particulares no adoecimento da depressão e o impacto das relações de gênero na saúde física e mental.

Análise qualitativa dos estudos

O conjunto de 15 artigos teve como *objetivo* compreender a depressão em mulheres, motivados pelas elevadas taxas epidemiológicas em contextos de instituições de saúde, em sua maioria, contextos clínicos ou prisional. Com relação à *nomenclatura* foi identificada pobreza na reflexão teórica e epistemológica no uso do termo da “depressão” nos poucos artigos encontrados. Existiu uma denominação variada a respeito do termo, como sintoma, síndrome, perturbação físico-moral, transtorno, doença ou às vezes duas ou mais formas diferentes.

Conforme especificado na tabela 3, os artigos foram subdivididos em cinco *subtemas de perfil/prevalência, comparação entre homens e mulheres, diagnóstico, intervenção e causas*. Quanto ao *subtema 1 de perfil/prevalência* foram levantados em dois artigos, o perfil de sintomas depressivos das mulheres encarceradas e o de mulheres internadas acometidas por depressão (Canazaro & Argimon, 2010; Machado, Oliveira & Delgado, 2013). No *subtema 2 da comparação entre homens e mulheres* houve uma abordagem comparativa para a compreensão da depressão em homens e mulheres (Justo & Calil, 2006), no *subtema 3 do diagnóstico* foi tratado do subdiagnóstico da depressão em mulheres na atenção primária (Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira & Hidalgo, 2011), enquanto no *subtema 4 da intervenção* foi realizada uma intervenção cognitivo-comportamental e sua eficácia em um grupo de mulheres internadas com depressão (Cade & Prates, 2001).

No *subtema 5 das causas*, dez artigos foram divididos em *psicológicas, orgânicas e socioculturais*. Na subdivisão *psicológica*, a abordagem escolhida pelas autoras para a compreensão da depressão em mulheres foi a teoria psicanalítica (Drummond, 2010; Farias, 2012). Nas *causas orgânicas*, os três artigos valorizaram a compreensão da depressão através ciclo reprodutivo das mulheres (Morihsa & Scivoletto, 2001; Veras & Nardi, 2008; Dualibi, Silva & Modesto, 2013). Já nas *causas socioculturais*, os cinco artigos relacionaram a depressão às experiências de vida e à singularidade do modo de vivenciar o sofrimento e a depressão, realizada por meio de relatos biográficos e das desigualdades das relações de gênero (Carvalho & Coelho, 2005; Carvalho & Coelho, 2006; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçales & Machado, 2008; Marin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012).

Quanto às *teorias da depressão*, seis trabalhos apresentaram explicações de cunho biomédico, quatro apresentaram explicações de cunho psicossocial (aspectos psicológicos associados ao social, maior ênfase no indivíduo) e cinco realizaram

explicações de cunho sócio-histórico-cultural (além dos aspectos psicossociais, englobaram os aspectos culturais). Esses cinco trabalhos produzidos por diversos campos científicos (como a psicologia, a saúde coletiva e a enfermagem), também consideraram a categoria analítica gênero, como os diferentes papéis sociais e outras dimensões da experiência e da existência, tais como queixas relacionais, dificuldades das esferas domésticas, familiares, comunitárias, além de vivências de ordem social, política, simbólica, muito além das concepções do corpo e da explicação bioquímica (Maluf, 2010; Zanello, 2010; Zanello & Bukowitz, 2011).

Quanto à utilização das *teorias de gênero*, dos 15 estudos que foram analisados, cinco artigos realizaram uma leitura assumindo os pressupostos da *primeira onda*, cinco realizaram abordagem de gênero presente na *segunda onda* e cinco artigos, sob a perspectiva da *terceira onda* para embasar as análises de resultados. Nos artigos de *primeira onda*, a discussão situou-se somente nas diferenças entre os sexos, sem evidenciar ou problematizar com profundidade essa questão (Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira, & Hidalgo, 2011; Cade & Prates, 2001; Farias, 2012; Drummond, 2010; Dualibi, Silva, & Modesto, 2013).

Os cinco artigos de *segunda onda* levantaram questões de gênero, mas a compreensão da depressão foi predominantemente biomédica (Morihsa & Scivoletto, 2001; Justo & Calil, 2006; Veras & Nardi, 2008; Canazaro & Argimon, 2010; Machado, Oliveira & Delgado, 2013). Das questões de gênero tratadas, dois artigos questionaram a epidemiologia e discutiram a controvérsia dos estudos hormonais (Morihsa & Scivoletto, 2001; Veras & Nardi, 2008), bem como a autoimagem, os papéis sociais e as mudanças sociais (Machado, Oliveira & Delgado, 2013). Morihsa & Scivoletto (2001) levantaram fatores etários, de gênero e socioeconômicos e as diferenças dos papéis sociais. Veras & Nardi (2008) consideraram diferenças culturais na educação de meninas, vivência de violência na infância, conciliação de cuidados dos familiares com

a jornada integral profissional, impactos do baixo nível socioeconômico e precariedade de suporte social e questões identitárias. Nas mulheres pobres, além desses, insegurança com o parceiro e marginalidade.

Esses artigos também apontaram que apesar dos critérios epidemiológicos serem idênticos para mulheres e homens, a maior prevalência em mulheres estaria ligada ao esquecimento de episódios prévios pelos homens e a maior exposição delas aos fatores de risco como eventos traumáticos, pobreza e discriminação de gênero (Morihisa & Scivoletto, 2001). Também as mulheres são as que mais procuram ajuda para elas mesmas, na expectativa de reduzir o sofrimento e aflição do cotidiano frustrante e para outros, pois são consideradas as cuidadoras naturais pelos modos da cultura (Justo & Calil, 2006; Veras & Nardi, 2008). Morihisa & Scivoletto (2001) também apontaram a necessidade de se considerar fatores ambientais mais que biológicos, como idade, gênero e nível socioeconômico (emprego, estado civil, paridade, papéis sociais).

Os cinco artigos que abordaram a depressão sob a perspectiva da *terceira onda* consideraram os fatores de gênero envolvidos na depressão e realizaram uma avaliação crítica das desigualdades de gênero. Realizaram uma descrição da dinâmica do adoecimento da depressão, destacando formas multifacetadas da sua composição e atribuição de valor às histórias pessoais e às suas singularidades, associadas às influências do contexto social e cultural (Carvalho & Coelho, 2005; Carvalho & Coelho, 2006; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008; Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012).

Somente cinco artigos destacaram *limitações* da pesquisa, tais como *a)* a ausência de um instrumento de diagnóstico de transtornos mentais; *b)* a inclusão de participantes sem avaliação das suas condições de resposta; *c)* a subestimação ou superestimação dos dados por negativa de relato ou de envolvimento por receio de

prejuízos (Canazaro & Argimon, 2010); *d*) a representatividade da amostra somente por mulheres que utilizaram o serviço de atenção primária (Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira, & Hidalgo, 2011) ; *e*) o serviço do CAPS, pela exclusão da população com queixas de depressão, pela não acessibilidade ao serviço ou utilização de outros itinerários terapêuticos para lidar com o sofrimento (Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012). Também foram citadas: *f*) a falta de diagnóstico de depressão na amostra (Dantas, Koplin, Mayer, Oliveira, & Hidalgo, 2011); *g*) a influência das medicações no raciocínio, e conseqüentemente, nas respostas (Cade & Prates, 2001).

Quanto aos *resultados*, os artigos identificaram as seguintes correlações da depressão: modificações das relações interpessoais e da auto-imagem das mulheres com o envelhecimento, além de limitações dos projetos (Carvalho & Coelho, 2006); uma história de educação para o silêncio, vivências de perdas e privações na infância e na fase adulta, investimento pessoal na maternidade e no casamento, mas associado a dilemas e ambivalências (Carvalho & Coelho, 2005); situações de violência, sexual e doméstica (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008); violência nos ambientes e precariedade de suporte social (Carvalho & Coelho, 2005) e econômico (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008); pouca mobilidade social e medicalização das aflições do cotidiano (Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012); sujeição das mulheres aos contextos de pobreza (Martin, Quirino & Mari, 2007), baixa escolaridade, baixa empregabilidade, impactando a saúde mental por autodepreciação e sentimentos de fracasso (Carvalho & Coelho, 2005).

CONCLUSÕES

O objetivo do presente artigo foi o de realizar um levantamento quantitativo e qualitativo de artigos científicos sobre a depressão em mulheres sob a perspectiva de

gênero pela produção acadêmica brasileira, entre os anos de 2000 e 2014 nas principais plataformas científicas latino-americanas (SciELO, LILACS) por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura.

Apesar do interesse em responder à crescente demanda por uma ampla produção científica sobre o tema, evidenciado pelo número de trabalhos encontrados, ainda há escassez de estudos sobre a depressão em mulheres sob a perspectiva de gênero, exemplificado pelo número significativamente reduzido de artigos científicos analisados nesse levantamento.

Constata-se insuficiência de estudos nesta perspectiva, coincidente com aqueles encontrados na América Latina e em estudos internacionais (Wisner & Dolan-Sewell, 2008). O resultado demonstrou que existem lacunas para responder sobre o quanto e como gênero participa da configuração dos quadros de depressão em mulheres. Além disso, ficou evidente a necessidade de desenvolver estudos, sobretudo empíricos, nos quais haja a possibilidade de uma escuta qualificadora das falas destas mulheres.

Os estudos que mais contribuíram com uma abordagem de gênero e que possibilitaram apreender uma compreensão do fenômeno ocorreram pela pesquisa qualitativa, o que permitiu obter significados subjetivos das vivências particulares no adoecimento da depressão. Os cinco estudos que realizaram uma abordagem de gênero de terceira onda, utilizaram métodos desta ordem: entrevistas semi-estruturadas, histórias de vida ou estudos etnográficos.

Como apontado, a concentração de produção acadêmica foi paulista e por mulheres (sozinhas, em dupla ou em equipe), em sua maioria, enquanto pesquisadoras do tema depressão pela perspectiva de gênero. Os poucos estudos encontrados buscaram analisar a abrangência das interações e das desigualdades de gênero, a invisibilização das opressões socioculturais, as influências sócio-históricas sobre o sofrimento e o adoecimento da depressão. Dentre outros resultados, apontaram associadas à depressão

das mulheres, vivências de perdas e privações, história de educação para o silêncio além de precariedade de suporte social (Carvalho & Coelho, 2005), baixa escolaridade, baixa empregabilidade e mobilidade social (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012), restrições econômicas (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008), investimento pessoal na maternidade e no casamento, associado a dilemas e ambivalências (Carvalho & Coelho, 2005), além de situações de violência, sexual e doméstica (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008) e de medicalização das aflições do cotidiano (Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012).

Podem ser consideradas limitações desse estudo, a existência de artigos sobre o tema publicados em revistas não-indexadas, que não se revelaram nestas plataformas. Menor número de descritores poderia ter sido utilizado pelo uso de um dicionário específico de terminologias, o que asseguraria maior precisão e segurança da busca de trabalhos.

REFERÊNCIAS

- Associação Americana de Psiquiatria. (2013). Os transtornos depressivos. *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5^a ed.). Recuperado de <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>
- Berrios, G. E. (2012). Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Historia da psicopatologia. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.15 n°3 SãoPaulo Sept. Recuperado de http://www.scielo.br/scielonline.php?pid=S1415-47142012000300011&script=sci_arttext
- Cade, N. Valadão & Prates, J. G. (2001). Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com de pressão. *Revista da Escola de Enfermagem da*

- USP*, 35(3), 223-229. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342001000300004&lng=en&tlng=pt.10.1590/S0080-62342001000300004
- Canazaro & Argimon (2010). Características, sintomas depressivos e fatores associados em mulheres encarceradas no estado do Rio Grande Do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, vol.26 nº 7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2010000700011>
- Carvalho, I. Santos, & Coelho, V. L. D. (2005). Mulheres na maturidade: histórias de vida e queixa depressiva. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 10(2), 231-238. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2005000200010>
- Carvalho, I. Santos, & Coelho, V. L. D. (2006). Mulheres na maturidade e queixa depressiva: compartilhando histórias, revendo desafios. *Psico-USF* vol.11 no.1 Itatiba June doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-82712006000100013>
- Chesler, P. (2005). *Women and Madness*. New York. Palgrave Macmilan.
- Cordás, T. A.(2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Corrêa, A. C. O. (1995). A fenomenologia das depressões. Da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatria Biológica* 3 (3): 61-72, 1995.
- Dantas, G., Koplin, C.,Mayer, M., Oliveira, F. A. & Hidalgo, M. P. L (2011).Prevalência de TMC e subdiagnósticos de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Revista HCPA* 2011; 31(4). Recuperado de <http://seer.ufrgs.br/hcpa>
- Del Porto, J. A.(1999). Conceito e Diagnóstico. *Rev. Bras. Psiquiatr.* vol.21, suppl. 1, p. 06-11. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rbp/v21s1/v21s1_a03.pdf

- Duailibi, K. Silva, A. S. M. & Modesto, B. (2013). Depressão. Como diagnosticar e tratar. *Grupo Editorial Moreira Jr.* Recuperado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5578
- Drummond (2010). Por que as mulheres deprimem? *Curinga*;(30):77-82, jun. 2010. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=589597&indexSearch=ID>
- Diniz, G.R. S., & Pondaag, M.C.M. P. (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In: Almeida, A. M.O, Santos, M. F. S., Diniz, G. R. S., & Trindade, A. A (Orgs.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em representações sociais* (pp. 233-259). Fundação Universidade de Brasília. Brasília: Editora UnB.
- Ehrenberg, A., & Botbol. M. (2004). Depressão, doença da autonomia? Entrevista de Alain Ehrenberg a Michel Botbol. *Ágora (Rio J.). Estudos em Teoria Psicanalítica*, vol.7, nº 1, Rio de Janeiro, July/Jan. 2004. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-14982004000100009
- Engel, M. (2004). Psiquiatria e Feminilidade. In Priore, M. D. & Bassanezi C. (Org). *História das mulheres no Brasil*. Editora UNESP.
- Farias, L. S. O. (2012). A melancolia no feminino. *Estilos da Clínica*, 17(1), 62-75. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-71282012000100005&lng=pt&tlng=pt.
- Ferreira, S. A. T. (2011). A evolução do conceito de depressão no século XX: uma análise da classificação da depressão nas diferentes edições do manual diagnóstico e estatístico da associação americana de psiquiatria (DSM's) e possíveis repercussões destas mudanças na visão de mundo moderna. *Revista do Hospital*

- Universitário Pedro Ernesto - HUPE. Vol. 10, N. 2 - Depressão* http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=117
- Garcia, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa. Um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Campo Grande: Editora Rosa dos tempos.
- Gonçales, C. A. V., & Machado, A. L. (2008). Vivendo com depressão: histórias de vida de mulheres. *Revista da escola de enfermagem. USP, vol.42, no.3*, São Paulo Sept. 2008. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000300007>
- Grant, B. F., & Weisman, M. M. (2008). *Gênero e Prevalência de Transtornos Psiquiátricos*. In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, P. J., Regier, D. A. (Orgs). pp.28-44.
- Justo, L. P., Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria clínica*. Recuperado de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/74.html>
- Kleiman, A., & Good, B. (1995). *Culture and depression : Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Vol. 16* de Culture and Depression Series University of California Press.
- Machado, R. M., Oliveira, S.A.B. M., & Delgado, V. G.(2013). Características sociodemográficas e clínicas das internações psiquiátricas de mulheres com depressão. *Revista Eletrônica de Enfermagem. Jan/mar; 15 (1): 223-32*. doi:<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.14564>. doi: 10.5216/ree.v15i1.14564
- Maluf, S. W. (2010). Gênero, saúde e aflição: políticas públicas, ativismo e experiências sociais. In Maluf, S. & Tornquist, C. (Orgs.). *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas*. Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Martin, D., Quirino, J., & Mari, J. (2007). Depressão entre mulheres da periferia de São Paulo. *Revista de Saúde Pública, 41(4), 591-597*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000400013>

- Martin, D., Cacozi, A., Macedo, T., & Andreoli, S. B.. (2012). Significado da busca de tratamento por mulheres com transtorno depressivo atendidas em serviço de saúde público. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 16(43), 885-899.doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012000400003>
- Monteiro, K. C. C., & Lage, A. M. V. (2007). Depressão - uma psicopatologia classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia ciência e profissão*. vol.27, n.1, pp. 106-119. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n1/v27n1a09.pdf>
- Morihisa, R. S., & Scivoletto, S.(2001). Transtorno depressivo na mulher. *RBM rev. bras. med*;58(n.esp):151:156-154-160, dez. 2001. Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.Xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=317012&indexSearch=ID>
- Narvaz, M. G., & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. *Psicologia em estudo, Maringá*, v. 11, n. 3, pp. 647-654, set/dez. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n3/v11n3a20.pdf>
- Navarro-Swain, T. (2002). As teorias da Carne: corpos sexuados, identidades nômades. *Labrys Estudos Feministas. Revista Virtual da UnB*. Recuperado de <http://www.tanianavarroswain.com.br/brasil/anhita3.htm>
- Nicholson, L.(1999). *Interpretando o gênero. The play of reason from the modern to the postmodern*. 53-76. Cornell University.
- Oliveira, E. N. (2000). *Saúde mental e mulheres. Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita*. Ceará: Editora UVA.
- Oliveira, J. M., & Amâncio, L. (2006). Teorias feministas e representações sociais: desafios dos conhecimentos situados para a psicologia social. *Estudos feministas*,

Florianópolis, 14(3), set-dez. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ref/v14n3/a02v14n3>

Organização Mundial da Saúde (1993). *Classificação dos transtornos mentais e de comportamento da CID – 10*. Artes Médicas: Porto Alegre.

Organização Mundial da Saúde (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf

Organização Mundial de Saúde – OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, não esperança*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Pegoraro, R. F., Caldana, R. H. L.(2008). Mulheres, loucura e cuidado: a condição da mulher na provisão e demanda por cuidados em saúde mental. *Saude soc. vol.17 no.2* São Paulo Apr./June 2008. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902008000200009&script=sci_arttext

Phillips D. A., & First, M. B. Introdução.(2008). In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, R. J., Regier, D. A. (Organizadores). *Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico*. Agenda de pesquisa para DSM V. São Paulo: Roca,p.2

Riley, D. (1987). *Does a sex have a history? “Women” and feminism*. New formation number 1, Spring.

Rodrigues, M. J. S. F.(2000). O diagnóstico da depressão. *Psicol. USP vol.11 n.1* São Paulo 2000. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-65642000000100010&script=sci_arttext

Scott, J. (1989/1990). *Gênero: Uma Categoria Útil Para Análise Histórica*. New York, Columbia University Press.

Showaler, E. (1987). *The female malady – Women, Madness and English culture 1830-1980*. London:Pantheon Books.

- Sonenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S., & Altenfelder, L.M. (1995). A evolução histórica do conceito da depressão. *Rev. ABP-APAL*;17(1): 29-40, jan.-mar.
- Veras, A.B., & Nardi, A. E. (2008). Depressão na mulher. Como diagnosticar e tratar. *Grupo Editorial Moreira Jr*. Recuperado de http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3854
- Wisner, K. L., & Dolan-Sewell. Por que o gênero importa. In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, R. J., Regier, D. A. (Orgs). *Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para DSM V*. São Paulo: Roca, p.2.
- World Health Organization - WHO (2012). *Depression. A global public health concern*. World Mental Health Day, October 10 2012. World Federation for Mental Health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1
- World Health Organization - WHO (2015). *Depression*. Media centre. Fact sheet nº369. October 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Zanello, V. (2010). Mulheres e Loucura: questões para a psicologia clínica. In Stevens, C. Brasil, K. Almeida, T & Zanello, V. (Orgs). *Gênero e Feminismos. Convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-20.
- Zanello, V. (2014a). A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada na epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M. (Orgs). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014, p. 41-58.
- Zanello, V. (2014b). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In: Stevens, C.; Oliveira, S.; Zanello, V. (Org.). *Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações*. Florianópolis: Mulheres, 2014b. p. 108-118.

- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura. *Labrys, Estudos femininos*, v.20-21, 2011. Recuperado de <http://www.tania.navarros.wain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas genderadas do sofrimento psíquico. *Fractal, Rev. Psicol.*, v. 27-n.3, p. 238-246. Recuperado de <http://www.uff.br/periodicos/humanas/index.php/Fractal/article/view/1483>
- Zanello, V., & Martins, F. (2010). O reencontro da clínica com a metáfora. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 15, n.1, p.189-196, jan-mar. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a20v15n1>
- Zanello, V., & Nascimento, W. (2014). Uma historia do silêncio sobre gênero e Loucura- Parte II. Sobre a loucura e as épocas e as mulheres: para uma escura do não dito e do não pensado. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M.(Orgs). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014, p. 29-40.
- Zanello, V., & Silva, R. M. C (2012). “Saúde mental, gênero e violência estrutural”. *Revista bioética*, Brasília, v. 20, n. 2, maio-ago, 2012. Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745
- Zanello, V., & Souza, G. (2009). Mais música, menos Haldol”: uma experiência entre música, *Phármakon* e loucura. *Mental vol.7 no.13* Barbacena 2009. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S167944272009000200009&script=sci_arttext

ARTIGO 2 - MULHERES E DEPRESSÃO: UMA LEITURA DE GÊNERO

RESUMO

Na atualidade, a depressão é a terceira causa dos quadros de adoecimento da população, com projeções de ocupar a primeira posição em 2030 (WHO, 2012). Entretanto, a depressão, como quadro psicopatológico, expressa-se se forma diferente entre homens e mulheres. Com isso, as formas de sofrimento também são marcadas pelas especificidades de gênero, tanto na formação, como na manifestação de sintomas (Zanello, 2014a). Pesquisa realizada por Dantas & Zanello (no prelo) demonstrou incipiente número de publicações sobre a depressão em mulheres, sob a perspectiva de gênero. O presente estudo realizou a escuta de nove mulheres com diagnóstico de depressão em serviços de saúde público e particular, de uma capital brasileira, qualitativo, por meio de entrevistas semi-estruturadas e analisou os discursos, a partir de uma perspectiva dos estudos de gênero. Os resultados dessa pesquisa apontaram como os modos de subjetivação das mulheres privilegiam o “dispositivo amoroso” e o “dispositivo materno” (Zanello, 2016). Foi evidenciado um hiperinvestimento na esfera pessoal e doméstica por parte destas mulheres, em detrimento de outras relações fora do contexto familiar. Na esfera pessoal, as mulheres privilegiaram as relações amorosas, isto é, os parceiros, em detrimento de outras vivências e até de si mesmas, seguida das relações maternas. Além disso, essas vivências foram marcadas pela não-reciprocidade e alta incidência de violências, sobretudo a violência psicológica. O silenciamento apareceu como estratégia utilizada pelas mulheres como forma de manejo dos conflitos. Foram frequentes os sentimentos de culpa, impotência e perda da razão/loucura. O sentimento de solidão também foi recorrente, bem como uma ênfase em experiências desfavoráveis vivenciadas no passado e poucos planos para o futuro. O estudo aponta a importância do gênero tanto na escuta das mulheres deprimidas, quanto na elaboração de intervenções em saúde mental.

Palavras-chave: depressão; gênero; mulheres; escuta; dispositivo.

ARTICLE 2 - WOMEN AND DEPRESSION: A GENDER READING

ABSTRACT

Currently, depression is the third leading cause of illness population tables with projections to occupy the first position in 2030 (WHO, 2012). However, depression, as psychopathological condition, expressed it differently in men and women. Thus, the forms of suffering are also marked by gender specificities, both in training and in the manifestation of symptoms (Zanello, 2014a). Research carried out by Dantas & Zanello (in press) showed incipient number of publications on depression in women, from a gender perspective. Therefore, this study was conducted by listening nine women diagnosed with depression in public health services and particularly from a Brazilian city, qualitative, through semi-structured interviews and analyzes of the speeches, from a perspective gender studies. The results of this research showed us how the modes of subjectivity women favor the "loving device" and "maternal device" (Zanello, 2016). One big investment was evidenced in the personal and domestic sphere by these women, to the detriment of other relationships outside the family context. In the personal sphere, women favored romantic relationships, that is, the partners to the detriment of other experiences and to themselves, than the maternal relations. In addition, these experiences were marked by non-reciprocity and high incidence of violence, especially psychological violence. Silence appeared as a strategy used by women as a way of handling conflicts. Frequent were the feelings of guilt, helplessness and loss of reason / madness. The feeling of loneliness was also the applicant, as well as an emphasis on experienced unfavorable experiences in the past and few plans for the future. The study points out the importance of gender both in listening to the depressed women as in the development of mental health interventions.

Keywords: depression; gender; women; listening; device.

ARTÍCULO 2 - MUJERES Y DEPRESIÓN: UNA LECTURA DE GÉNERO

RESUMEN

Actualmente, la depresión es la tercera causa principal de la población de la enfermedad de cuadros con proyecciones a ocupar la primera posición en 2030 (OMS, 2012). Sin embargo, la depresión, como condición psicopatológica, lo expresó de manera diferente en hombres y mujeres. Por lo tanto, las formas de sufrimiento también están marcadas por las especificidades de género, tanto en la formación y en la manifestación de los síntomas (Zanello, 2014a). La investigación llevada a cabo por Dantas y Zanello (en prensa) mostró incipiente número de publicaciones sobre la depresión en las mujeres, desde una perspectiva de género. Este estudio se llevó a cabo escuchando nueve mujeres con diagnóstico de depresión en los servicios de salud pública y en particular de un capital brasileña, cualitativo, a través de entrevistas semiestructuradas y se analiza los discursos, desde una perspectiva los estudios de género. Los resultados de esta investigación mostraron cómo los modos de subjetividad mujeres favorecen el "dispositivo de amor" y "dispositivo de la madre" (Zanello, 2016). uno hiperinversión se evidenció en el ámbito personal y doméstico por estas mujeres, en detrimento de otras relaciones fuera del contexto familiar. En el ámbito personal, las mujeres respaldaron a las relaciones románticas, es decir, los socios en detrimento de otras experiencias y a ellos mismos, entonces las relaciones maternas. Además, estas experiencias fueron marcados por la no reciprocidad y la alta incidencia de la violencia, especialmente la violencia psicológica. Silenciamiento apareció como una estrategia utilizada por las mujeres como una forma de manejar los conflictos. frecuentes fueron los sentimientos de culpa, impotencia y pérdida de la razón / locura. La sensación de soledad era también el solicitante, así como un énfasis en las experiencias desfavorables experimentadas en el pasado y unos planes para el futuro. El estudio señala la importancia del género tanto en la escucha de las mujeres deprimidas como en el desarrollo de intervenciones de salud mental.

Palabras clave: depresión; género; las mujeres; escuchar; dispositivo.

INTRODUÇÃO

O termo “depressão” começou a ser utilizado no Ocidente a partir do século XVIII, reduzindo a presença do termo “melancolia” (Cordás, 2002, p. 70, Berrios, 2012). A história da "depressão" possui mais precisão a partir da segunda metade do século XIX, mas relatos de melancolia, sofrimento e dores da alma, foram registrados desde a antiguidade (Sonenreich, Estevão, Friedrich & Silva, 1995; Cordás, 2002).

A depressão tem sido caracterizada por meio dos seguintes sintomas e critérios: tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou baixa auto-estima, distúrbios do sono ou do apetite, sensação de cansaço e falta de concentração, agitação ou retardo psicomotor, ideação suicida, que variam com relação à duração, frequência e intensidade (Rodrigues, 2000; WHO, 2015). Tem sido considerada um transtorno mental comum (Villano & Nanhay, 2011; Rodrigues, 2000), tratável pela combinação de medicação antidepressiva e de psicoterapia (Villano & Nanhay, 2011; Coser, 2003).

A depressão possui sentidos e valores diferenciados, que variam significativamente de acordo com o universo cultural estudado (Kleimann & Good, 1985; Sougey, 1992; Sonenreich, Estevão, Friedrich & Silva, 1995, p.37; Rivera, 2012). Kleimann & Good (1985) problematizaram a validade e os critérios desenvolvidos para a sua identificação. Nessa perspectiva, a depressão corresponderia a uma doença social, mediante significados e interpretações culturais, variáveis de acordo com a orientação teórica e o período histórico.

Em nossa cultura, o gênero constitui-se como um fator de risco significativo (Zanello, 2014a) e impacta as taxas de prevalência (Phillipps & First, 2008).

Segundo a OMS (2011), a epidemiologia psiquiátrica aponta a prevalência de depressão em duas vezes mais para as mulheres (Andrade, Viana & Silveira, 2006; Phillips & First, 2008; Grant & Weismam, 2008; Wisner & Dolan-Sewell, 2008; WHO, 2009; WHO, 2014).

A prevalência da depressão em mulheres foi correlacionada com menor nível educacional (Almeida-Filho et al., 2004; Ludermir, 2008; Lima, 1999); estado civil de casada (Gastal et al., 2006; Shear, Halmi, Widiger & Boyce, 2008); pobreza, em duas vezes e meia (Almeida-Filho et al., 2004; Justo & Calil, 2006); raça (negra); exercício de profissões invisíveis ou desvalorizadas (Zanello & Silva, 2012); com cotidiano violento, de abuso, de maus-tratos, de negligência (Cavalcante & Silva, 2011); de abusos físicos, emocionais e sexuais na infância (Weiss, Longhurst & Mazure, 1999; Cutler & Nole-Hoeksema, 1991; Justo & Calil, 2006).

Além disso, a depressão, como quadro psicopatológico, expressa-se de forma diferente entre homens e mulheres (Zanello, 2014b). Gênero influencia assim o modo de expressão dos sintomas, o curso da doença, a busca de tratamento, além de poder fundamentar uma outra perspectiva de compreensão da depressão (Phillipps & First, 2008).

Mas o que é gênero? E como os este conceito pode auxiliar na compreensão do fenômeno depressivo?

Segundo Judith Butler (2004), gênero deve ser compreendido como uma repetição estilizada de performances. Performances estas que são interpeladas por mecanismos sociais finos, os quais prescrevem certos "scripts" diferentes para homens em mulheres.

Para Scott (1990), gênero deve ser compreendido sempre como uma categoria relacional, na qual não se pode pensar o que é ser homem e o que é ser mulher de forma separada, pois gênero implica sempre relações de poder. Neste sentido, gênero aponta para certos lugares sociais, simbólicos e concretos de maior ou menor empoderamento (Zanello, 2016).

Pensando o campo da saúde mental sob a perspectiva de gênero, Zanello (2016) aponta caminhos privilegiados de subjetivação distintos para homens e mulheres. Segundo a autora, os homens em nossa cultura se subjetivam no dispositivo da eficácia, o qual se baseia na virilidade sexual e laborativa. Isto implica em dizer que um "verdadeiro homem" em nossa cultura deve ser um "comedor" e um "provedor".

Já as mulheres se subjetivam nos dispositivos amoroso e materno. Em relação ao dispositivo amoroso, trata-se de apontar que em nossa cultura as mulheres se subjetivam em uma relação consigo mesmas mediada pelo olhar de um homem que as escolha (Zanello, 2016). A autora se utiliza aqui de uma metáfora: segundo ela, as mulheres se subjetivam na "prateleira do amor". Esta prateleira é mediada por um ideal estético, o qual é branco, loiro, magro e jovem. Quanto mais distante deste ideal, maior impacto sobre a auto-estima das mulheres e a sensação de não ser passível de ser "escolhida". O amor (nesta forma de amar) é algo identitário para as mulheres e o fator de maior desempoderamento para elas (Zanello, 2016).

Apesar de diferenças quanto ao gênero, à idade, à geração, à cultura e à classe social (Navarro-Swain, 2012, p.11), o amor ocupa uma posição de privilégio na vida e na subjetividade das mulheres, privilégio este que é localizado em um momento histórico e social (Lagarde, 2001; Zanello & Bukowitz, 2011; Perrot,

2012). Para elas, há uma sujeição a um pacto amoroso, em um sistema de não-reciprocidade (Lagarde, 2001, p.64; Zanello & Bukowitz, 2011; Zanello, Fiuza, & Costa, 2015; Zanello, 2016).

Já o dispositivo materno trata-se de uma naturalização da maternidade e dos cuidados com os outros, pela capacidade procriativa. Como nos aponta Badinter (1985), a maternidade, tal como a conhecemos atualmente, foi construída historicamente a partir do século XVIII. Houve um acréscimo, cada vez maior, da responsabilização das procriadoras na função de criar, cuidar e formar o futuro cidadão, a criança. O método utilizado pelo Estado para convencê-las a executar tais funções foi a criação do ideal do amor materno, propagado de diversas maneiras pelo senso comum, literário e científico. Zanello (2016), partindo de conceitos foucaultianos, afirma que houve aqui uma passagem de um poder repressivo para outro constitutivo. Ou seja, o que foi interpelado nas mulheres pelo Estado, passou a ser um modo constitutivo delas, cujo sinal de sucesso, desta passagem, é a culpa materna (Zanello, 2016). O ideal da "santa mãezinha" sempre disponível, abnegada, vivendo para os outros se instalou na cultura brasileira (Del Priore, 2009).

O dispositivo materno é interpelado mesmo em mulheres que não procriaram, ele é interpelado pelas práticas sociais aprendidas, através da valorização de características de ternura, recato, sacrifício, cuidado do outro, precaução, passividade, sujeição à violência, ou seja, domesticação (Friedan, 1963; Soihet, 1989; Scott, 1990; Foucault, 1999; Welzer-lang, 2001; Perrot, 2012, p.93; Zanello, Fiuza & Costa, 2015).

Faz parte deste dispositivo a noção de domesticidade e o cuidado com a casa e com a família (Zanello, 2016). Um dos mecanismos estratégicos interpelados nas

mulheres, aí como forma de resolução dos conflitos, é o silêncio. Diniz e Pondaag (2006) apontam também o segredo. Essa combinação de fatores potencializa os riscos sobre as vidas das mulheres e atua na implosão das emoções (Garcia, 1995).

Como estes processos gendrados participam da configuração do quadro depressivo? Os estudos em saúde mental a partir de uma perspectiva de gênero são ainda incipientes. Mesmo sendo a depressão considerada uma doença de "mulheres", pouco se tem pesquisado sobre a participação do gênero nos processos de adoecimento psíquicos em mulheres deprimidas (Dantas & Zanello, no prelo). Levando em consideração a importância desta leitura, a presente pesquisa teve por objetivo escutar mulheres diagnosticadas com "depressão" e compreender, sob a perspectiva dos estudos de gênero, os fatores envolvidos em seu adoecimento psíquico.

METODOLOGIA

Foram entrevistadas usuárias de um serviço público em saúde e de um serviço particular, de uma capital brasileira. O público alvo foi de mulheres, *a) na faixa etária de 25 a 59 anos (OMS, 2001); b) com diagnóstico psiquiátrico de depressão como sintoma ou transtorno mental; c) preferencialmente, de depressão primária, isto é, não decorrentes de alguma doença, comorbidades ou secundária; d) de diferentes classes sociais; e) concordantes com a pesquisa; f) concordantes para firmar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE; g) concordantes com a gravação digital.*

A partir dos critérios pré-definidos, o recrutamento ocorreu com o encaminhamento das pacientes pelos profissionais responsáveis pelos atendimentos,

preferencialmente nas dependências do ambulatório psiquiátrico (sete) e da clínica particular (duas). Ao todo, foram entrevistadas nove mulheres.

Foram realizadas entre uma e três entrevistas com as participantes, com média de uma hora de duração, 14 horas no total. Uma participante concordou com a entrevista, porém não aceitou a gravação da mesma, não sendo considerada na análise. Duas participantes manifestaram comorbidades orgânicas, associados ao diagnóstico de depressão, relatadas durante a entrevista, como arteriosclerose ou endometriose.

A pesquisa seguiu as normas e princípios estabelecidos na resolução CNS 466/12, tendo seu projeto sido aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Ciências Humanas/Universidade de Brasília/Campus Universitário Darcy Ribeiro, registrado sob nº **CAAE**: 47775615.9.0000.5540. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE, no qual se garantia a preservação de sua identidade e o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Foi realizado um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas individuais foram realizadas pelo roteiro de pesquisa, por meio do questionário semi-estruturado com seis perguntas-chaves. As perguntas de pesquisa foram *a) Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua história (de forma livre), b) Como é o seu dia-a-dia? (atual)/ Como está a sua vida atual? (presente); c) Desde quando foi identificada a depressão? Onde, como? (investigar como a/o pessoa vivenciou isto); d) O que é depressão para você?/O que significa estar deprimida/o para você?; e) Existem planos para o futuro? Quais? (futuro); f) Existem situações que melhoram ou pioram a depressão?* Foi realizada também a coleta dos dados demográficos.

As entrevistas foram gravadas por meio de aparelho eletrônico do tipo gravador de voz digital. Após as gravações, foram realizadas as transcrições das entrevistas. O material foi submetido a uma análise de conteúdo (Bardin, 1977), para levantamento de eixos temático-semânticos importantes, bem como frequência dos mesmos nas entrevistas.

A análise de conteúdo atendeu as regras de exaustividade, representatividade e homogeneidade, pertinência e exclusividade. Também foram aplicados critérios de consistência interna e validade (Bardin, 1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar do mesmo diagnóstico, os fatores demográficos variaram significativamente. As participantes tiveram idades entre 25 a 53 anos, três entre 20-30, uma entre 30-40, três entre 40-50 e duas, entre 50-60. O grau de instrução variou entre quatro semi-alfabetizadas, uma de ensino médio, uma de superior incompleto, duas de superior completo e uma de pós-graduação. Duas das mulheres se autodenominaram brancas e **sete não brancas**, duas se apresentaram como pretas e cinco das mulheres como pardas. Quanto às *ocupações*, duas domésticas aposentadas por invalidez, uma servidora pública, uma secretária, uma auxiliar de professor, uma comerciária autônoma, uma estudante, uma auxiliar de serviços e uma do lar. Quanto às *classes sociais*, foram informadas como baixa (três), muito baixas (duas), média alta (duas), média baixa (uma) e média (uma). Pela profissão e renda, quatro das participantes apresentaram situações de muita vulnerabilidade, isto é, **condições limitantes quanto à empregabilidade, como desemprego ou emprego informal**. Também houve diferentes estados civis - casadas pela primeira

vez (quatro), solteira (uma), casada pela segunda vez (uma), casada pela terceira vez (uma), separada pela primeira vez (uma) e separada pela terceira vez (uma). Quanto à *maternidade*, oito das nove das mulheres têm filhos (entre um a cinco filhos), entre diferentes idades.

No geral, as participantes relataram mais vivências do Passado (74%), que do Presente (20%) ou do Futuro (6%). O total de vivências favoráveis foi cerca de quatro vezes menor (20%), que o total de vivências desfavoráveis (80%).

Foram identificadas quatro categorias a partir dos temas levantados e contabilizados em todas as entrevistas: 1) “vivências relacionais do círculo-íntimo” (com 62% dos temas); 2) “vivências de depressão” (20%); 3) “perspectivas de futuro” (13%); e por último, “vivências relacionais extra círculo-íntimo” (5%). A distribuição frequencial dos temas nas categorias encontra-se retratada no gráfico a seguir:

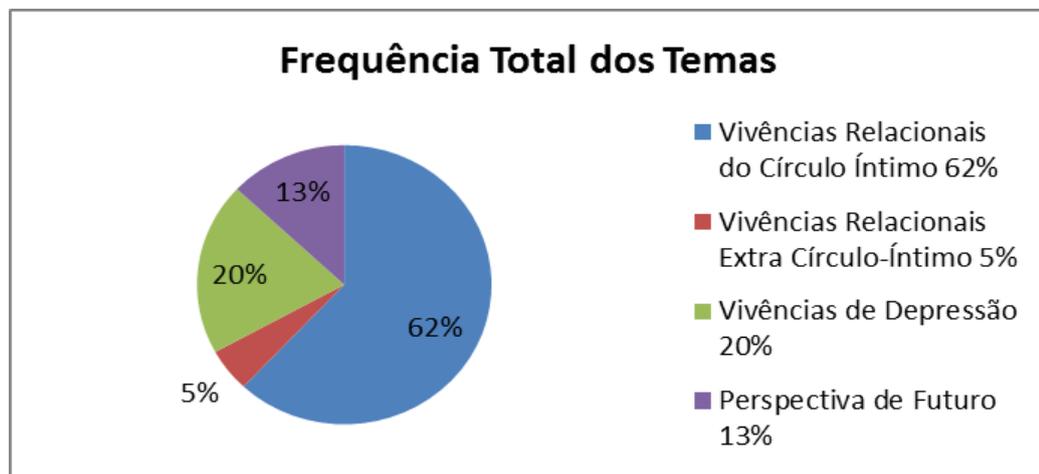


Figura 1. Frequência Total dos Temas por Categorias

1-“Vivências relacionais do círculo-íntimo”

O relato das vivências de círculo íntimo abarcou quase metade dos temas encontrados nas entrevistas (62%). Nesta categoria foram incluídas tanto as

vivências da família de origem (33%) quanto da família originada (67%). Isso mostra um hiperinvestimento na esfera pessoal e doméstica por parte destas mulheres, em detrimento de outras relações fora do contexto familiar (“vivências de círculo extra-íntimo” teve apenas 5%). As vivências relatadas foram desfavoráveis em sua maioria (90%), comparando-se com as favoráveis (10%). Foram levantados que 81% dos temas referiram-se ao Passado e 19% ao Presente.

Na família de origem apareceram relatos relacionados aos pais, irmãos, tios e outros parentes. Todas as mulheres relataram diversas experiências desfavoráveis neste âmbito, muitas inclusive marcadas por situações de violência.

As participantes sofreram violências no passado, algumas com episódios bastante graves (74%), bem como apresentaram relatos de violência no presente (26%). Entre os tipos de violências, das relações com a família de origem, a maior foi a psicológica, relatada por cinco das nove participantes. Como, por exemplo, nos relatou Karina ao se referir à avó (que cuidou dela): *“é uma pessoa superabusiva... já parou para pensar o que isso significa, da minha avó me chamando de vira-lata, me chamando de vagabunda, falando que eu não vou ter sucesso na vida, falando, que eu não vou conseguir fazer nada, minha avó me agredindo fisicamente”*.

Foram levantadas ocorrências de violência física em três das nove participantes. Vanessa, por exemplo, nos relatou: *“porque até quando a gente é criança que o pai bate, igual o meu pai me batia, só que ele batia, só que acabava ali, tipo, eu sabia que ia ter um fim”*.

A violência sexual foi relatada por duas das nove participantes. Um exemplo de estupro na infância foi o de Antonia, tendo como agressor o irmão mais velho: *“ele chegou a me violentar, entendeu?... aí ele falava que não... se eu contasse, eu*

contaria....meu pai ia me matar, pegar me bater, sabe, aí eu ficava com medo, de falar as coisas.....não comentei com ninguém...”.

Foram levantados também os seguintes conteúdos: negligência, descuido e muita pobreza (nas histórias de quatro das nove entrevistadas), trabalho infantil (duas), abandono (uma). Já na família originada (65% dos temas da categoria Vivências do Círculo Íntimo), os temas foram: vivências amorosas relacionadas ao parceiro ou ex-parceiro (59%), maternidade (33%) e relação com a família do parceiro (8%).

Nas “vivências amorosas” foram incluídas as histórias dos parceiros amorosos e não apenas a história do relacionamento atual. Este foi o tema mais presente na fala de todas as mulheres no decorrer das entrevistas (23% do total de todos os temas das entrevistas). Nove das nove mulheres relataram vivências desfavoráveis e apenas três, alguma vivência favorável. A alta frequência deste tema apontou para um alto investimento nos parceiros. Ou seja, as mulheres privilegiaram as relações amorosas em detrimento de outras vivências. Muitas vezes, em detrimento até de si mesmas. Estela, por exemplo, ao engravidar, abandonou o emprego e a cidade para viver com o parceiro, “*eu (ênfase) tomei a decisão de ir para lá pensando nele*”. Já Denise disse que se casou “*muito cedo... 16 anos com o primeiro homem 13 anos mais velho (...) comecei a viver tudo em função dele*”.

Os companheiros ou cônjuges atuais e os de relacionamentos anteriores apareceram ora ausentes ora presentes-ausentes, apontando para relações dissimétricas, com investimento delas e sem reciprocidade por parte deles. Vanessa, por exemplo, ao relatar a gravidez de sua primeira filha, nos disse: “*aí, meu namorado não... assim, ele não acompanhou, mas pelo menos ele perguntava se eu*

tava bem e tal". Estela, ao se referir ao pai da primeira filha, concluiu: *"a gente namorava, só que ele era farrista"*. Já o parceiro de Adriana era *"é meio, é doente... tem um distúrbiozinho... mente muito, nunca foi fiel, sempre me traiu..."*.

O termo "sozinha", o "sentir-se sozinha" ou o "ser deixada só" apareceu nas falas de todas as entrevistadas com grande recorrência, bastante associado à depressão. As figuras relacionadas às "vivências de solidão" foram, sobretudo, os companheiros (51%). Rose, nos disse que, em seu terceiro casamento *"queria conversar com ele, ele não é de me escutar muito... ele não gosta de escutar"*. Já o parceiro de Adriana *"fazia de conta que não acontecia nada"* na época do adoecimento do filho (...) *ai então eu enfrentava tudo sozinha... eu levava no médico, eu pesquisava, eu procurava saber, eu acompanhava"*.

Todas as nove mulheres sofreram violências praticadas pelos companheiros. Delas, sete relataram violência psicológica; cinco, violência física; duas, violência sexual; duas, moral e uma das nove patrimonial. Antônia, por exemplo, após viuvez, achou que estava *"precisando de uma pessoa, o calor dum homem"*. Segundo ela, ele quis morar junto, desejo ao qual, ela anuiu. Porém a relação é marcada por diversas formas de violência: *"meu marido fala que eu sou feia, sou escrota, esquisita... me xinga de vagabunda...que eu sou lixo..."*.

Outro exemplo é o de Rose, que vivendo sua terceira união, nos disse: *"e pra ele, ele acha que isso dá liberdade de achar um homem que queira eu, deu achar, um.....como é que diz, de eu tá traindo, já aconteceu dele falar de eu ser uma piranha, tenho cara de prostituta... eu não acho..."*.

Já Denise dependia financeiramente do marido, o qual descontava suas insatisfações da vida nela. Segundo suas próprias palavras, ele a tratava como uma empregada doméstica. Um dia, ao chegar em casa do trabalho, ele *"me deu dois*

socos na cabeça”, com a justificativa, *“porque eu não tinha limpado o chão”*. Além disso, ele também *“começou a queimar as minhas coisas”*.

Rose, por seu turno, relatou ter sofrido violência sexual no casamento: *“não adianta, eu não tenho vontade de fazer sexo...”*. Apesar do não desejo, se sente obrigada a cumprir o débito conjugal: *“eu fico despida lá e quer, você quer não é, não vem fuçar em cima de mim não, fuçar em mim, dar beijinho, não”*. Neste caso, faz-se mister relativizar o que seria consentimento (Zanello, 2010).

O desejo do casamento foi manifesto em muitas falas, porém por razões diferenciadas: necessidade de apoio, necessidade de sobrevivência, evitação de situações desfavoráveis, pela gravidez e por idealização. Tal como encontrado por Zanello, Fiuza e Costa (2016), o casamento é visto por muitas mulheres como tábua de salvação para situações precárias ou conflituosas. Neste sentido, foram frequentes relatos de casamentos precoces (quatro), em sua maioria, por mulheres de classes mais baixas, pela precariedade do ambiente.

Antonia, por exemplo, foi unida a um segundo homem escolhido pelo pai após engravidar. Denise, outro exemplo, se casou pela oportunidade de romper com o abuso sexual na infância e adolescência: *“eu casei com 16 anos, muito cedo, porque, por vários fatores também, que são profundos... são tantos, casei com 16 anos e desde então o meu casamento não foi bom”*.

No tema da maternidade foram incluídas as vivências familiares com filhos (ou enteados, sobrinhos) no geral, bem como as histórias de aborto e de não-desejo de maternidade. As vivências de maternidade das participantes apareceram de modo diferente conforme a classe social. Na classe média baixa e baixa, a gravidez revelou-se quase como um destino (Del Priore, 2009), com menos barreiras efetivas para o seu impedimento, como no exemplo de Vanessa, 28 anos, mãe de quatro

filhos “*cada um de um pai*”, casada recentemente com o pai do último “*porque os meus filhos não são do meu esposo, né?*”. Ela nos disse: “*eu não pretendo ter mais filho não*”. Porém, mesmo não desejando ser mãe e só querer “curtir” (palavras dela), afirmou sobre o método contraceptivo, “*nada... (risos)... a gente não usa nada*”.

Das nove mulheres, oito trouxeram vivências conflituosas com a maternidade e ou com o(s) filho(s) e apenas duas relataram alguma experiência positiva. Maria, por exemplo, teve que “dar” o filho para outras pessoas cuidarem, por falta de condições econômicas e por não ter apoio nenhum do genitor. Com isso se sentiu muito culpada. Já Maria de Fátima teve que enfrentar problemas com a violência do filho, que a ameaçava fisicamente.

Na vivência positiva, podemos citar Antonia, cuja filha caçula ajuda nos afazeres domésticos (“*a casa eu não dou muito conta não, duas hérnia de disco, ela limpa*”). Segundo ela, a filha também é muito companheira e sempre afirma que: “*para onde eu for levo a senhora*”.

Apesar das vivências desfavoráveis, a maternidade se apresentou como um tema central na vida destas mulheres. Como podemos ver na fala de Ester: “*eu acho que melhora (a depressão) assim quando eu... quando eu vejo assim tudo bem, né? Quando eu vejo que tá tudo bem, dá assim um alívio. Quando eu vejo que não tá nada bem na minha família, aí pronto*”. Sete das nove participantes fizeram referências a vivências de ambivalência, não-desejo da maternidade ou desejo de aborto: de não ter sido desejada a gravidez, tentativa de aborto, insatisfação com a gravidez, uso da pílula do dia seguinte.

As tarefas domésticas e os cuidados com os filhos ainda são naturalizados como delas, só interrompido pelo motivo de doença, para sete delas. Como

podemos ver na fala de Rose: *“eu sofri muito, tá entendendo... e ele me humilhava bastante, porque aí não podia trabalhar mais, não podia fazer as coisas dentro de casa...”*.

Em suma, a categoria do círculo íntimo enfatiza as relações íntimas e familiares que são interpeladas nas mulheres. Histórica e culturalmente, as mulheres são relacionadas à vida privada. Pode-se perceber que grande parte do investimento das mulheres se encontra na família originada, sobretudo na relação amorosa e na maternidade. A função social de reprodução e da responsabilização exclusiva dos cuidados pelas mulheres apareceu nas falas das participantes, por meio da abnegação para com os filhos por todas elas, com o parceiro e com a família. Segundo Adriana: *“para você ter uma ideia de como eu me sentia, de como eu me perdi nesse relacionamento... que eu não gostava de tirar foto... e quando eu tirava eu olhava para mim e não me via...”*.

Além disso, a família tanto de origem quanto a originada se mostraram, em geral, como fatores de risco para estas mulheres, lugar de vários tipos de conflitos e violências. Os tipos de violências relacionados (no somatório de todos os temas, de todas as entrevistas) foram a psicológica (64%), a física (15%), a moral (13%), a sexual (7%) e a patrimonial (1%). Os autores das violências foram identificados como pessoas de convivência afetiva, como o parceiro (61%), membros da família de origem (16%), além do extra círculo-íntimo (21%), como amigos ou conhecidos. Também as participantes manifestaram violência contra si mesma (2%), por tentativas de suicídio.

Além disso, todas as mulheres entrevistadas apresentaram um intenso sentimento de culpa, sobretudo na relação com seus companheiros e filhos. Rose, por exemplo, apesar de sempre ter utilizado preservativo nas relações íntimas, foi

acusada pelo parceiro de ter-lhe passado sífilis e se sentia na obrigação de se justificar: *“eu nunca tive relação com ele sem camisinha... nunca (ênfase), nunca, nunca na minha vida, nunca... nunca... (...) ele me culpa, né... primeiro de... agora não, ele não culpa mais, mas logo que saiu, a tal de doença de chifre, chifre sei lá como é, (sífilis) ele tá com ela.... aí a primeira vez que ele coisou aí ele botou a culpa em mim....”*.

Todas as entrevistadas evidenciaram também muitas vivências de silenciamento para evitar conflitos, mantendo escondida a insatisfação e as situações de violência, principalmente nas vivências relacionais com a família de origem e na originada. As mulheres ainda têm mais vivências de silêncio, que de quebra do silêncio. Somente quatro participantes narraram alguma situação de quebra do silêncio, como por exemplo, Karina, que ao ser confrontada pela avó, porque não cumprimentava o tio (o qual havia abusado sexualmente dela): *“eu falei na frente da minha avó assim, que eu enfrentei, peitei essa situação específica, não converso com pedófilo (aumento da voz), não converso com pedófilo, não tem que falar oi, com pedófilo”*.

Face ao hiperinvestimento no círculo íntimo e da grande frustração encontrada na não-reciprocidade, sobretudo dos relacionamentos amorosos, muitas mulheres experienciaram “vivências de loucura”. O termo “enlouquecer” foi recorrente e apareceu para descrever situações-limite diversas como conflitos, brigas, perda de controle nas relações amorosas e algumas vezes nas relações filiais. Rose, por exemplo, diz que enlouqueceu quando seu primeiro marido tentou enforcar sua filha. Ela relatou: *“aí eu peguei e pus ele para fora de casa, com você eu não vivo mais, aí eu dei uma doida lá em casa, comecei a quebrar a cama, tocar fogo no colchão, entendeu... eu não chorava, eu uivava”*.

Depreende-se um grande sofrimento pelo fato do círculo íntimo representar, nas entrevistas, mais da metade do investimento emocional dessas mulheres e pelo fato de grande parte desse investimento ter sido, sobretudo, em situações desfavoráveis (acima de tudo no âmbito amoroso, acompanhado de violência, culpa, silêncio). Evidencia-se que este sofrimento é mediado pelo dispositivo amoroso destas mulheres. Este dado corrobora com outros estudos, nos quais o dispositivo amoroso e o materno se sobrepuseram como configuradores do sofrimento das mulheres (Zanello & Bukowits, 2011; Zanello, Fiuza, & Costa, 2015).

2-Categoria “vivências relacionais extra círculo-íntimo”

As “vivências relacionais extra círculo-íntimo” (5% do geral) incluíram as vivências de amizade (44%) e as vivências com instituições (56%). Foram levantadas 86% falas do Passado e 14% do Presente. Esses dados demonstraram que na Categoria “vivências relacionais extra círculo-íntimo” poucas são as vivências de apoio relatadas pelas participantes, tanto no passado quanto no momento presente.

Quanto às amigadas, apenas quatro das nove mulheres relataram vivências favoráveis. As mulheres têm pouco ou nenhum investimento fora da família e da vida amorosa. Ficou bastante evidente a ausência de apoio do círculo extra-íntimo, isto é, de pessoas fora do círculo familiar nas histórias das participantes. Karina, por exemplo, relatou dificuldades na adolescência com os colegas de escola: *“teve uma época que a galera tava me chamando de lésbica e puta ao mesmo tempo”*. E então: *“eu perdi o meu grupo antigo de amigos, né, que começaram a fazer isso comigo. Não teve intervenção da instituição escolar, o filho do diretor era da minha*

sala e era quem mais fazia isso". E concluiu: *"nossa foi muito difícil, caralho, o ensino médio... sempre quando eu paro pra pensar uma coisa nova, cara, gente, incrível eu ter chegado aqui, foi muito tenso..."*.

Foram relatados episódios de desestímulo de amizades fora da família de origem, por cinco das nove participantes. Observou-se um alto controle e censura, por parte da família de origem, nas relações de amizade das mulheres. Um exemplo foi o relato de Ester: *"minha mãe não deixava eu andar com mais amiga nenhuma, né? Pra ter contato"*.

Quanto às instituições, oito das nove relataram vivências favoráveis e duas das nove, desfavoráveis. Os apoios institucionais se deram através da assistência de saúde, trabalho, escolarização, etc.

A precariedade da possibilidade de outros investimentos fora do universo do círculo íntimo (familiar de origem e originado) faz-se evidente. Isso aponta para o modo como as mulheres são relacionadas ao mundo privado (Lagarde, 2001), ou seja, quando sofrem relações de abuso, violência ou precariedade nas suas famílias de origem, ou originadas, ficam reféns de possibilidades de investimento ou criação de alternativas fora desse círculo.

Nas vivências de amizade há a possibilidade de poder criar ou construir novas relações favoráveis, comumente investidas pelos homens. O baixo percentual de experiências relatadas apontam que as mulheres estão na vida privada, adoecendo, sofrendo violência, usando o silêncio, implodindo.

3-Categoria "perspectivas de futuro"

Na Categoria "Perspectivas de futuro" foram considerados tanto os projetos, quanto os entraves para estes projetos no que tange às expectativas educacionais

(23%), laborais (37%) e relacionais (40%). Comparando-se com os dados gerais, foram observadas poucas vivências de expectativas de futuro (13%) das participantes. Foram levantados 44% dos temas do Passado, 7% do Presente e 49% de Futuro. Isso demonstrou que existem planos, porém os impactos do passado foram limitadores e continuam a atuar no presente, diminuindo as chances favorecedoras.

Nas qualidades limitadoras foram classificadas todas as falas que apontavam para os limites de uma perspectiva futura em função da precariedade educacional vivida ou da incapacidade atual, como por exemplo: *“hoje eu sei escrever o meu nome... sei ler algumas coisinhas, mas a leitura é muita pouca”* (Rose). Já Ester não conseguiu estudar por ter que cuidar dos irmãos na infância: *“aí eu saí do colégio pra cuidar de um dos menino (por isso) não estudei, né, o nome mal eu assino, mal mesmo (...)E aí daí pra cá só foi sofrimento. Foi sofrimento. Casei nova”*.

Já as favorecedoras, foram todas aquelas vivências que implicavam algum sonho ou possibilidade de mudança no advir da vida. A fala de Karina demonstrou o plano de *“trabalhar com alguma coisa da área, ganhando alguma coisa de dinheiro”*.

Dentre as limitações identificadas das mulheres participantes constaram a dependência econômica na quase totalidade (oito das nove), reduzidas oportunidades no mercado de trabalho (oito das nove), limitações de saúde física (seis das nove) ou limitações do adoecimento da depressão, em quatro. A baixa escolarização e a interrupção da escolarização, além de impactar o cotidiano e sua autonomia, impactaram as possibilidades de ascensão profissional e social daquelas que enfrentaram maiores adversidades sociais e econômicas na infância.

Do passado, as vivências educacionais ressentidas como positivas foram a conclusão dos estudos, para aquelas que alcançaram pelo menos o nível médio. Como na pesquisa de Campos & Zanello (no prelo), estudar, para seis das participantes, também foi citado como uma via de independência e realização. De futuro, foram relatados planos de retomada dos estudos, seja para aumentar o nível de escolaridade ou reciclar os conhecimentos, como o desejo de estudar de Maria Amélia: *“quero estudar esse ano, eu queria aprender só a escrever, ter essa fé”*.

Três das participantes não expressaram esse desejo por estudos, por não acreditar na capacidade de aprender. Para essas mulheres provindas de classe social mais baixa, a perspectiva de realização se deu pelas filhas, como por Antonia: *“falei pra ela, falei ô minha fia... eu te ajudo (a estudar)”*.

Cinco das nove mulheres vislumbraram uma autonomia futura por meio de um trabalho, exceto uma que se encontra na proximidade da aposentadoria. Outras duas já são aposentadas (mas ainda trabalham).

As expectativas relacionais se dividiram em expectativas para si mesma, expectativas maternas e expectativas amorosas. Para si mesma, seis das nove entrevistadas relataram vivências favoráveis e cinco das nove, desfavoráveis. Nas expectativas de si mesma favoráveis houve o plano de atividade física, cuidados consigo mesma e mudanças na vida atual. Nas expectativas desfavoráveis, apareceu o desânimo com o futuro em função de fracassos anteriores.

As expectativas maternas, presentes em quatro das nove mulheres, se manifestaram, sobretudo, em esperanças de realização dos filhos e preocupação com eles. Nas expectativas amorosas, quatro das nove mulheres apresentaram sonhos de novos relacionamentos, de se separarem do atual cônjuge, conhecerem parceiros compatíveis, de terem relações mais sadias ou de se casarem

formalmente, como Estela, por exemplo, que verbalizou o seu desejo de formalizar a união: *“o certo é a gente casar e não ficar amigado, estar em prostituição”*.

Apesar de existirem planos de trabalho, de estudo ou de atividade física que podem elevar as possibilidades de vida, principalmente na classe mais favorecida (cinco das nove), a desesperança foi bastante comum nas entrevistas, sendo poucas as projeções de realização. O fato de haver a predominância de conteúdos de caráter limitantes nas referências ao futuro corrobora com Beck & Steer (1993), para quem uma das maiores características da depressão é não apenas de sofrimento no presente, mas a incapacidade ou pequena perspectiva de expectativas diferentes. Nessa teoria, uma das dimensões mais afetadas da depressão é não conseguir ter ou almejar expectativas futuras. A autorrestrrição e a desesperança são o modo mais comum de reagir, como afirma Denise: *“eu estou presa em mim, hoje eu não consigo, nem chorar eu consigo”*.

4-Categoria “vivências de adoecimento da depressão”

Foram relacionadas um alto número de “vivências de depressão” (20%) pelas participantes. A Categoria “vivências de adoecimento da depressão” incluiu o significado da depressão, as causas atribuídas pelas participantes, os sintomas relatados e os tratamentos.

A depressão teve significados diferentes para as participantes: sofrimento e/ou maus-tratos desde a infância (quatro), gravidez (três), violência sexual (duas), depressão pós-parto (duas). Outras causas identificadas foram perdas significativas, como perda da mãe, ligadura de trompas não consentida, mudança de cidade, separação da filha, separação ou decepção como marido, etc.

Apesar de a depressão vir associada na fala das mulheres aos sintomas apontados na abordagem clássica psiquiátrica, os motivos associados a vivências de vida parecem ser outros. Karina, por exemplo, ligou sua vivência de depressão a uma causalidade estrutural: “... *é tanta violência, para todo lá, eu sinto um peso, cara é muito difícil ser mulher.. e eu fico muito cansada de existir, muito exausta, muito cansada o tempo inteiro, sem conseguir fazer as coisas...*”.

Os sintomas relatados incluíram as vivências psicológicas/mentais e as vivências corporais. Nos sintomas psicológicos destacou-se o sentimento de impotência, por todas as participantes. Também foram relatados sentimento de opressão e desejo de fuga. Nos sintomas físicos destacaram-se como dores, inapetência e insônia.

As experiências corporais das mulheres também foram pobres, geralmente pouco ou nenhum cuidado corporal durante o adoecimento da depressão. O investimento nesses cuidados foi visto como melhora do quadro, de valorização da imagem para o outro ou o desejo “*de viver em cima do salto alto*” de Vanessa.

As vivências de tratamento incluíram as vivências farmacológicas e as vivências de psicoterapia. Cinco participantes só conheceram o tratamento por medicação. A psicoterapia foi experienciada por poucas mulheres (quatro), como alternativa ao apoio medicamentoso clássico. Como apontado por Oliveira (2000), Traverso-Yépez & Medeiros (2004) e Zanello (2014a), a medicalização com psicofármacos contribui para a docilização e eliminação dos sintomas e das reivindicações das mulheres, impactando o exercício das atividades corriqueiras. Como nos disse Antonia: “*eu tô dormindo bem, na hora que eu cheguei aqui, eu tô dormindo, eu durmo em casa, quando não tem consulta eu durmo o dia todinha...*”.

tô tomando os remédios..., melhorou um pouquinho, mas assim outro dia, eu tô bem, outro dia, eu já num tô legal...”.

CONCLUSÕES

Ficaram demonstradas nas falas das participantes por meio dos atos constitutivos da experiência subjetiva, que o sexo definido socialmente, ditou muitos significados sociais das vivências das mulheres (Butler, 2004). Foi observada depressão entre mulheres de menor e de maior nível educacional, porém as mulheres da classe mais pobre relataram mais vivências de sofrimento, em que a qualidade do adoecimento da depressão foi intenso.

O estado civil não definiu a qualidade do adoecimento da depressão, pois as participantes eram mulheres solteiras, separadas ou casadas. Entretanto, as não casadas, mais jovens e com melhores condições sociais demonstraram maior potencialidade de romper com as relações amorosas insatisfatórias.

A análise dos dados demonstrou que as vivências do passado em geral (74%), apresentaram maior influência sobre as participantes, que as do presente (20%) ou de futuro (6%). O total de vivências favoráveis foi cerca de quatro vezes menor (20%) que o total de vivências desfavoráveis (80%). Observaram-se poucas vivências favoráveis relatadas com os companheiros, com a família de origem, com os filhos ou com amigas. Além de experiências desfavoráveis, as experiências de solidão foram muito presentes, pelo restrito apoio das “vivências relacionais do círculo íntimo” ou “vivências extra círculo-íntimo”, muitas “vivências de depressão” e “baixas expectativas de futuro”.

As entrevistas corroboram a ideia de que os processos de subjetivação das mulheres privilegiam o amor pelos outros e o cuidado destinado a eles e não a si mesma (Lagarde, 2001). A centralidade da vida das mulheres aqui entrevistadas foi constituída nas relações maternais e amorosas. A análise da incidência dos temas aponta para uma afetividade que é investida e vivida nas relações íntimas, com pouco investimento fora desse círculo, muito sentimento de solidão e de depressão e poucas perspectivas de mudança.

Em primeiro lugar, o maior investimento pulsional foi nos parceiros (23%). As entrevistas revelaram que o “amor” ocupa uma posição de privilégio na vida das mulheres. No entanto, em uma dinâmica ressentida e marcada pela não-reciprocidade.

Em segundo lugar, o investimento pulsional foi direcionado aos filhos. Isso significa que seus investimentos psíquicos encontram-se limitados nas relações de “servir”, de sujeição às relações familiares e no “sofrer”.

Esses dados significam que as Categorias do Dispositivo Amoroso e do Dispositivo Materno encontram-se hiperinvestidos, agravados por vivências de frustração e pela não existência ou investimento em apoios extra círculo-íntimo. O adoecimento da depressão teve influência no isolamento social e da sensação de ausência de suporte.

O hiperinvestimento nas vivências relacionais foi marcado por alta incidência de violências de vários tipos, além de sobrepostas, não reconhecidas ou validadas como tal. Essa identificação coloca a mulher na disponibilidade de cuidadora eterna e o de suportar relações abusivas e destrutivas, em uma posição de subordinação social (Zanello, 2016).

Algumas vivências aparecerem recorrentemente nas falas das participantes, dentre elas a violência, a culpa, a solidão, a perda da razão ou a loucura e o silêncio. As violências psicológica, física, sexual impactaram a saúde mental das mulheres, assim como o desemprego e o emprego informal, caracterizando uma feminização da pobreza (Zanello, 2016), evidenciados pelas participantes. As mulheres mais pobres vivenciaram cotidianos violentos, de abuso, de maus-tratos e de negligência, bem como mais abusos físicos, emocionais e sexuais na infância e na vida adulta.

Os tipos de violências relacionados foram a Psicológica (64%), a Física (15%), a Moral (13%), a Sexual (7%) e a Patrimonial (1%), na ordem de incidência. A violência apareceu com frequência elevada, cometida por pessoas de convivência afetiva, como o parceiro, membros da família de origem ou outros, como conhecidos. Todas as nove mulheres, sofreram violências praticadas pelos parceiros.

A depressão surgiu como signo desse somatório de realidades vividas, vividas como impotência. Ficou evidente o uso de silêncio como estratégico, para manejo dos conflitos nas relações, o que potencializou a implosão e o adoecimento psíquico destas mulheres (Garcia, 1995; Chesler, 2005; Zanello, 2016).

Faz-se mister destacar a necessidade de se levar o gênero em consideração, tanto na escuta das mulheres deprimidas, quanto em planos de intervenção em saúde mental, para que não haja um processo de psicologização ou de psiquiatrização de seu sofrimento. Assim, que se tenha abertura para outras formas de empoderamento e redistribuição libidinal, na qual seja possível a construção de um mundo vivido também partilhado e investido em relações extra-círculo íntimo e em projetos nos quais as mulheres possam experimentar um protagonismo.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Filho, N., Lessa, I., Magalhães L., Araújo M. J., Aquino E., James S. A., Kawachi, I. (2004). Social inequality and depressive disorders in Bahia, Brazil: interactions of gender, ethnicity and social class. *Social Science & Medicine*, 59:1339-53. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15246165>
- Andrade, L. H. S.G, Viana, M.C., & Silveira, C. M. (2011). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos da mulher. *Mental*, vol. 9, nº 17, Barbacena, dez. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832006000200003
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Recuperado de 1 maio, 2015, de [http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20\(pdf\)%20\(rev\).pdf](http://www.redeblh.fiocruz.br/media/livrodigital%20(pdf)%20(rev).pdf)
- Bardin, I. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições Setenta.
- Beck, A.T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Hopelessness Scale*. Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Berrios, G. E. (2012). Melancolia e depressão durante o século XIX: uma história conceitual. *Historia da psicopatologia. Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, vol.15, nº 3, São Paulo Sept. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-47142012000300011&script=sci_arttext
- Butler, J. (2004). Actos performativos y constitución del género: um ensayo sobre fenomenologia y teoria feminista. In: “Performative Acts and Gender Constitution, An Essay in Phenomenology and Feminist Theory”, publicado em *The Performance Studies Reader*, Henry Bial (ed.), Routledge: Londres e Nova Iorque, pp. 154 -166.
- Campos, I., & Zanello, V. (no prelo). *Sofrimento psíquico e gênero: narrativas de mulheres atendidas em um centro de atenção psicossocial (CAPS II)*. (Brasil)

- Cavalcante, A. C. & Silva, R. M. (2011). Experiências psíquicas de mulheres frequentadoras da rede pública de saúde em Teresina (PI), Brasil. *Ciência & saúde coletiva*, vol.16, nº 4, Rio de Janeiro, Apr. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000400020>
- Chesler, P. (2005). *Women and Madness*. New York. Palgrave Macmillan.
- Cordás, T. A.(2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Coser, O. Depressão: Clínica, Crítica e Ética. (2003). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. Recuperado de http://static.scielo.org/scielobooks/6gsm7/pdf/coser-97885_7541_2558.pdf
- Cutler, S.E.; Nolen-Hoeksema, S.(1991). Accounting for sex differences in depression through female victimization: childhood sexual abuse. *Sex Roles*. 24:425-38.
- Dantas, G. C. S., & Zanello, V. (no prelo). Depressão, Mulheres e Gênero: análise da produção brasileira. (Brasil)
- Del Priore, M. (2009). *Ao sul do corpo: condição feminina, maternidade e mentalidades no Brasil Colônia*. São Paulo: Editora UNESP. 2ª edição. 1ª reimpressão.
- Diniz, G. R. S., & Pondaag, M.C.M. P. (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. In Almeida, A. M.O, Santos, M. F. S., Diniz, G. R. S., & Trindade, A. A (Orgs.). *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em representações sociais* (pp.233-259). Fundação Universidade de Brasília. Brasília: Editora UnB.
- Foucault, M. (1999). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1977.
- Friedan, B. (1971/1963). *Mística feminina*. Rio de Janeiro: Editora vozes.

- Garcia, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa. Um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Campo Grande: Editora Rosa dos tempos.
- Gastal, F. L., Leite, S. O., Treptow, E.C., Marini, S. S., Noal, M. V., Binz, M. A. R., & Amaral, M. T. (2006). Doença mental, mulheres e transformação social: um perfil evolutivo institucional de 1931 a 2000 – RS. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, vol. 28 n° 3 Porto Alegre Sept./Dec. Recuperado de [http:// www.scielo.br/scielo .php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082006000300004)
- Grant, B. F., & Weisman, M. M. (2008). *Gênero e Prevalência de Transtornos Psiquiátricos*. In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, P. J., Regier, D. A. (Orgs), pp. 28-44.
- Justo, L. P.& Calil, H. M. (2006). Depressão – o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de psiquiatria clínica, volume 33, número 2*. Edição Especial: Saúde da Mulher - Parte I. Recuperado de [http://www.hcnet. usp.br /ipq/ revista/vol33/n2/74.html](http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n2/74.html)
- Kleiman, A., & Good, B. (1995). *Culture and depression : Studies in the Anthropology and Cross-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Vol. 16 de Culture and Depression Series University of California Press.
- Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Managua. Puntos de encuentro. [1ª ed.].
- Ludermir, A. B. (2008). Desigualdades de classes, gênero e saúde mental. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 18 [3], Rio de Janeiro, pp. 451-467. Recuperado de [http://www . scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf](http://www.scielo.br/pdf/physis/v18n3/v18n3a05.pdf)
- Lima, M. S.de. (1999). Epidemiologia e impacto social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (Supl. 1), 01-05. Recuperado de <http://www.scielo.br/scielo.php?script>

- =sci_ arttext&pid =S1516-4446199 900050 0 0 2&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S1516-444619 990005 000 02.
- Navarro-Swain, T. (2012). A construção das mulheres ou a renovação do patriarcado. *Labrys Estudos Feministas. Revista Virtual da UnB*. Recuperado de 2014, de <http://www.tanianavarroswain.com.br/brasil/renovacao%20patriarcado.htm>
- Oliveira, E. N. (2000). *Saúde mental e mulheres. Sobrevivência, sofrimento e dependência química lícita*. Ceará: Editora UVA.
- Organização Mundial de Saúde – OMS. (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- Perrot, M. (2012). *Minha historia de mulheres*. São Paulo: Contexto.
- Phillips D. A., & First, M. B. Introdução. (2008). In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, R. J., Regier, D. A. (Org.). *Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para DSM V*. São Paulo: Roca, p.2
- Rivera, T. (2012). Entre dor e deleite. Luto e Melancolia. Resenha de Freud, Sigmund. *Novos estudos CEBRAP, nº 94*, São Paulo, nov. Recuperado em 1 maio, 2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-33002012000300016&script=sci_arttext
- Rodrigues, M. J. S. F.(2000). O diagnóstico da depressão. *Psicologia USP, vol.11, n.1* São Paulo. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-6564200000100010&script=sci_arttext
- Scott, J. (1990). *Gênero: Uma Categoria Útil Para Análise Histórica*. New York, Columbia University Press. 1989.
- Shear, K., Halmi, K. A., Widiger, T. A., & Boyce, C. (2007). Sociocultural factors and gender. In Narrow, W. E., First, M. B, Sirovatka, P. J., & Regier, D. A.(Orgs). *Age and*

- gender considerations in psychiatric diagnosis: A research agenda for DSM-V*. APA, pp. 65-79.
- Soihet, R. (1989). *Condição feminina e formas de violência: mulheres pobres e ordem urbana, 1820-1920*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Sonenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S., & Altenfelder, L.M. (1995). A evolução histórica do conceito da depressão. *Revista ABP-APAL*, 17(1):29-40, jan-mar.
- Sougey, E. (1992). Aspectos transculturais das depressões. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria. Maio*, vol. 41, nº 4, 177-182.
- Traverso-Yépez, M. Medeiros, L. F. de (2004). Tremendo diante da vida: um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações v. 9 n.18* São Paulo dez. Recuperado de www.smarcos.br/interacoes
- Villano, L. A. B. & Nanhay, A. L. G. (2011). Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Revista Hupe*, vol. 10, N.2. Recuperado de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=110
- Weiss, E.L.; Longhurst, J.G.; Mazure, C. (1999). Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. *The American Journal of Psychiatry*, 156: 816-28.
- Welzer-Lang, D. (2001). A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Estudos feministas 2/2001*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/ref/v9n2/8635.pdf> >.
- Wisner, K. L. & Dolan-Sewell. (2008). Por que o gênero importa. In: Narrow W. E, First, M. B; Sirovatka, R. J., Regier, D. A. (Orgs). *Gênero e idade: considerações no diagnóstico psiquiátrico. Agenda de pesquisa para DSM V*. São Paulo: Roca, p.2.

- World Health Organization - WHO. (2009). *The World Health Report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2009/en/>
- World Health Organization - WHO (2012). *Depression. A global public health concern*. World Mental Health Day, October 10 2012. World Federation for Mental Health. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf?ua=1
- World Health Organization- WHO. (2014). *Mental Health Atlas*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/en/
- World Health Organization – WHO. (2015). *Depression*. Media centre. Fact sheet nº369. October 2015. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Zanello, V. (2010). Mulheres e Loucura: questões para a psicologia clínica. In Stevens, C. Brasil, K. Almeida, T & Zanello, V. (Orgs). *Gênero e Feminismos. Convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-20.
- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura. *Labrys, Estudos femininos*, v. 20-21. Recuperado de <http://www.tanianavarrosain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>
- Zanello, V. (2014a). A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada na epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanello, V. & Andrade, A.P.M. (Orgs). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, p. 41-58.
- Zanello, V. (2014b). Saúde mental, mulheres e conjugalidade. In: Stevens, C.; Oliveira, S.; Zanello, V. (Org.). *Estudos feministas e de gênero: perspectivas e articulações*. Florianópolis: Mulheres, pp.108-118.

- Zanello, V. (2016). Saúde Mental, gênero e dispositivos. In: Dimenstein, M. (Org). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais*. São Paulo: Intermeios Cultural.
- Zanello, V., Fiuza, G., & Costa, H. S. (2015). Saúde mental e gênero: facetas gendradas do sofrimento psíquico. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 27 - n.3, p. 238-246. <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0292/1483>
- Zanello, V., & Martins, F. (2010). O reencontro da clínica com a metáfora. *Psicologia em Estudo, Maringá*, v. 15, n.1, p.189-196, jan-mar. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n1/a20v15n1>
- Zanello, V., & Silva, R. M. C (2012). Saúde mental, gênero e violência estrutural. *Revista Bioética*, v. 20(2). Recuperado de http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/745

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo desse trabalho foi pensar a depressão em mulheres a partir dos estudos de gênero. A depressão continua a suscitar reflexões e exige ampliar a compreensão sobre o determinismo biológico, para além de aspectos sociais e históricos e incluir os aspectos culturais, a constituição dos sujeitos, as relações de gênero e suas implicações na saúde mental, na formação do sintoma e no impacto epidemiológico. As abordagens que consideram os fatores sócio-históricos buscam a compreensão do discurso, da subjetividade e das condições existenciais, sob a ótica da depressão, como produto da cultura (Foucault, 1975; Santos, 2009; Zanello & Bukowitz, 2011).

Nesse trabalho, considerou-se a perspectiva histórica, social e cultural. A perspectiva de gênero foi abordada como questão importante para a saúde mental na atualidade. Para tanto, o estudo do artigo 1 objetivou investigar se e como as produções acadêmicas brasileiras tem estudado o tema. Procedeu-se ao mapeamento da produção bibliográfica brasileira sobre depressão pelo viés de gênero, por meio de uma Revisão Sistemática da Literatura.

O levantamento das produções acadêmicas foi realizado em duas plataformas virtuais científicas latino-americanas, SciELO e LILACS. O período pesquisado foi entre os anos de 2000 à 2014, isto é, o período compreendido dos últimos 14 anos. Foram levantados 3.817 resumos, que foram classificados pelas temáticas dominantes. Após seleção conforme os critérios de inclusão e exclusão, somente 15 artigos foram selecionados e foram analisados comparativamente. Destes, apenas cinco realizaram efetivamente uma abordagem de gênero com teorias mais contemporâneas (da terceira onda do feminismo).

Apesar de um quantitativo elevado de trabalhos científicos sobre o tema depressão e gênero encontrados, a maior parte dos estudos compreende a depressão sob um enfoque secundário (44%), ou seja, como um sintoma ou patologia: 1) decorrente de "doenças clínicas" (30%); 2) relacionadas a "especificidades do corpo feminino", aos fatores reprodutivos (15%). Também houve grande número de estudos correlacionando a depressão com outros fatores (27%); 3) associação a "outros transtornos mentais", tal como o uso de álcool e outras drogas (14%); 4) relacionada ao trabalho de cuidados prestados a outras pessoas ou ligados a alguma "profissão" específica (10%) e 5) relacionada à "violência", sobretudo a física (3%). Outros trabalhos foram: 6) "tratamento" da depressão e de outros transtornos (9%); 7) "validação de instrumentos" para identificação e mensuração de transtornos mentais em geral (4%); 8) "*prevalência*" (11%); e 9) "*gênero e saúde mental*" (4%).

Na análise dos 15 artigos, a maioria foi proveniente da plataforma LILACS, produzidos em sua maioria por paulistas, pelas áreas de saúde, sem predominância de um campo de conhecimento. Foi apontada uma maior interesse das mulheres em pesquisar o tema, pela predominância de pesquisadoras na abordagem de gênero e depressão. Todos os artigos buscaram compreender a depressão em mulheres, porém a nomenclatura da depressão variou consideravelmente como sintoma, síndrome, perturbação físico-moral, transtorno ou doença ou de denominadas de duas ou mais formas em um mesmo trabalho. A fase adulta pesquisada foram variáveis, dificultando a comparação dos resultados.

Com relação às teorias de gênero, também não foi identificada uma predominância entre as abordagens, cinco artigos foram classificados como de primeira onda, cinco de segunda onda e cinco de terceira onda. Os artigos de primeira onda somente dividiram homens e mulheres de acordo com o sexo biológico, os artigos de

segunda onda, consideraram os diferentes papéis sociais influenciando a depressão e os de terceira onda, levaram em consideração as interseccionalidades como gênero, raça, classe social, contexto sócio-histórico-cultural e que mais contribuíram na compreensão da depressão.

Esses artigos apontaram na depressão em mulheres, a influência vivências de perdas e privações, história de educação para o silêncio além de precariedade de suporte social (Carvalho & Coelho, 2005), baixa escolaridade, baixa empregabilidade e mobilidade social (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012), restrições econômicas (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008), investimento pessoal na maternidade e no casamento, associado a dilemas e ambivalências (Carvalho & Coelho, 2005), além de situações de violência, sexual e doméstica (Carvalho & Coelho, 2005; Martin, Quirino & Mari, 2007; Gonçalves & Machado, 2008) e de medicalização das aflições do cotidiano (Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli, 2012).

Além desses, outros resultados como modificações das relações interpessoais e da auto-imagem na maturidade, bem como limitações de projetos (Carvalho & Coelho, 2006) e sentimentos de autodepreciação e de fracasso, impactando a saúde mental das mulheres. Os poucos estudos encontrados buscaram analisar a abrangência das interações e das desigualdades de gênero, a invisibilização das opressões socioculturais, as influências sócio-históricas sobre o sofrimento e o adoecimento da depressão.

Concluiu-se que poucas pesquisas qualitativas têm sido feitas escutando as mulheres deprimidas, sob a perspectiva de gênero. A pesquisa realizada no artigo 1, também apontou para a quase inexistência de questionamentos conceituais, bem como reflexões teóricas e epistemológicas relativas ao tema saúde mental e depressão em mulheres. Foi identificada uma pobreza na reflexão teórica e epistemológica no uso do

termo “depressão”. Não houve predominância de teorias de depressão entre os 15 artigos pesquisados, que se dividiram em abordagens de cunho biomédico, psicossocial ou de cunho sócio-histórico-cultural. Os termos “*saúde mental*” e “*mulheres*”, na maioria das publicações acessadas foram estudados relacionados a alguma situação, comorbidade ou atividade e não houve a problematização da nomenclatura, de categorias e critérios do DSM/CID segundo os quais se amparavam algumas discussões.

Levando em consideração o diagnóstico de escassez da produção sobre o assunto, realizado no primeiro artigo, foi delineado o segundo artigo, cuja proposta foi fazer um estudo qualitativo com mulheres diagnosticadas com depressão. O objetivo do artigo 2 foi o de escutar as mulheres deprimidas e analisar suas falas pelo viés de gênero. Foram ouvidas nove mulheres, atendidas em um serviço de saúde público e outro particular.

As entrevistas foram gravadas, transcritas, e submetidas a uma análise de conteúdo. Foram identificadas quatro categorias: “vivências relacionais do círculo-íntimo”, “vivências de depressão”, “perspectivas de futuro” e “vivências relacionais extra círculo-íntimo”. A partir destas categorias, foram problematizadas as vivências trazidas por estas mulheres e sua relação com a constituição subjetiva, em uma perspectiva de gênero.

Como resultado, em primeiro lugar, foi evidenciado um hiperinvestimento na esfera pessoal e doméstica por parte destas mulheres, em detrimento de outras relações fora do contexto familiar. Constatou-se uma grande diferença de investimento pulsional no campo da vida íntima e familiar e pouco investimento em relações externas a estes vínculos ou institucionais. As vivências das mulheres captadas pelas entrevistas apontaram o Dispositivo Amoroso e o Dispositivo Materno como constitutivo (Zanello, 2016). Na esfera pessoal, as mulheres

privilegiaram as relações amorosas, isto é, os parceiros, em detrimento de outras vivências e até de si mesmas, seguidas pelas relações maternas.

Dentre a vida íntima, sobressaiu-se a vida amorosa das mulheres, marcadas por uma grande diferença de investimento/renúncia e aquilo que elas sentem receber. Ou seja, há uma dissimetria (Zanello, 2016). Além disso, a família de origem e a originada não se mostraram nutridoras emocionais para estas mulheres. Pelo contrário, a frequência com que as diversas violências foram relatadas neste âmbito foi enorme.

Além disso, o silêncio e o segredo apareceram como estratégia de sobrevivência destas mulheres, estratégia esta relacionada à implosão psíquica, ou seja, à depressão (Garcia, 1995). Apesar disso, muitas mulheres persistiram no investimento amoroso em suas expectativas futuras. Ou seja, apesar do sofrimento não houve "descolonização afetiva" (Zanello, 2016) do dispositivo amoroso. O dispositivo amoroso se mostrou como o fator mais presente nos relatos destas mulheres e a principal área de investimento pulsional no presente.

O dispositivo materno também apareceu, mas em menor proporção. A domesticidade e o cuidado com os outros foi um tema recorrente na fala das mulheres. Isto vai ao encontro das ideias de Zanello e Bukowitz (2011) para quem os papéis construídos culturalmente influenciam a experiência subjetiva do sujeito, suas expectativas e vivências, bem como impactam também a experiência do sofrimento psíquico e a sua compreensão.

Além da não-reciprocidade, as vivências foram marcadas por uma alta incidência de violências, sobretudo a psicológica. As violências foram vivenciadas tanto no passado como no presente.

Também acompanharam a depressão das mulheres participantes, conteúdos de culpa, sensação de loucura, ou seja, vivências de situações-limites. O sentimento de solidão também foi recorrente, bem como uma ênfase em experiências desfavoráveis vivenciadas no passado e poucos planos para o futuro. Os achados dos cinco trabalhos da revisão sistemática de literatura do artigo 1, foram semelhantes aos resultados de escuta das mulheres em depressão, da pesquisa do artigo 2.

Ficou evidenciado o quanto os valores de gênero se fazem presentes na constituição dos fatores subjetivos implicados no sofrimento psíquico destas mulheres, não apenas no modo como expressam seu sofrimento, mas na própria maneira em que os caminhos privilegiados de tornar-se “mulher” podem se constituir em fator de risco. Destaca-se, a partir dos achados, a importância de uma escuta de gênero na clínica com estas mulheres, bem como a necessidade de se levar em conta esta perspectiva nos projetos de intervenção.

REFERÊNCIAS¹

- Butler, J. (2004). Actos performativos y constitución del género: um ensayo sobre fenomenologia y teoria feminista. In: “Performative Acts and Gender Constitution, An Essay in Phenomenology and Feminist Theory”, publicado em *The Performance Studies Reader*, Henry Bial (ed.), Routledge: Londres e Nova Iorque, pp. 154 -166.
- Cordás, T. A. (2002). *Depressão: da bile negra aos neurotransmissores. Uma introdução histórica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Foucault, M. (1975). *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Garcia, C. C. (1995). *Ovelhas na névoa. Um estudo sobre as mulheres e a loucura*. Campo Grande: Editora Rosa dos tempos.
- Navarro-Swain, T. (2002). As teorias da Carne: corpos sexados, identidades nômades. *Labrys Estudos Feministas. Revista Virtual da UnB*. Recuperado de <http://www.tanianavarroswain.com.br/brasil/anahita3.htm>
- Nicholson, L. (1999). *Interpretando o gênero. The play of reason from the modern to the postmodern*. 53-76. Cornell University.
- Organização Mundial de Saúde – OMS (2001). *Relatório Mundial da Saúde. Saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- Organização Mundial da Saúde – OMS. (2011). *Mulheres e Saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã*. Recuperado de http://www.who.int/ageing/mulheres_saude.pdf
- Rago, M. (1998). Descobrimo historicamente o gênero. Recuperado em 24 de junho, 2015 de <http://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8634465>

¹ Estas referências dizem respeito às seções Introdução e Considerações finais da dissertação.

- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4), 1177-1182. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000400023>
- Scott, J. W. (1989). *Gênero: uma categoria útil de análise histórica*. New York, Columbia University Press. 1989.
- Sonenreich, C., Estevão, G., Friedrich, S., & Altenfelder, L.M. (1995). A evolução histórica do conceito da depressão. *Rev. ABP-APAL*;17(1):29-40, jan.-mar.
- Villano, L. A. B., & Nanhay, A. L. G. (2011). Depressão: epidemiologia e abordagem em cuidados primários de saúde. *Revista Hupe*. Vol.10. N.2. Recuperado de 1 maio, 2015 de http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=110
- Zanello, V. (2010). Mulheres e Loucura: questões para a psicologia clínica. In Stevens, C. Brasil, K. Almeida, T & Zanello, V. (Orgs). *Gênero e Feminismos. Convergências (in)disciplinares*. Brasília: ExLibris, p. 307-20.
- Zanello, V., & Bukowitz, B. (2011). Loucura e cultura. *Labrys, Estudos femininos*, v. 20-21. Recuperado em 09 fevereiro, 2014 de <http://www.tanianavarrosvain.com.br/labrys/labrys20/bresil/valeska.htm>
- Zanello, V. (2014). A saúde mental sob o viés de gênero: uma releitura gendrada na epidemiologia, da semiologia e da interpretação diagnóstica. In: Zanelo, V. & Andrade, A.P.M.(Orgs). *Saúde Mental e Gênero – Diálogos, Práticas e Interdisciplinaridade*. Curitiba: Appris, 2014, p. 41-58.
- Zanello, V. (2016). Saúde Mental, gênero e dispositivos. In: Dimenstein, M. (Org). *Condições de vida e saúde mental em assentamentos rurais*. São Paulo: Intermeios Cultural.

ANEXOS

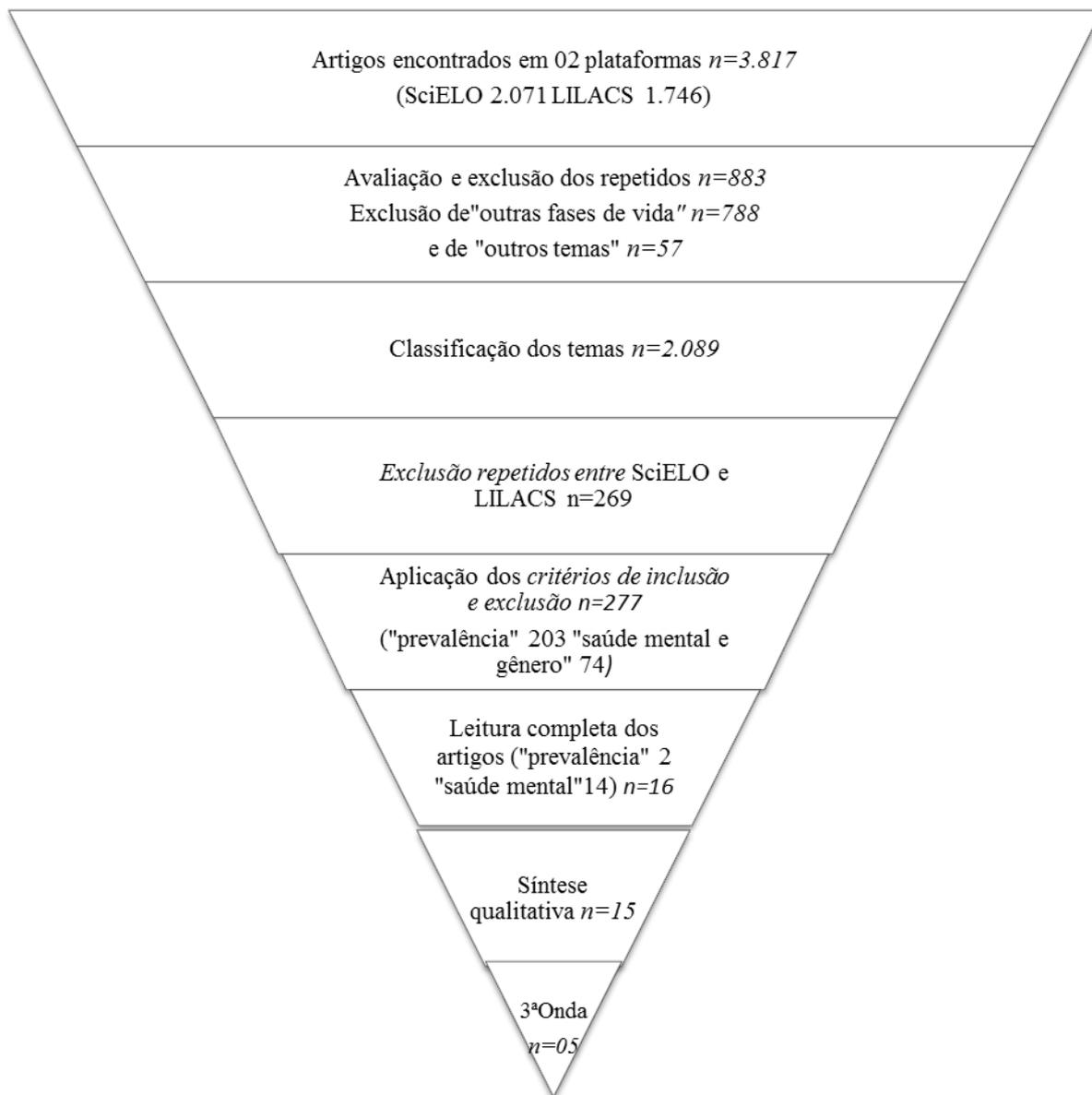


Figura 2. Estratégia de seleção de artigos

Tabela 1. Classificação dos resumos por temas

<i>Nº</i>	<i>Temas</i>	<i>fi</i>	<i>fr (%)</i>
1)	<u>Doenças Clínicas</u> (HIV, Fibromialgia, Câncer de Mama, Alterações Orofaciais, Câncer Geral, Transtorno do Sono, Outras Doenças)	538	30
2)	<u>Fases Reprodutivas</u> (Pós-parto, Climatério e Menopausa, Gravidez e Gestação, Sexualidade, Maternidade, Pré-Menstruais, Aborto, Infertilidade)	274	15
3)	<u>Outros Transtornos Mentais</u> (Transtornos Alimentares, Dependência Química, Suicídio, Transtorno Bipolar, Tabagismo, Outros Transtornos Mentais)	253	14
4)	<u>Ocupação</u> (Universitários de Vários Cursos, Profissionais, Cuidadores)	183	10
5)	<u>Violência</u>	58	3
6)	<u>Tratamento</u> (Medicação, Psicoterapia, Atividade Física, etc)	159	9
7)	<u>Validação de instrumentos</u> (Escala de Atitudes Disfuncionais-DAT, Índice de Saúde Mental-ISM-5, Inventário de Saúde Mental-MHI, etc)	78	4
8)	<u>Prevalência</u>	203	11
9)	<u>Saúde Mental e Gênero</u>	74	4
	Total	1.820	100

Tabela 2. Análise dos artigos

Autores	Plataforma	Ano	Região	Instituição	Faixa Etária	Sexo do/a Pesquisador/a	Sexo Participantes
Canazaro & Argimon (2010)	LILACS	2010	RS	PUCRS	18-61	Mulheres	Mulheres
Machado, Oliveira & Delgado (2013)	LILACS Express	2013	MG	UFSJ UEMG	10-70	Misto	Misto
Justo & Calil (2006)	SciELO LILACS	2006	SP	UNIFESP	Adolescência Adulta Idosa	Misto	Misto
Dantas, Koplín, Mayer, Oliveira & Hidalgo (2011)	LILACS	2011	RS	UFRGS	42,5-56,6	Misto	Mulheres
Cade & Prates (2001)	SciELO LILACS	2001	SP	USP	27-56	Misto	Mulheres
Drummond (2010)	LILACS	2010	MG	EBP AMP	Adulta	Mulher	Mulheres
Farias (2012)	LILACS	2012	BA	UFB	Adulta	Mulher	Mulher
Morihisa & Scivoletto (2001)	LILACS	2001	SP	USP FMUSP	Adolesc. Adulta Idosa	Misto	Mulher
Veras & Nardi (2008)	LILACS	2008	RJ	UFRJ	Adolesc. Adulta Idosa	Homens	Mulher
Duailibi, Silva & Modesto (2013)	LILACS Express	2013	SP	UNISA	Adolesc. Adulta Idosa	Misto	Misto
Carvalho & Coelho (2005)	SciELO LILACS	2005	DF	UNB	40-60	Mulheres	Mulheres
Carvalho & Coelho (2006)	SciELO LILACS	2006	DF	UNB	40-60	Mulheres	Mulheres
Martin, Quirino & Mari (2007)	SciELO LILACS	2007	SP	UNISANTOS UNIFESP	20-57	Misto	Mulheres
Gonçales & Machado (2008)	SciELO LILACS	2007	SP	USP	21-47	Mulheres	Mulheres
Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli (2012)	SciELO LILACS	2012	SP	UNISANTOS	30-81	Misto	Mulheres

Tabela 3. Análise dos Artigos por Categorias

Subtemas	Autores	Área do Pesquisador/a	Teoria de Depressão	Teoria de Gênero	Nomenclatura	Metodologia	
Subtema 1: Perfil/ Prevalência	Canazaro & Argimon (2010)	Psicologia	Psicologia	2ª Onda	Sintoma Doença	Quanti	
	Machado, Oliveira & Delgado (2013)	Psiquiatria	Psiquiátrica	2ª Onda	Transtorno Sinais Sintomas	Quanti	
Subtema 2: Comp.	Justo & Calil (2006)	Psiquiatria	Psiquiátrica	2ª Onda	Sintomas Transtorno	Quali	
Subtema 3: Diagnóstico	Dantas, Koplín, Mayer, Oliveira & Hidalgo (2011)	Medicina	Psiquiátrica	1ª Onda	Sintomas	Quanti	
Subtema 4: Intervenção	Cade & Prates (2001)	Psicologia	Cognitiva-Comportamental	1ª Onda	Sintoma	Misto	
Subtema 5: Causas	c) Psicológica	Drummond (2010)	Psicologia	Psicanalítica	1ª Onda	Doença Sintoma Queixa	Quali
		Farias (2012)	Psicologia	Psicanalítica	1ª Onda	Melancolia Sintomas	Quali
	b) Orgânica	Morihisa & Scivoletto (2001)	Psiquiatria	Psiquiátrica	2ª Onda	Sintoma, síndrome e doença	Quali
		Veras & Nardi (2008)	Psiquiatria	Psiquiátrica	2ª Onda	Transtorno Sintomas Queixas	Quali
	c) Sociocultural	Duailibi, Silva & Modesto (2013)	Psiquiatria	Psiquiátrica	1ª Onda	Síndrome Sintoma	Quali
		Carvalho & Coelho (2005)	Psicologia	Sociocultural	3ª Onda	Sintomas Queixa	Misto
		Carvalho & Coelho (2006)	Psicologia	Sociocultural	3ª Onda	Sintomas Queixa	Misto
		Martin, Quirino & Mari (2007)	Saúde Coletiva	Sociocultural	3ª Onda	Perturbação físico-moral	Quali
		Gonçales & Machado (2008)	Enfermagem	Sociocultural	3ª Onda	Doença Transtorno	Quali
		Martin, Cacozi, Macedo & Andreoli (2012)	Saúde Coletiva	Sociocultural	3ª Onda	Doença Sintomas Sinais Transtorno	Quali

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Depressão

e Gênero

Pesquisador Responsável: Gisele Cristine da

Silva Dantas

Área
Temática:

Versão: 2

CAAE:

47775615.9.0000.5540

Submetido em:

17/08/2015

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia -UNB

Situação da Versão do Projeto:

Aprovado

Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável

Patrocinador Principal:	Financiamento Próprio
-------------------------	-----------------------

Comprovante de
Recepção:

PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_526

LISTA DE PESQUISADORES DO PROJETO

CPF/Documento	Nome	N.tribuição	A.tribuição	E-mail	Currículo	Tipo de Análise	ção
971-87	Valeska Maria Zanello de Loyola	635.117.	Equipe do Projeto	valeskazanello@uol.com.br	<input type="checkbox"/> ates <input checked="" type="checkbox"/> V	PROPONENTE	
891-09	Naiara Windmoller	009.250.	Assistente da Pesquisa, Equipe do Projeto	naiarapsicologia@gmail.com	<input type="checkbox"/> ates <input checked="" type="checkbox"/> V	PROPONENTE	
501-91	Gisele Cristine da Silva Dantas	573.175.	Contato Científico, Contato Público, Pesquisador principal	dantaskg@hotmail.com	<input type="checkbox"/> ates <input checked="" type="checkbox"/> V	PROPONENTE	

Roteiro De Pesquisa

Orientação Verbal

Prezado (a):

Esta pesquisa faz parte de um estudo de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado) e tem por finalidade investigar aspectos pessoais, familiares e de atividades ocupacionais.

Gostaria de ressaltar que a participação nesse estudo é voluntária e, se você decidir não participar ou quiser desistir de continuar em qualquer momento, tem absoluta liberdade de fazê-lo.

Serão omitidas todas as informações que permitam identificá-lo (a).

Na divulgação dos resultados desta pesquisa, sua identidade será mantida no mais rigoroso sigilo.

Participando da pesquisa, você contribuirá para a compreensão do fenômeno estudado e para a produção de conhecimento científico.

Data: / /

Entrevista semiestruturada

1. Conte-me um pouco de você, da sua vida, da sua história (de forma livre).
2. Como é o seu dia-a-dia? (atual) / Como está a sua vida atual? (*presente*)
3. Desde quando foi identificada a depressão? Onde, como? (investigar como a/o pessoa vivenciou isto)
4. O que é depressão para você?/ O que significa estar deprimida/o para você?
5. Existem planos para o futuro? Quais? (*futuro*)
6. Existem situações que melhoram ou pioram a depressão?

Instrumento

1. **Identificação por Iniciais ou nome fictício:** _____
2. **Como você se identifica em relação ao sexo ou identidade de gênero (um ou mais):** () Mulher () Homem () Mulher Trans () Homem Trans () Intersexo () Não sei () Outro. Por favor, especifique:
3. **Como você se identifica em relação à orientação sexual:** () Bissexual () Lésbica () Gay () Heterossexual () Não sei. () Outro. Por favor, especifique: _____

4. **Como você se identifica em relação à raça/etnia:** () Branca () Amarela () Indígena () Parda () Preta () Outra. Por favor, especifique: _____
5. **Data de Nascimento:** ____/____/____
6. **Naturalidade:**_____ **Migração:** _____
7. **Escolaridade:** () sabe ler () sabe escrever () fundamental () médio
() superior/área de graduação _____
8. **Estado civil:** () solteiro/a () casado/a () união estável () separado/a
() divorciado/a () viúvo/a () outro
9. **Filhos/as :** () 0 () 1 () 2 () 3 () outros ____ Idades dos filhos (as) _____
10. **Ocupação:** Atual _____ Tempo de atuação _____ ANOS _____
MESES Anteriores _____ Tempo de atuação _____ ANOS _____ MESES
Condições (tipos de vínculos empregatícios): _____
11. **Renda:** Renda média _____ Renda média familiar _____
12. **Moradia:** Reside com quem? _____
Possui casa própria? _____
Condições de moradia. A rua que mora é pavimentada _____
Tem água encanada _____ Esgoto _____
Eletricidade _____ Meio de locomoção mais comum _____
13. **Acesso ao serviço médico:**
Tempo _____
Medicação _____
Diagnóstico _____
14. **Outras redes de apoio:**
Local _____
Tempo _____
Psicoterapia () Sim () Não Quais _____ Tempo _____
Grupo de ajuda e/ou social () Sim () Não Tempo _____
Religião e/ou religiosidade e/ou filosofia de vida: _____
Outras informações: _____