

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

**GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA: RISCO E PROTEÇÃO  
NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES**

Cristina Vianna Moreira dos Santos

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD.

Brasília  
Maio de 2012

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

**GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA: RISCO E PROTEÇÃO  
NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES**

Cristina Vianna Moreira dos Santos

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD.

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

Brasília  
Maio de 2012

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

**GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA: RISCO E PROTEÇÃO  
NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES**

**Cristina Vianna Moreira dos Santos**

Tese de Doutorado apresentada a seguinte Banca Examinadora:

**Presidente: Prof<sup>ª</sup>. Gláucia Ribeiro Starling Diniz, PhD**

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

**Membro Externo: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sandra Maria da Mata Azerêdo**

Departamento de Psicologia – Universidade Federal de Minas Gerais

**Membro Externo: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup>. Lenise Santana Borges**

Departamento de Psicologia - Pontifícia Universidade Católica de Goiás

**Membro Interno: Prof. Marcelo Tavares, PhD**

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

**Membro Interno: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Vera Lúcia Decnop Coelho**

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

**Membro Suplente: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Giardini Murta**

Departamento de Psicologia Clínica - Instituto de Psicologia - Universidade de Brasília

**Brasília  
Maio de 2012**

Com profundo amor e infinita admiração, dedico esta tese a minha mãe Mara Vianna e a meu pai Laudelino Moreira (in memoriam).

## AGRADECIMENTOS

Agradeço toda minha família, especialmente minha mãe Mara, por todo o afeto e pelo incentivo desde sempre à leitura e à escrita, meu pai Laudelino (in memoriam), meu irmão Rogério e minha irmã Helena, pelo apoio incansável e fé que depositaram nesta conquista.

Agradeço profundamente meu marido André Prado, por todo apoio e cumplicidade em nosso dia-a-dia, pelo afeto e amor incondicionais.

Agradeço o carinho e a parceria da minha orientadora Gláucia Diniz, por todo o caminho que traçamos juntas, nesta última década, desde o mestrado até o doutorado.

Agradeço sinceramente as participantes desta pesquisa-intervenção pelo afetuoso acolhimento e pela relevante contribuição para a realização deste trabalho.

Agradeço sempre a equipe colaboradora desta pesquisa-intervenção – Carolina Bogado, Claudia Alves, Cleuza Cardoso, Cristiane Neves, Luiza Moura, Maria José Moraes, Marina Alves, Mayk da Glória – por toda a amizade e cumplicidade ao longo desses anos.

Agradeço aos professores/as membros da banca examinadora da qualificação pelos olhares cuidadosos e sugestões valiosas. Agradeço aos professores/as membros da banca examinadora da defesa de tese – Sandra Azerêdo, Lenise Borges, Marcelo Tavares, Vera Coelho e Sheila Murta – pela disponibilidade e participação no momento mais importante de meu percurso profissional.

Agradeço afetosamente meus professores de graduação – Ágda Ferreira, Ana Raquel Torres, Helenides Mendonça, Ivana Oriente, Lucienne Borges, Pedro Humberto Campos, Sérgio de Araújo e Vera Morselli – e pós-graduação – Ângela Almeida, Gláucia Diniz, Ileno da Costa, Marcelo Tavares, Tânia Navarro-Swain, Tânia Rivera e Vera Coelho – que me incentivaram e inspiraram na trajetória da pesquisa social e da clínica psicológica.

Agradeço minhas amigas e amigos da Universidade de Brasília, especialmente do Programa

de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura – Ana Lúcia Martins, Elisa Alves, Isalena Carvalho, Roque Tadeu Gui, e do Núcleo de Estudos em Gênero e Psicologia Clínica – Fábio Angelim, Fabrício Guimarães, Luciana Santos, Luiz Henrique Aguiar e Miriam Pondaag, pelo encorajamento e profunda amizade de longos anos.

Agradeço minhas amigas da Universidade Paulista e do Centro de Psicologia Aplicada – Analice Arruda, Anna Oliveira, Cida Vieira, Elaine Miranda, Eliane Pelles, Inês Campos, Ionara Rabelo, Janaína Magalhães, Juliana Borges, Luciene Falcão, Luiza Medeiros, Patrícia Philadelpho e Renata Pegoraro pelo forte apoio e pela boa parceria no cotidiano.

Agradeço as amigas do Instituto de Desenvolvimento e Família, Analice Arruda, Laila Bernardes, Vanessa Vilela e Vera Morselli pelo prazer de compartilhar ideias e espaços.

Agradeço afetosamente minha família – Kátia, Cláudia, Anna Carolina, tia Nilza (in memoriam), tio Sérgio e família, Alzira e José Neto, Mariana e Raquel pela torcida e vibração positiva ao longo deste caminho.

Agradeço profundamente minhas amigas e amigos de infância, de adolescência e de hoje pela eterna amizade, pelo forte apoio e encorajamento, e pelas histórias compartilhadas, especialmente Ângela, Bruno, Carolina, Cristina, Juliany, Kamilly, Luciana, Luciene, Luiz, Natércia, Regina, Rejane, Rezende, Rozane, Sílvia, Thaís, Verônica e famílias.

Agradeço meus queridos amigos e professores Leila Miguel Fraga e André Arantes por tudo o que me inspiraram e ensinaram sobre ser professora.

Agradeço meus alunos e alunas, estagiários e estagiárias, pela torcida e pelo estímulo.

Agradeço meus amigos do infinito percurso Goiânia-Brasília, principalmente Alessandra, Fabrícia, Filomena, e também ao senhor Juventino pela ótima companhia e cumplicidade.

Agradeço a CAPES pelo apoio financeiro por meio de bolsa de doutorado.

Por fim, agradeço com todo meu carinho e afeto a minha terapeuta Mônica Café.

Ninguém compreende mesmo ninguém.  
Díficeis as pessoas, as coisas.  
Não quero ser compreendida.  
Quero ser amada.  
Quero que meu leitor seja meu parceiro e  
cúmplice no ato criador que é ansiedade e  
sofrimento, busca e celebração.

Lygia Fagundes Telles

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	11
<b>ABSTRACT</b> .....	12
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
Resgate da dimensão pessoal .....	13
Resgate do compromisso político .....	16
Apresentação da Tese de Doutorado .....	17
<b>ARTIGO I</b>	
<b>QUESTÕES DE GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA</b>	
Resumo .....	22
Abstract .....	22
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	23
Psicologia Clínica, crítica feminista e de gênero .....	23
Reflexões sobre corpo e gênero na Psicologia .....	30
Pesquisa e clínica feminista na saúde mental de mulheres .....	37
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	43
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	45
<b>ARTIGO II</b>	
<b>RISCO E PROTEÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES</b>	
Resumo .....	55
Abstract .....	55



1. INTRODUÇÃO .....	56
1.1. Prevenção e promoção da saúde mental: risco e proteção .....	57
1.2. Fatores de risco na saúde mental de mulheres .....	59
1.3. Gênero, pobreza e impacto na saúde mental .....	61
2. MÉTODO .....	64
2.1. Contexto da pesquisa-intervenção .....	64
2.2. Participantes .....	65
2.3. Instrumentos .....	65
2.4. Procedimentos .....	66
3. RESULTADOS .....	68
3.1. Características gerais das participantes .....	68
3.2. Eventos de vida negativos e positivos na história de vida das participantes .....	69
4. DISCUSSÃO .....	73
Fatores de risco e proteção na saúde mental de mulheres usuárias da atenção básica	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	78
REFERÊNCIAS .....	79

### **ARTIGO III**

#### **CONSIDERAÇÕES SOBRE UM CASO DE IDENTIFICAÇÃO DE RISCO DE SUICÍDIO ENTRE**

#### **MULHERES**

Resumo .....	85
Abstract .....	85
1. INTRODUÇÃO .....	86
1.1. Gênero e promoção da saúde mental .....	87
1.2. Risco de suicídio e diretrizes para intervenção .....	89

1.3. Avaliação psicológica em saúde mental .....	93
2. MÉTODO .....	95
2.1. Participante .....	96
2.2. Instrumentos .....	96
2.3. Procedimentos da primeira coleta .....	97
2.4. Procedimentos da segunda coleta .....	98
2.5. Intervenção em crise .....	98
3. RESULTADOS .....	99
3.1. Intervenção grupal .....	99
3.2. Avaliação psicológica .....	103
3.3. Entrevista clínica .....	108
4. DISCUSSÃO .....	112
O papel da avaliação psicológica na prevenção e intervenção	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	118
REFERÊNCIAS .....	119

## **ARTIGO IV**

### **REFLEXÕES SOBRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS**

Resumo .....	125
Abstract .....	125
1. INTRODUÇÃO .....	126
1.1. Breve contextualização das políticas de atenção a saúde mental de usuários/as .....	127
1.2. Uso de crack entre mulheres .....	129
1.3. Gênero na atenção à saúde mental .....	135

2. MÉTODO .....	137
2.1. Contexto da pesquisa-intervenção .....	137
2.2. Participantes .....	138
2.3. Instrumentos .....	138
2.4. Procedimentos .....	138
3. RESULTADOS .....	140
3.1. Características das participantes do grupo .....	140
3.2. Características de participantes usuárias de crack .....	143
4. DISCUSSÃO .....	146
Fatores de risco entre usuárias de drogas	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	153
REFERÊNCIAS .....	154
<b>DISCUSSÃO E CONCLUSÃO .....</b>	<b>160</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>172</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>187</b>
Anexo A: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas .....	188
Anexo B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido I .....	190
Anexo C: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido II .....	193
Anexo D: Questionário Demográfico .....	196

## **GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA: RISCO E PROTEÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES**

**Resumo.** A presente tese de doutorado discute dimensões da saúde mental de mulheres em uma perspectiva de gênero e feminista. O objetivo geral foi desenvolver uma pesquisa-intervenção na forma de atendimento grupal e investigar fatores de risco e de proteção, na saúde mental de mulheres adultas jovens e maduras, usuárias e funcionárias do serviço público de atenção básica a saúde e a saúde mental na região metropolitana de Goiânia-GO. A partir do desenvolvimento de grupos de conversação voltados para a promoção da saúde mental de mulheres, foram construídos três estudos em contextos de prevenção e tratamento. Apresentada em forma de artigos, esta tese se inicia com um artigo que discute o marco teórico-metodológico do trabalho, seguido de três artigos empíricos que correspondem aos estudos qualitativos e descritivos desenvolvidos no processo de pesquisa-intervenção. Os dados apontaram a presença de fatores de risco graves como depressão, ansiedade, experiências de violência doméstica e sexual, abuso ou dependência de álcool e outras drogas, comportamento e ideação suicida na vida de mulheres. Apontaram também a presença de fatores de proteção como casamento, trabalho, gravidez, rede de apoio familiar e social, e presença de religiosidade. A discussão dos três estudos pretendeu dar visibilidade a experiências no campo da saúde mental de mulheres, e problematizar sua condição clínica e psicossocial a partir de uma ótica de gênero e feminista. Esta tese almejou, portanto, debater dimensões da interação entre gênero-psicologia clínica-saúde mental como um tópico de relevância social e acadêmica. Visou também contribuir para o fortalecimento de serviços e políticas públicas voltadas para a promoção da saúde mental e dos direitos das mulheres.

**Palavras-chave:** questões de gênero; crítica feminista; psicologia clínica; fatores de risco e proteção; saúde mental de mulheres.

**GENDER AND CLINICAL PSYCHOLOGY:  
RISK AND PROTECTION IN WOMEN'S MENTAL HEALTH**

**Abstract.** This doctoral dissertation discusses dimensions of the mental health of women in a gender and feminist perspective. The general objective was to develop a research-intervention project using the format of women's groups and to investigate risk and protective factors in the mental health of young adult and mature women that were patients and staff of a public primary health and mental health service in the metropolitan area of Goiânia-GO. The development of conversation groups geared towards the promotion of women's mental health, served as the basis for the three studies that were constructed in a context of prevention and treatment. Presented in the format of articles, this dissertation begins with an article that discusses the theoretical and methodological perspective adopted in the work, followed by three empirical articles that correspond to the descriptive and qualitative studies developed in the process of the research-intervention. The data collected indicated the presence of risk factors such as depression, anxiety, experiences of domestic and sexual violence, abuse or dependence of alcohol and other drugs, suicidal ideation and behavior. It also identified protective factors such as marriage, work, pregnancy, family, religiosity and the presence of a social support network. The discussion of the three studies was constructed to give visibility to experiences in the field of women's mental health and to discuss their clinical and psychosocial condition from a gender and feminist perspective. This dissertation aimed, therefore, to discuss the interaction between gender-clinical psychology-mental health, perceived here as a topic of social and academic relevance. The intention was to contribute to the strengthening of services and public policies geared towards the promotion of women's mental health and women's rights.

**Keywords:** gender issues; feminist critique; clinical psychology; risk and protective factors; women's mental health.

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho discute condições de risco e proteção para a saúde mental de mulheres em uma perspectiva de gênero. Este é um trabalho sobre clínica e gênero de autoria feminista. A interação da clínica psicológica com a crítica feminista permite compreender o sofrimento psíquico e a experiência subjetiva das pessoas, neste trabalho especialmente das mulheres, mediada pelas relações desiguais entre os sexos/gêneros.

Para iniciar a conversa que envolve esta tese é preciso localizar meu lugar de fala e apresentar-me. Sou psicóloga clínica e social há 10 anos e sou feminista há mais de 20 anos. É a partir do diálogo entre esses campos que proponho reflexões e convido para este debate. No sentido de marcar este lugar de fala e localizar meu percurso, apresento brevemente minha participação em três congressos feministas. Em seguida, explico o formato e o conteúdo da tese de doutorado e justifico a relevância social e acadêmica deste trabalho sobre saúde mental de mulheres em uma ótica de gênero.

### **Resgate da dimensão pessoal**

Para orientar nossa conversa acerca do tema e da motivação desta tese, gostaria de começar lembrando três importantes congressos feministas e sobre mulheres que participei. O destaque é para o impacto desta participação em minha experiência profissional. Trata-se da: 1. Primeira participação em um congresso feminista; 2. Primeira apresentação de dissertação de mestrado em congresso feminista brasileiro; 3. Primeira apresentação de dissertação de mestrado em congresso feminista internacional.

O primeiro congresso ocorreu em maio de 1994, quando eu já militava no movimento estudantil e feminista. Foi o *III Congresso da União Brasileira de Mulheres – UBM*, sediado em Goiânia, realizado na Universidade Federal de Goiás. A UBM congrega mulheres para

lutar por mudanças nas condições de trabalho e cidadania, por um mundo de igualdade contra qualquer forma de opressão. Articulado regionalmente pelo Centro Popular da Mulher (CPM-GO), este congresso, entre outros que ocorreram na mesma época e liderado por diversos grupos, teve o objetivo de articular feministas que iriam para a China. Tratava-se de uma preparação para a *IV Conferência Mundial sobre as Mulheres*, também conhecida como Conferência de Beijing, realizada em setembro de 1995.

O Congresso da UBM marcou minha primeira participação em um congresso feminista e ampliou minha compreensão sobre o alcance e a importância de participar dessa discussão. Ao mesmo tempo o congresso tem importância histórica por se tratar de uma articulação para a maior e a mais influente de todas as conferências mundiais sobre a mulher no mundo – a Conferência de Beijing. Na conferência ficou firmado o compromisso de colocar as mulheres, independente da sua classe social, etnia, religião e orientação sexual no centro de esforços para alcançar sua igualdade plena na sociedade. Nesse sentido foi criada uma nova agenda de atuação voltada para a igualdade, a justiça social e os Direitos Humanos.

Nesta época entrei para a universidade. Cursei a graduação em Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Durante a graduação fiz iniciação científica por três anos em projetos ligados à linha de pesquisa *Processos Psicossociais* da área de Psicologia Social. No último ano cursei estágio supervisionado na área clínica, em Terapia Sistêmica de Casal e Família. Terminei a graduação e decidi seguir o mestrado na Universidade de Brasília. Meu projeto de mestrado estava ligado à linha de pesquisa *Questões de Gênero na Psicologia* da área de Psicologia Clínica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UnB. Defendi a dissertação *Climatério e Autovalorização: uma reflexão feminista*, sobre grupos de conversação na promoção da saúde mental de mulheres na menopausa usuárias da atenção básica a saúde (Vianna, 2005).

Uma parte do trabalho da dissertação de mestrado foi inscrito, aceito e debatido no grupo de trabalho sobre Gênero e Saúde no congresso *Enfoques Feministas e o Século XXI: Feminismo e Universidade na América Latina*. Trata-se do segundo congresso, promovido pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a Mulher – NEIM da Universidade Federal da Bahia ocorrido em dezembro de 2005, na cidade de Salvador. O congresso reuniu pesquisadores em torno de discussões sobre temas pouco tratados na produção teórica de mulheres da América Latina. Foi minha primeira apresentação da dissertação de mestrado em um congresso feminista brasileiro.

O terceiro congresso ocorreu em julho de 2008 e foi nesse evento que fiz minha primeira apresentação da dissertação em um congresso feminista internacional. O congresso *10th International Interdisciplinary Congress – Women's Worlds: equality is not a utopia/ Mundos de Mujeres: la igualdad no es una utopia*, realizado na Universidad Complutense Madrid, reuniu pesquisadoras de várias partes do mundo e de diversas áreas de conhecimento interessadas em debater questões mundiais que envolvem a vida das mulheres. Nesta oportunidade pude inscrever e apresentar meu trabalho na área de Ciências da Saúde. O destaque para esse evento se apóia na importância da visibilidade para trabalhos com mulheres em uma ótica de gênero no contexto brasileiro e da América Latina, e da interlocução com pesquisadoras de outros países.

Para minha surpresa, quando cheguei ao evento descobri na programação que seria moderadora da sessão. Durante a sessão foram três apresentações de pesquisas: da Suécia, da Escócia e a minha do Brasil. Com poucas apresentações, tivemos tempo para dialogar sobre os trabalhos e foi quando me perguntaram sobre os números relacionados ao grupo – a porcentagem de participantes que relatou melhora em seu estado emocional depois de sua participação no grupo. O enfoque do meu trabalho, até o momento, havia sido a intervenção grupal em uma perspectiva qualitativa. Aquele debate alimentava um desafio, pois ao mesmo



tempo a interlocução junto a meu núcleo de estudos apontava para a necessidade de discutir a saúde mental em números. Este foi um desafio que eu considerei que tinha que levar para o doutorado – articular avaliação psicológica e intervenção, levando em conta o uso de instrumentos que ajudam a dar maior visibilidade a processos de risco e proteção em saúde mental de mulheres em uma ótica de gênero e feminista.

### **Resgate do compromisso político**

O projeto de tese de doutorado, *Gênero e Psicologia Clínica: risco e proteção na saúde mental de mulheres* se insere no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas da UnB, em julho de 2008. É um projeto do Núcleo de Estudos em Gênero e Psicologia Clínica – NEGENPSIC do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, do Departamento de Psicologia Clínica da UnB. O Núcleo agrega investigações e intervenções clínico-sociais relacionadas às temáticas de gênero e saúde mental, violência contra mulheres, sistema conjugal, familiar e redes sociais.

Clínicos-pesquisadores desse núcleo prestam atendimento psicológico nas modalidades grupal, familiar, de casal e individual, por meio de pesquisas-intervenções realizadas no contexto de dissertações e teses, de disciplinas de estágio supervisionado e de projetos de extensão. O projeto de tese se insere na linha de pesquisa *Saúde Mental e Cultura*. Esta linha de pesquisa valoriza a prática clínica mais ampla ao integrar projetos voltados para a prevenção e promoção da saúde e da saúde mental, avaliação psicológica e intervenção em crise. Contempla temáticas sobre a condição feminina e masculina na contemporaneidade, estudos de fenômenos sociais e culturais e sua relação com o sofrimento psíquico e a saúde mental.

O objetivo da tese é investigar as relações entre gênero, fatores de risco e fatores de proteção na saúde mental de mulheres frequentadoras de serviços da rede pública de atenção básica à saúde e atenção à saúde mental na região metropolitana de Goiânia-GO. O intuito é conhecer as condições clínicas, presentes entre mulheres jovens e adultas principalmente no contexto de baixa renda, a partir do desenvolvimento de estratégias grupais de atendimento, voltadas para a prevenção e intervenção em saúde mental. O levantamento de informações foi feito a partir de prontuários, da intervenção e de relatos de encontros grupais, de instrumentos de avaliação psicológica voltados para a identificação de fatores de risco e de proteção presentes na experiência de vida das participantes e também de entrevista clínica.

A equipe dessa pesquisa-intervenção foi organizada pela presente doutoranda e composta por psicólogas/os egressas/os do Curso de Psicologia da Universidade Paulista – Campus Goiânia, que se dispuseram a colaborar em caráter voluntário, em função de interesse e comprometimento com a pesquisa e desenvolvimento de práticas voltadas à saúde mental de mulheres, sob uma ótica feminista e de gênero. O trabalho de tese foi orientado pela Profa. Gláucia R. S. Diniz, PhD, no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Três estudos empíricos foram desenvolvidos levando em conta o objetivo geral da tese e o objetivo específico de cada investigação.

### **Apresentação da Tese de Doutorado**

Esta tese de doutorado está organizada no formato de artigos científicos. Os artigos procuram discutir o conteúdo, a forma e a originalidade da abordagem de cada estudo, sua adequação teórica e metodológica bem como sua contribuição para a construção de conhecimento, na área da clínica psicológica, voltada para a intersecção entre gênero e saúde mental. Quatro artigos estão organizados para descrever e discutir temas em saúde mental de mulheres. O 1º artigo refere-se ao marco-teórico metodológico escolhido pela clínica-

pesquisadora e problematiza questões feministas e de gênero em Psicologia Clínica. Os demais artigos correspondem a três estudos empíricos qualitativos e descritivos. Finalmente, uma discussão final e conclusão é articulada em torno dos objetivos, dos resultados das pesquisas e da relevância dos três estudos.

O 2º artigo da tese refere-se ao *Estudo I* - trata-se de pesquisa-intervenção desenvolvida no contexto de atenção básica à saúde, por meio de um grupo de conversação com mulheres de baixa renda. No contexto da prevenção, o Estudo I foi conduzido pela equipe em uma unidade básica de saúde, um Centro de Atenção Integral à Saúde – CAIS, durante os meses de novembro e dezembro de 2008, em uma cidade da região metropolitana de Goiânia. O objetivo do estudo foi levantar informações sobre fatores de risco e proteção a saúde mental presentes na história de vida das participantes, por meio da proposta de grupos de conversação com mulheres na promoção da saúde mental dessa população.

Fatores de risco ou eventos estressores como negligência e maus-tratos, violência conjugal e na comunidade, transtorno mental ou criminalidade na família, rede de apoio social restrita, estresse ocupacional (Murta, 2007) associados ao contexto de pobreza e baixa renda; depressão; abuso e dependência de múltiplas drogas; e comportamento suicida merecem atenção redobrada, pois comprometem a saúde mental e tem enorme impacto individual, familiar e social (Diniz, 1999, 2004; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b). É preciso destacar que em contexto de pobreza e baixa renda, diferentes níveis de vulnerabilidade e exposição a vários tipos de riscos que as mulheres enfrentam irão estabelecer limites sobre suas possibilidades de exercer controle sobre os determinantes de sua saúde e sobre os efeitos de eventos estressores vividos por elas (Couto-Oliveira, 2007; Giffin, 2002; Morrow & Chappell, 1999; WHO, 2000, 2002).

Pesquisas apontam que ser homem é fator de risco para suicídio (Ministério da Saúde, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2000; Tavares, Montenegro & Prieto, 2004). Taxas de

suicídio são de três a quatro vezes maiores em homens do que em mulheres, contudo a prevalência de depressão, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio é maior em mulheres do que em homens (Bjerkeset, Romundstad & Gunnell, 2008). Fatores de risco para suicídio são a presença de depressão e de tentativa de suicídio na história de vida de uma pessoa, e ambos costumam ocorrer mais entre mulheres (MS, 2006). Subvertendo a prevalência quantitativa entre homens, chamamos atenção para a frequência de tentativas de suicídio quase rotineiras entre mulheres, a exemplo da intoxicação por medicamento (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010; Barls & Botega, 2007; Stefanello, Cais, Mauro, Freitas & Botega, 2008).

A partir da identificação de caso de risco de suicídio entre as participantes da segunda coleta de dados do Estudo I, o 3º artigo apresenta um *Caso Clínico*. O Caso Clínico refere-se à história de uma participante do grupo, identificada por meio dos instrumentos de avaliação psicológica e de uma breve entrevista, com história de depressão, tentativa de suicídio e internação psiquiátrica no primeiro bimestre de 2009. No momento da avaliação psicológica, a participante estava sem acompanhamento médico e terapêutico. Com a identificação de caso de risco de suicídio, ela foi encaminhada para atendimento individual, caracterizado como intervenção em crise. O artigo discute fatores de risco e proteção à saúde mental, na história de vida dessa participante.

Estudos também apontam que ser homem é fator de risco para abuso e dependência de álcool e outras drogas, incluindo o crack (Dias et al., 2011; Pulcherio et al., 2010). É importante destacar que transtornos mentais e de comportamento decorrentes do abuso ou dependência de substâncias psicoativas, depois da depressão, são os transtornos mais prevalentes nos casos de suicídio. A comorbidade entre ambos – depressão e abuso de drogas, por exemplo, é potente fator de risco para o suicídio (MS, 2006). No caso de mulheres, o abuso e dependência de substâncias ainda tem sido um tema negligenciado e pouco

investigado, apesar do impacto dessa problemática que envolve suas vidas, a vida familiar e a criação de filhos (Hochgraf & Andrade, 2004; Zilberman, 2003).

O 4º artigo apresenta o *Estudo II*, desenvolvido em equipe composta pela doutoranda, por uma psicóloga e uma musicoterapeuta, funcionárias de uma unidade de atenção à saúde mental voltada para usuários/as que buscam tratamento para abuso ou dependência de substâncias. Esse estudo refere-se ao trabalho que foi conduzido com um grupo de mulheres, entre março e dezembro de 2009, em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPSad voltado para usuárias ou dependentes de álcool, drogas e medicamentos, em uma cidade da região metropolitana de Goiânia. O objetivo desse estudo foi levantar informações sobre os fatores de risco na história de mulheres jovens e adultas, participantes desse grupo de conversação voltado para dialogar sobre suas experiências, histórias de vida e vivências cotidianas relacionadas a sua saúde mental e ao abuso ou dependência de drogas, especialmente o crack.

Estratégias grupais breves voltadas para mulheres em contextos de saúde pública têm sido desenvolvidas por clínicas-pesquisadoras que discutem a condição feminina, como os grupos de conversação desenvolvidos com mulheres na menopausa, no contexto do *Projeto de Apoio e Valorização da Mulher* (2000-2003) do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (Coelho & Diniz, 2003; Diniz & Coelho, 2003; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b; Pondaag, 2003) e têm destacado o papel da intervenção grupal como um importante fator de proteção à saúde mental de mulheres. As principais características de grupos de conversação são o uso de temas geradores; postura do/a terapeuta como facilitador/a do processo; enfoque na horizontalidade; conversas que giram em torno do auto-cuidado e da auto-estima. A intervenção grupal tem a intenção de incentivar reflexões sobre as experiências, os papéis e lugares ocupados pelas mulheres no cotidiano e o impacto

sobre sua saúde mental, promovendo a autovalorização a partir da criação de um contexto de conversação terapêutica (Vianna, 2005, Vianna & Diniz, 2006).

Um desejo desta tese de doutorado é utilizar os conhecimentos adquiridos por meio da pesquisa-intervenção para fomentar o debate em torno das políticas públicas e do acesso aos serviços de saúde. Outro desejo é dar condições às mulheres de (em)apoderar-se desse conhecimento para colocarem a sua voz e experiência, enquanto usuárias, no intuito de contribuir para a melhoria de ações desenvolvidas. Outro desejo ainda é colaborar para a reflexão por meio da produção de um material de orientação que trate de dimensões da saúde mental de mulheres, levando em conta fatores de risco e fatores de proteção presentes nas condições de vida das participantes.

O material deverá ser produzido em linguagem voltada para o público-alvo desse trabalho a partir de reflexões feministas e de gênero nas práticas da clínica psicológica. A intenção é contribuir para a democratização do acesso ao conhecimento e da problematização em torno da saúde mental de mulheres. O debate proposto por esta tese se insere no campo dos Direitos Humanos, das políticas públicas e de relações democráticas, buscando contribuir com o compromisso social da Psicologia.

## ARTIGO I

### QUESTÕES DE GÊNERO E PSICOLOGIA CLÍNICA

**Resumo.** O presente artigo apresenta questões feministas e de gênero e discute sua contribuição para o campo da Psicologia Clínica. O objetivo é problematizar dimensões clínicas, metodológicas e éticas, em uma perspectiva de gênero e feminista, uma vez que acredita-se que tal perspectiva deve ser levada em conta no desenvolvimento de ações de promoção da saúde mental de mulheres. A primeira parte do texto apresenta um debate sobre a crítica feminista na produção do conhecimento e o uso da categoria gênero na compreensão das relações sociais desiguais entre mulheres e homens. Em seguida é feita uma problematização da interação gênero-saúde mental e seu impacto no sofrimento psíquico, tendo em vista sua articulação com a cultura e as práticas clínicas em psicologia. A terceira parte destaca particularidades da pesquisa e da intervenção na área da saúde mental de mulheres com um enfoque feminista e de gênero. A conclusão apresenta os desafios encontrados no percurso de desenvolvimento de pesquisa-intervenção nesse campo e tece uma reflexão crítica sobre a complexidade da pesquisa-intervenção feminista.

**Palavras-chave:** psicologia clínica; gênero; perspectiva feminista; saúde mental de mulheres.

### GENDER ISSUES AND CLINICAL PSYCHOLOGY

**Abstract.** This paper presents a discussion regarding feminist and gender issues, and their contribution to the field of Clinical Psychology. The objective is to discuss the clinical, methodological and ethical dimensions from a gender and feminist perspective, since we believe that these dimensions must be taken into account, in the development of plans/actions to promote the mental health of women. The first part of the text raises a debate on the feminist critique of the knowledge production as well as the use of the category “gender” in understanding the unequal social relations between women and men. Next, the discussion focuses on the interaction between gender and mental health and its impact on psychological distress, taking into consideration its articulation with the culture and the clinical practices in psychology. The third part highlights the singularities of doing research and therapy in the field of mental health from a gender and feminist perspective. At the conclusion, the challenges that were faced in the course of the development of a research-intervention on this field are presented together with a critical reflection on the complexity of building a feminist research-intervention model.

**Keywords:** clinical psychology; gender; feminist perspective; women’s mental health.

## INTRODUÇÃO

### **Psicologia Clínica, crítica feminista e de gênero**

A clínica psicológica tem passado por transformações paradigmáticas e conceituais. Comumente identificada pela prática de psicoterapia de longa duração em consultório privado, marcada pela supervalorização do intrapsíquico e voltada para pessoas de classes mais favorecidas, a clínica psicológica vem sendo desestabilizada por novas práticas que fomentam múltiplas experiências de atendimento.

Mudanças nas práticas clínicas implicam em novas concepções de sujeito, de teorias e técnicas psicoterápicas e em revisões da abrangência de suas aplicações. A inclusão de reflexões sobre o compromisso social, ético e político da Psicologia aparece como dimensão fundamental neste processo. Essa nova clínica exige um debate ético e político, levando em conta o compromisso do/a profissional frente à escolha de sua prática de intervenção (Costa & Brandão, 2005; Dutra, 2004; Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003; Ferreira Neto, 2004; Murta & Marinho, 2009; Rebouças & Dutra, 2010).

Desde a institucionalização da profissão no Brasil, em agosto de 1962, a identidade do/a psicólogo/a esteve vinculada, fortemente, ao campo da psicoterapia e da Psicologia Clínica. Marcada pelo compromisso com os interesses das elites, a Psicologia constituiu-se como ciência e profissão voltados para o controle, a categorização, a diferenciação e a separação. Esta disciplina científica valoriza abordagens individualistas, descontextualizadas e apoiadas em modelos abstratos e intrapsíquicos. Enquanto profissão, a Psicologia ainda tem pouca inserção social, baixo poder organizativo e negociou pouco suas demarcações e possibilidades de contribuição social (Bock, 2003).

A partir dos anos 1970, o perfil dessa área vem mudando drasticamente, de uma ênfase do consultório privado, para o contexto mais amplo que valoriza novas formas de



intervenção em atendimentos com famílias, grupos e comunidades e novos *settings* como instituições públicas e privadas no campo da saúde e da saúde mental (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003). A Psicologia Clínica vem se ampliando e sua preocupação ética valoriza a diversidade de abordagens e intervenções voltadas para o diálogo interdisciplinar e para sua inserção no campo da cultura e na sociedade (Dutra, 2004; Rebouças & Dutra, 2010). A clínica psicológica implica em intervenção, mas esta não se restringe a uma prática curativa, a uma área de atuação ou de aplicação de conhecimentos. Essa clínica não pode ser reduzida a nenhum de seus elementos, pois é muito mais ampla, e o que a define como clínica psicológica é o seu compromisso ético com a escuta (Figueiredo, 2008; Rebouças & Dutra, 2010).

A preocupação com a criação de novos contextos terapêuticos voltados tanto para a prevenção quanto para a intervenção e em sintonia com políticas sociais mais amplas estende-se também para a pesquisa clínica. Os ambientes de pesquisa clínica têm se tornado cada vez mais públicos, institucionais e permeados por saberes interdisciplinares (Nery & Costa, 2008). Um dos desafios nesse contexto é a criação de metodologias que permitam a expressão grupal e que funcionem como intervenções eficazes.

Uma importante preocupação ética é o compromisso do/a clínico/a-pesquisador/a com o impacto e as consequências de sua ação de pesquisa (Nery & Costa, 2008). A pesquisa em Psicologia Clínica valoriza a produção de conhecimento local, considerando os problemas emergentes que dizem respeito a sujeitos contextualizados, ocupando-se de temas como a subjetividade constituída na cultura e as políticas e serviços de promoção da saúde e tratamento para diferentes populações (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003).

Guirado (1997) analisa, entretanto, que a pesquisa e a clínica muitas vezes estão fadadas ao desencontro. Essa autora afirma que, quando os psicólogos fazem estudos estatísticos com temas clínicos, ficam mais à vontade, pois julgam falar a língua dos porta-

vozes do pensamento científico dominante, porém, sentem-se devedores para com a clínica. No entanto, quando fazem a opção por um estudo de caso, ficam com vergonha e se desculpam por conclusões não generalizáveis, e desta vez se sentindo devedores para com a ciência. Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003) reforçam, entretanto, que não se pode conceber avanço em Psicologia Clínica sem atividade de pesquisa; por isso é necessária a preocupação com a formação permanente dos alunos, desde a graduação até a pós-graduação, no campo da articulação entre clínica e pesquisa.

Pesquisadores/as do Núcleo de Estudos em Gênero e Psicologia Clínica – NEGENPSIC do Laboratório de Saúde Mental e Cultura da Universidade de Brasília, vêm realizando investigações e intervenções clínico-sociais relacionadas à interação entre gênero e saúde mental. Uma das questões investigadas tem sido a violência conjugal e doméstica, em contextos da justiça e institucionais (Aguiar, 2009; Angelim, 2004, 2009; Diniz & Pondaag, 2006; Guimarães, 2009; Medeiros, 2010; Pondaag, 2003, 2009), enquanto outro tema fundamental de pesquisa tem sido dimensões da saúde mental de mulheres (Lima, 2009; Oliveira, 2007; Praciano, 2011; Ramos, 2011; Santos, 2008; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

Clínicos/as-pesquisadores/as desse núcleo vêm prestando atendimento psicológico por meio de pesquisas-intervenções no contexto dos trabalhos de dissertações e teses. As intervenções privilegiam estratégias grupais que visam dar voz aos participantes e conhecer as percepções que eles/as têm de suas próprias experiências. Essas pesquisas-intervenções discutem temas em clínica, a partir de uma perspectiva feminista e de gênero.

Gênero, como categoria de análise histórica, pode ser entendida como o primeiro campo por meio do qual o poder é articulado. O gênero se exerce através da atribuição cultural feita a um e ao outro sexo, estabelecendo padrões e expectativas para as mulheres e os homens, e portanto, conferindo inteligibilidade às identidades (Scott, 1995). O conceito de

gênero e sua problematização é fruto do feminismo contemporâneo e sua importante contribuição como ferramenta analítica e política é questionar a forma como as características sexuais são representadas e valorizadas, estabelecendo relações desiguais entre os sexos. O feminismo é um movimento político, coletivo, internacional, heterogêneo e multifacetado que apóia a luta social baseada no reconhecimento de que as mulheres são oprimidas sistematicamente e que essa opressão não está inscrita naturalmente, o que permite a possibilidade política de sua transformação (Gonçalves & Pinto, 2011).

Bandeira (2008) define o que vem a ser crítica feminista:

Desde que se fala em crítica feminista, faz-se, geralmente, apelo a esse bloco de correntes heterogêneas que tentam explicar por que as mulheres continuam, em boa medida, a viver em condições de subordinação, uma vez que na base de qualquer corrente feminista há o reconhecimento de uma causa social e cultural para a condição feminina de subordinação. (...) Trata-se de uma luta para mudar/transformar essas relações e essa situação (Bandeira, 2008, p. 210).

A autora (Bandeira, 2008) aponta também que a crítica feminista é contrária aos elementos paradigmáticos da produção científica moderna de neutralidade e universalidade, com foco na racionalidade e na linguagem androcêntrica. A ausência das mulheres e o respectivo silêncio em torno de sua presença na história da ciência reforçaram a associação hegemônica entre masculinidade e pensamento científico. Destaca a autora que as feministas não foram as primeiras, e nem as únicas, a elaborar uma crítica à ciência moderna, mas que sua crítica promove profundas mudanças nos fundamentos da ciência e valores da cultura.

A perspectiva feminista pode ser compreendida considerando uma divisão em três ondas ou gerações, frequentemente reproduzida nas publicações feministas, mesmo tratando-se de uma periodização pensada de modo linear e cronológico. Segundo Gonçalves e Pinto (2011), a primeira onda vai do final do século XIX ao fim da Segunda Guerra Mundial, quando o movimento experimenta um refluxo após as conquistas do direito ao voto em

diversos países. A segunda onda inicia-se no final dos anos 1960, no movimento da contracultura quando o feminismo, além de cultivar preocupações sociais e políticas, voltou-se para construções teóricas propriamente ditas, na tentativa de teorizar a opressão da mulher (Louro, 1997).

A partir dos anos 1980 emergiram teorias críticas à segunda onda e a categoria *mulher* cedeu lugar à categoria *gênero* que problematizou a dimensão cultural dos corpos biológicos (Louro, 1997). Atualmente, estudos feministas no país incorporam outros marcadores de diferença em sua articulação com gênero. Alguns dos marcadores sociais fundamentais são classe, raça/etnia, sexualidade, nível educacional, geração e sanidade mental. Segundo Hall (2005), a *diferença* expressa-se por meio de marcadores sociais, espaciais, concretos e permite pensar o aspecto político implicado nas relações de poder, pois descentraliza a importância de uma ou outra categoria, à medida que não se refere a nenhuma hierarquia e pode marcar a lateralidade.

A crítica feminista ressalta que as experiências entre mulheres são distintas entre si e marcadas por muitas dimensões de desigualdade social. Por exemplo, a importância do trabalho doméstico das mulheres é que ele organiza o trabalho dos parceiros e a mais-valia do empregador (Giffin, 2006), e os conflitos de interesses entre mulheres de classe social distinta. Destaca Giffin (2002) que mulheres de classe média se beneficiam da oferta de trabalhadoras domésticas a baixo custo que, por sua vez, assumem uma dupla jornada doméstica. Esse arranjo permite à mulher empregadora trabalhar fora não apenas como realização profissional, mas também para garantir suas vantagens como classe social, investindo em capital cultural para manter os filhos fora do mercado de trabalho.

O projeto de transformação feminista almeja mudanças institucionais e mudanças ético-culturais, considerando que essa luta democrática não se dá somente em nível estrutural, mas também no nível da vida cotidiana. Alvarez (2004) afirma que o feminismo contribui

para o processo de democratização por meio da política, nos espaços de representação partidária e para o político, que é o campo mais amplo do cotidiano, onde circulam poderes e resistências. Segundo a autora, a partir dos anos 1990 houve uma crescente pluralização dos feminismos no Brasil e América Latina. Esse processo de pluralização e descentramento caracteriza-se por: multiplicação de espaços e lugares de atuação de feministas – mulheres e homens; crescente visibilidade desses novos atores sociais nos movimentos; crítica e compreensão das relações de gênero em associação com outros marcadores sociais; articulação de novas práticas e novas alianças e colaborações nacionais e internacionais. Desse modo, essa pluralização levou a uma maior difusão política e cultural do feminismo.

Um dos temas caros aos feminismos, em sua vertente acadêmica, é a problematização da relação entre gênero e ciência. Epistemologias do conhecimento científico foram e são, na maioria das vezes, consideradas neutras. Ao contrário do que se pensa, essas epistemologias mantêm pressupostos de práticas culturais e institucionais que criam e legitimam de modo científico afirmações sexistas e androcêntricas. A partir do apontamento das questões de gênero e da desigualdade social, os feminismos defendem a construção de um novo conhecimento científico (Harding, 2003). Os feminismos devem ser pensados no plural, pois as correntes feministas são diversas e defendem explicações distintas para a opressão feminina, afirmando sua multiplicidade de contextos e seu desejo de transformação (Navarro-Swain, 2000). Para Neves e Nogueira (2005), ainda que os feminismos diferenciem-se entre si, o fato é que todos eles reclamam a igualdade entre os sexos e defendem os meios para sua consolidação.

Os questionamentos feministas voltam-se para as construções ideológicas sobre os corpos biológicos, no intuito de apontar que discursos dominantes e naturalizados sobre mulheres e homens constroem as pessoas no meio social, não apenas como diferentes, mas com direitos desiguais (Vianna, 2005). Os estudos feministas têm se dedicado a expor os

mecanismos de produção de sujeitos generizados, ou seja, construídos em um certo regime de verdade, onde o sistema sexo/gênero (Rubin, 1989), articulado por uma matriz de inteligibilidade identitária heterossexual, resulta em uma supervalorização da família, do casamento, e no controle dos corpos das mulheres (Navarro-Swain, 2000, 2002).

Lauretis (1990) afirma que o paradoxo de ser mulher consiste em ser assegurada como objeto de visão, mas estar ausente no discurso, sem voz ativa, invisível. A autora propõe uma posição excêntrica como posição discursiva fora do monopólio heterossexual masculino de poder e conhecimento. Ela considera as mulheres feministas como sujeitos excêntricos, pois estão em um mundo de significações, mas se situam, ao mesmo tempo, fora de seus contornos, em um movimento de reflexão e crítica. A posição excêntrica existe na consciência feminista como uma prática pessoal e política, que permite, não apenas a descrição do sistema sexo/gênero e seu funcionamento, mas também a exposição de seus mecanismos de engendramento, retirando seu caráter de evidência (Lauretis, 1990; Navarro-Swain, 2002; Vianna, 2005).

A política de localização feminista propõe a idéia de um conhecimento situado, ao considerar que todo lugar de fala é histórico e ao rejeitar modelos teóricos dominantes e linguagens androcêntricas. Busca ainda, dar visibilidade às produções feministas de análise (Navarro-Swain, 2000). Haraway (1995) defende um conhecimento situado e corporificado, constituído de saberes parciais, localizáveis e críticos, apoiados em redes de conexão. Feministas acreditam que é possível articular valores emancipatórios, tanto nas teorias quanto nas práticas, para pensar mulheres e homens, para além das coerções ideológicas reproduzidas pelos estereótipos de gênero (Harding, 2003; Navarro-Swain, 2000).

As questões colocadas para a Psicologia Clínica pelos feminismos incluem desconstruir os pressupostos que sustentam a ideia de uma disciplina neutra, imparcial e despolitizada. A crítica feminista contribui com a compreensão de que fazer pesquisa e

intervenção clínica é um ato político, ético e que envolve compromisso social. O lugar de fala da clínica-pesquisadora, no presente trabalho, inclui uma postura crítica e reflexiva a favor da igualdade de gênero, contra a discriminação racial e homofóbica e pelo fim da violência, principalmente contra grupos minoritários. Em uma perspectiva de gênero e feminista, o presente artigo volta-se para o debate sobre dimensões clínicas, metodológicas e éticas que devem ser levadas em conta, na promoção da saúde mental de mulheres.

### **Reflexões sobre corpo e gênero na Psicologia**

Assim como não há um feminismo único ou monolítico, não há uma maneira preferencial de fazer análise de gênero, levando em conta que ambos os termos têm significados múltiplos e diversos (Harding, 2003). Gênero pode ser usado, de modo geral, de duas maneiras: referindo-se a homens e mulheres e às relações sociais generizadas e estruturadas simbolicamente; ou, à estrutura analítica que pesquisadores/as constroem em seus estudos, para a investigação de sua produção social (Harding, 2003; Scott, 1995).

O gênero articula-se com classe, raça/etnia, sexualidade, geração e outros sistemas sociais simbólicos e estruturais, desvelando a simultaneidade de opressões imbricadas umas nas outras, apontando que os sistemas de opressão são interligados e, mutuamente, determinantes (Harding, 2003; Lauretis, 1990). Por meio do debate sobre interseccionalidades e da reflexão sobre diferentes formas com que diversos grupos de mulheres negras vivenciam a discriminação, Crenshaw (2002) afirma que a consequência do cruzamento de mais de um sistema de opressão vivenciado é que, à medida que desvantagens interagem com vulnerabilidades, há um aumento do desempoderamento dessas populações.

De acordo com Azerêdo (2010) as feministas Judith Butler e também Donna Haraway estão preocupadas com as possibilidades múltiplas de se entender o corpo. Butler, em entrevista a Prins e Meijer (2002), afirma que compreender os corpos diferentemente é parte

da luta conceitual e filosófica que os feminismos abraçam. O corpo não é só anatomia, por isto não pode deixar de ser visto como um problema da cultura, em função dos diversos significados admitidos, principalmente quando consideramos o corpo feminino como corpo político (Pinto, 2004). Nesse sentido, *corpo* pode ser entendido como uma categoria discutida pelos feminismos, que se articula com o gênero, à medida que permite o debate acerca de como os significados sobre os corpos tornaram-se normativos e hierarquizados no poder (Louro, 1997; Pinto, 2004; Scott, 1995).

Pensando os critérios de construção dos corpos, Pinto (2004) problematiza a definição arbitrária de características que normatizam os corpos na sociedade: “Muitos comportamentos culturais de homens e mulheres não se encaixariam na descrição hegemônica de masculino e feminino. Isso realmente é um problema político grave, porque, como trabalha-se a questão do poder, se se continuam excluindo determinados corpos?” (p.40). De acordo com Haraway (1995), precisa-se do poder das teorias críticas de como os significados sobre os corpos são construídos, não para negar esses significados, mas para viver em corpos com possibilidade de sobrevivência e futuro.

O sexo/gênero sustenta a naturalização em torno do masculino e do feminino e seu caráter de evidência é mantido pelo imaginário social que determina lugares e papéis sociais e justifica, socialmente, o que parece estar atribuído aos sexos biológicos (Medrado & Lira, 2008; Navarro-Swain, 2000, 2002, 2003, 2005; Rubin, 1989). Uma leitura e compreensão feminista visam desconstruir o que parece ser uma evidência (Borges & Spink, 2009).

Para Scott (1995), a justificativa para tal divisão inclui o argumento de que homens e mulheres são biologicamente distintos e que a relação entre ambos decorre dessa distinção, que é complementar e na qual, cada um deve desempenhar um papel determinado. Assim, o pensamento dicotômico e polarizado sobre os gêneros concebe homens e mulheres como pólos opostos que se relacionam em uma lógica de dominação-submissão.



Navarro-Swain (2003) declara que, de acordo com a expectativa social para o sexo/gênero, para ser uma *verdadeira mulher*, não basta ser jovem, bela e sedutora, é preciso ser fértil, pois nisso reside a *essência feminina*. Uma análise feminista descortina que a maternidade institui-se como lugar básico do sujeito mulher, sendo o resultado de significações sociais e heterossexuais sobre os corpos que aprisionam, direcionam e tornam homogêneos os desejos e o modo de ser no feminino (Navarro-Swain, 2000, 2005; Pinto, 2004).

À medida que o gênero representa uma categoria cultural assumida pelo corpo, não se pode afirmar que ele decorra naturalmente do sexo; ao contrário, essa relação deve implicar em uma descontinuidade radical entre corpos biológicos e gêneros culturais. Partindo do entendimento que a experiência de gênero é sempre construída como experiência social e cultural, o que a mantém como organização binária em feminino e masculino é, portanto, a pressuposição de que o gênero tem origem no sexo (Butler, 2003).

Essa crítica ao sexo/gênero permite pensar que, se gênero for considerado tão somente uma extensão para representar o sexo binário em uma dupla matriz cultural, ele perde sua força subversiva e só poderá manter sua utilidade como categoria de análise, à medida que incorporar questionamentos (Butler, 2003; Louro, 1997). Uma importante problematização feminista é que a categoria gênero, assim como foi construída, pode ser desconstruída, subversivamente, desnaturalizando sua perversa correspondência binária e permitindo compreender como os corpos são hierarquizados nas relações de poder (Butler, 1999, 2003).

O corpo materializa-se através do sexo-significação que é produzido pelo próprio discurso e objetivado em uma escala de valores e atributos que estabelecem critérios *verdadeiros* para homens e para mulheres (Navarro-Swain, 2002, 2005). O debate sobre gênero visa desconstruir a dimensão binária presente na ideologia dominante sobre feminilidade e masculinidade, reforçada pela divisão sexual e social de papéis e

representações sobre mulheres e homens. Esse ponto de vista inclui compreender os diferentes discursos de feminilidades e masculinidades e seu significado como método de descrição e não como atributo psicológico (Neves & Nogueira, 2005). Nesse sentido, é preciso investigar as formas como eles têm sido construídos em diversos contextos, questionando abertamente a formulação dos discursos dominantes sobre os gêneros que os tornam naturalizados.

Diniz (1999, 2003) destaca que gênero é uma categoria de modo geral ignorada na produção teórica, na prática e na pesquisa psicológica. A categoria gênero é utilizada como sinônimo de sexo em pesquisas com mulheres e homens, ainda que a análise de dados e as discussões não problematizem sua dimensão analítica sobre a construção desses sujeitos femininos e masculinos (Diniz, 1999, 2003; Paltiel, 1993). Medrado e Lira (2008) criticam o uso despolitizado do conceito de gênero, lembrando que essa categoria não se refere somente a questões sobre mulheres, mas também a questões sobre homens e masculinidades, entendendo que um ponto em comum das produções sobre gênero é o resgate da crítica e da reflexão feminista. Para Scott (1995), falta uma forma de conceber a realidade social em termos de gênero. Cabe destacar que o gênero comporta uma dimensão relacional, mas nem por isso complementar, e que a distribuição de poder entre os gêneros é assimétrica pois, à medida que marca a diferença, imprime a marca da desigualdade.

Partindo da Psicologia Clínica, em seu trabalho sobre a condição feminina como fator de risco para a saúde mental, Diniz (1999, 2003) afirma que romper com o sujeito genérico é um dos maiores desafios que a Psicologia e as demais Ciências da Saúde enfrentam para lidar de modo eficaz com a saúde mental de mulheres e homens. Incluir o debate de gênero na saúde mental é refletir sobre como as diferenças das condições sociais de mulheres e de homens determinam sua existência e geram riscos e dificuldades emocionais distintos em diversos momentos do ciclo de vida. Deste modo, compreender as interações entre gênero e

saúde mental de mulheres é uma escolha e não o único ponto de partida para problematizar a realidade sob uma ótica feminista.

Discutir a visibilidade de gênero na Psicologia Clínica inclui nomear os efeitos da desigualdade entre homens e mulheres, subverter a linguagem de uma forma alternativa, para falar de dificuldades psicológicas levando em conta suas imbricações com realidades sociais distintas, evitando pressupostos baseados em categorias diagnósticas de forma acrítica, uma vez que tal postura pode prejudicar os sujeitos. É nosso entendimento que o uso de categorias diagnósticas precisa vir acompanhado por concepções que levem em conta práticas e discursos a respeito de como mulheres e homens experimentam o mundo (Boyle, 1997). É preciso prestar atenção em como os efeitos das construções sociais moldam identidades, relações interpessoais, em especial a conjugalidade e a vida familiar delimitando regras, valores, papéis, lugares de poder que têm o potencial de aprisionar homens e mulheres a contextos normativos geradores de adoecimento físico e mental.

Nogueira (2001) aponta que a Psicologia Feminista, com suas teorias e métodos acerca e para as mulheres, é uma sobrevivente do processo de marginalização de gênero na Psicologia. Essa marginalização da categoria gênero pode tomar várias formas: ser ignorada, minimizada e vista como absurda ou como algo com que não seja necessário preocupar-se. Essa desarticulação enfraquece o debate sobre questões de gênero na Psicologia, pois em muitos aspectos, o gênero somente é aceito como um elemento que precisa ser acomodado a sistemas teóricos existentes, o que neutraliza os impactos mais radicais dos seus argumentos (Azerêdo, 2010; Boyle, 1997). A minimização ou mesmo a não inclusão da categoria gênero aparece portanto, como obstáculo fundamental ao desenvolvimento de teorias feministas na Psicologia.

Azerêdo (2010) propõe que teorizar sobre gênero implica realmente estar em *encrenca*, considerando que o termo *encrenca* expressa melhor o que gênero faz com as

peças, para além de, simplesmente, trazer problemas. Devido à enorme complexidade do conceito de gênero, de modo geral há uma tendência em tentar domesticá-lo, trazê-lo para a segurança do que é familiar, do que é conhecido. Contudo, para se estudar gênero é preciso considerar criticamente os processos que constituem a subjetivação e levar em conta o aspecto político, o que de acordo com a autora tem sido um ponto cego nas teorias em Psicologia.

A prevalência do ponto de vista cartesiano e positivista nessa disciplina pode justificar a exclusão de gênero do campo científico da Psicologia. O principal argumento é que essa é uma categoria política e portanto, não-científica. Questões de gênero e de desigualdade social têm sido periféricas para a teoria e prática em Psicologia Clínica, em função da herança de uma ciência psicológica que se constituiu baseada em elementos androcêntricos, classicistas, etnocêntricos, heterossexuais, elitistas, e vista como fortemente imparcial e pautada na busca pela neutralidade, no intuito de merecer o estatuto de ciência (Boyle, 1997; Diniz, 1999, 2003, 2004, 2011; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

No intuito de fazer resistência à invisibilidade de gênero na Psicologia, pesquisadoras brasileiras (Azerêdo, 2010; Diniz, 1999, 2004; Narvaz & Koller, 2006) vêm buscando contribuir para uma formação profissional que não deixe de fora o aspecto político das relações sociais. Diniz (1999, 2003, 2004, 2011) sustenta que o conceito de gênero pode ampliar a compreensão de fatores que afetam diferencialmente a saúde mental de mulheres e homens. Azerêdo (2010) afirma que “as pessoas que se abrem para uma perspectiva crítica, de gênero, (elas) também se engajam em projetos de mudança, de contribuir na luta contra o preconceito e a discriminação e, sobretudo, assumem o risco de verificar a igualdade” (p.186).

Os estereótipos e limites de gênero são responsáveis por muitos modos de vivenciar o sofrimento (Borges, 2009; Porchat, 2010). Diversos problemas enfrentados por homens como homofobia, agressividade, dependência do trabalho, dificuldades de se relacionar com mulheres, crianças e consigo próprios são produtos da socialização machista. No caso das

mulheres, há uma importante contradição a considerar. O fato de serem vistas como seres fundamentais para a sobrevivência humana – em função da reprodução, cuidado com a prole e com a família – e de ao mesmo tempo serem vistas e tratadas como seres marginais – haja visto a exploração do trabalho feminino, baixa representatividade em instâncias de poder, sentimento de culpa e desvalorização presentes na construção da identidade – gera uma combinação perigosa que coloca em risco a saúde mental de mulheres (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2006).

Na história da relação entre mulheres e loucura, os corpos e as sexualidades das mulheres tornaram-se alvos prioritários das intervenções da medicina e psiquiatria, com base na crença de que, na fisiologia da mulher estaria inscrita uma predisposição à doença mental. Assim, menstruação, gravidez, parto e vivência da maternidade eram aspectos decisivos para definir e diagnosticar as doenças mentais que afetavam as mulheres, de modo frequente ou específico. A loucura feminina estava associada à sexualidade e à reprodução. Os atributos positivos e negativos que escapavam à compreensão científica legitimaram a submissão das mulheres a um conjunto de rígidas medidas normatizadoras que asseguravam o cumprimento social de seus papéis de esposa e mãe (Engel, 1997; Pegoraro & Caldana, 2008; Vianna, 2005).

As funções reprodutivas das mulheres continuam a colocá-las em situação de risco. As meninas estão sujeitas às pressões das mais diversas práticas discriminatórias de controle de comportamento voltadas para a preservação da pureza e da castidade (Diniz, 1999). As mulheres jovens são reguladas pelos discursos e práticas ditas superiores sobre a função reprodutiva como organizadora de sua experiência identitária. A noção de experiência da verdadeira mulher se engessa como uma noção de experiência universalizada e essencialista.

Fatores de vulnerabilidade como a depressão vivenciada por mulheres tem sido frequentemente assinalados na literatura. Dentre as patologias mais frequentes em mulheres

além da depressão, estão transtornos afetivos, agorafobia, crises de angústia, ansiedade generalizada e transtornos alimentares. Mulheres também aparecem como grupo mais propenso a consultar, pedir ajuda profissional e aceitar socialmente seu diagnóstico. A elas se receita mais tranquilizantes e ansiolíticos (Carvalho & Dimenstein, 2004; Herranz, 2001, Paltiel, 1993).

Circunstâncias sociais como a situação de escasso protagonismo, discriminação e marginalização, situações de violência sexual, conjugal e doméstica podem colocar muitas mulheres em situação de risco psíquico. Alguns autores ainda tem listado características do trabalho doméstico como solidão, isolamento, excessiva carga de trabalho, repetição de tarefas, ausência de tempo livre, não-remuneração e pouca valorização social como fatores de risco e adoecimento mental (Herranz, 2001). Levando em conta muitas questões clínicas e psicossociais na promoção da saúde mental de mulheres, uma última reflexão é proposta sobre a pesquisa e intervenção nesta área com um enfoque feminista e de gênero.

### **Pesquisa e clínica feminista na área da saúde mental de mulheres**

A pós-modernidade trouxe a preocupação em relação às vozes de participantes e às características de pesquisadoras/es, levando em conta que, tanto participantes da pesquisa quanto pesquisadoras/es feministas estão posicionadas/os em função de sua história pessoal e social e do contexto. Desse ponto de vista, é fundamental “descobrir como fazer com que as vozes das mulheres sejam ouvidas, sem explorar ou distorcer essas vozes” (Olesen, 2008, p. 235). A pesquisa feminista inclui análises responsáveis pela ciência produzida, que não se podem generalizar e estão francamente circunscritas em tempo, espaço e lugar sócio-histórico específico.

Uma investigação feminista reflete a política de localização feminista (Haraway, 1995; Navarro-Swain, 2000, 2005), ou seja, a investigação das informações, sua forma de coleta e

análise refletem o conhecimento situado e corporificado e a localização histórica dos sujeitos. A produção de conhecimento deste ponto de vista é um processo discursivo, onde fica clara a posição do/a pesquisador/a, posição de reflexividade sobre sua pesquisa e sobre sua intervenção social. A reflexividade e a análise das relações de poder, da igualdade e do contexto sócio-histórico implicam em promover uma investigação crítica acerca do próprio processo de produção do conhecimento (Olesen, 2008). Pesquisadores/as feministas devem valer-se da reflexividade pessoal, ou seja, da consciência de seu envolvimento com a investigação, analisando e refletindo sobre os diversos produtos gerados pelo seu trabalho de pesquisa (Neves & Nogueira, 2005; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

A pesquisa feminista deve permitir identificar em seus instrumentos e procedimentos o exercício de poder nas relações e os limites de sua investigação. Isso implica em localizar, contextualmente, como foi construída a investigação, quem apóia o trabalho e quem se beneficiará dos resultados alcançados. Importa saber igualmente para a investigação quem é o/a pesquisador/a, onde está a intersecção entre sua carreira e os objetivos da investigação, quais são seus valores e crenças (Neves & Nogueira, 2005; Nogueira, 2001). Dentre as características de uma pesquisa feminista estão a valorização da diversidade, o incentivo às mudanças e o foco em investigações interativas (Morrow & Hankivsky, 2007).

Nessa perspectiva a escolha da estratégia metodológica a ser utilizada também se torna alvo de reflexão. O método é a maneira como os/as pesquisadores/as escolhem conhecer sobre os/as participantes e sua experiência, ilustrar seu ponto de vista e compartilhar seu modo de interpretação com outras pessoas, sejam elas leigas ou parte da comunidade científica. Tendo em vista que sua técnica promove trocas intersubjetivas e coletivas, a perspectiva feminista tem especial preocupação com o lugar do/a pesquisador/a na relação com os/as participantes e faz parte do seu método apontar para as consequências e implicações de sua investigação (Narvaz & Koller, 2006; Neves & Nogueira, 2005). Uma dessas implicações consiste na

construção de uma pesquisa *para* mulheres e não simplesmente *sobre* mulheres (Olesen, 2008).

Um desafio em curso é assegurar que pesquisadores/as interessados/as em gênero e saúde adotem explicitamente, uma compreensão feminista da saúde das mulheres (Morrow e Hankivsky, 2007). Pesquisadores/as apontam que as metodologias feministas referem-se menos à utilização de técnicas específicas de coleta e análise de dados que à inclusão de uma crítica de gênero sobre o conhecimento produzido. A crítica feminista e de gênero permite ampliar a compreensão da clínica psicológica na direção da diversidade, da pluralidade, contra a discriminação e a patologização dos sujeitos.

Abordagens de pesquisa qualitativa e quantitativa são igualmente válidas para os estudos feministas, desde que construídas e analisadas sob uma perspectiva não-sexista (Bruschini, 1992; Narvaz & Koller, 2006). Na pesquisa feminista a validade da investigação está no enfoque político no sentido amplo do termo, ou seja, não como um viés, mas levando em conta seu caráter constitutivo e organizador das relações sociais (Gonçalves & Pinto, 2011). Nesse sentido o conhecimento produzido é visto como ferramenta que tem o potencial de ampliar a visão sobre determinado tema, provocar reflexões e contribuir para mudanças.

Uma dimensão importante da produção de conhecimento é a sua publicação. A divulgação do material produzido tem papel fundamental na promoção de reflexão e de transformação. Na área de publicações feministas e de gênero, o levantamento (Diniz & Foltran, 2004) de uma década de produção científica da Revista Estudos Feministas (REF), desde sua origem em 1992 até 2002, apontou para a predominância de 95% de mulheres como autoras de artigos, sendo que 54% têm formação em Ciências Sociais. Os assuntos discutidos mais frequentemente nos artigos incluíam divisão sexual do trabalho, análise literária, reprodução e teoria feminista. Além da pouca visibilidade de trabalhos desenvolvidos na área de gênero e saúde mental, a Psicologia participa marginalmente da história da REF, com



apenas 4% de publicações de artigos. Dos artigos publicados na REF, 44% das autoras são da região Sudeste do Brasil. Na região Centro-Oeste, esse número cai para 2%, e, também, seria mais correto falar em autoras do Distrito Federal e não da região, visto que foram publicados artigos apenas de autoras brasileiras (Diniz & Foltran, 2004).

Um mapeamento na produção científica nacional realizado por Santos (2009), sobre o campo de estudos de gênero e saúde apontou para pesquisas com temas relacionados à reprodução e à contracepção; violência de gênero, incluindo violência doméstica, familiar, conjugal e sexual; sexualidade e saúde com foco em DST/AIDS; trabalho e saúde. A autora chama atenção para o fato de que estudos de gênero, voltados para a saúde mental, têm sido muito pouco explorados. Afirmo Vianna (2005) que as agendas e as publicações feministas incluem o debate sobre saúde, mas o enfoque tem se mantido sobre a saúde sexual e reprodutiva, permanecendo pouco problematizada a questão da saúde mental de mulheres. A autora aponta que a saúde mental de mulheres e a prática psicológica tem pouca visibilidade no campo de publicações nacionais em estudos feministas e sobre gênero. Ainda assim, apesar da tímida produção acadêmica, a crítica feminista à Psicologia ganha cada vez mais relevância à medida que propõe dar visibilidade para questões de gênero e promover revisões profundas nas concepções de investigação e intervenção psicológica (Neves & Nogueira, 2005).

Experiências feministas e de gênero no campo da Psicologia Clínica e da cultura têm destacado a intervenção grupal como um importante fator de proteção à saúde mental de mulheres em diferentes contextos institucionais e comunitários (Coelho & Diniz, 2003; Diniz & Coelho, 2007, 2003; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b; Guimarães, 2009; Pondaag, 2009, 2003). A experiência com grupos de mulheres foi e continua sendo uma estratégia muito utilizada por feministas, pois funciona como espaço de trocas e valoriza os objetivos de reflexão e geração de ação coletiva. A segunda onda do feminismo popularizou

os chamados “grupos de reflexão” e sua metodologia que leva em conta a distribuição igual de saber e poder entre suas integrantes. Inspirados pela experiência, sobretudo norte-americana, a América Latina e o Brasil também implantaram essa proposta que tinha potencial transformador e não apenas terapêutico (Gonçalves & Pinto, 2011).

A terapia e a intervenção feminista, assim como os estudos feministas que se ramificam em diversas direções não são homogêneas e refletem o ponto de vista e o posicionamento de cada clínico/a-pesquisador/a. Tornar-se pesquisador/a e terapeuta feminista é um processo. A pessoa precisa estar disposta a ocupar uma posição de contínuo desenvolvimento e aprendizado, uma vez que tem que lidar com a existência de poucas técnicas específicas para serem dominadas, mas muitas e importantes questões conceituais e problematizações epistemológicas para serem debatidas e refletidas. Sommers-Flanagan e Sommers-Flanagan (2006, p.212) afirmam:

Feminista é simplesmente alguém que acredita na igualdade básica das mulheres, e terapeuta feminista é aquela/e que acredita e atua segundo os princípios da teoria feminista em psicoterapia. A teoria feminista em geral e as teorias feministas de saúde mental em particular têm procurado identificar e descrever as forças e práticas culturais que são, em termos psicológicos, inerentemente prejudiciais para as mulheres.

Existem pelo menos três princípios norteadores para o/a profissional que escolha trabalhar com terapia feminista. Esse/a terapeuta deve ter o entendimento necessário de que as expectativas traçadas socialmente para homens e mulheres exercem uma função muito importante na compreensão dos problemas de cada cliente. Não se pode esquecer que a cultura dominante acerca dos estereótipos e papéis relacionados aos gêneros é prejudicial para aqueles que não se ajustam a esses modelos. Por fim, é necessário acreditar que a consciência faz parte da mudança e tornar-se consciente dos meios pelos quais a cultura limita as possibilidades dos gêneros é essencial para o fortalecimento pessoal do sujeito (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2006).

De modo geral, em Psicologia, as psicoterapias tradicionais recorrem mais a construtos intrapsíquicos do que a processos psicossociais. Para explicar o comportamento, buscam o ajustamento dos indivíduos e das famílias a papéis socialmente prescritos, e mantêm as relações de poder-saber marcadamente desiguais com os clientes (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2006). Contrariamente, as terapias feministas têm compromisso político com a mudança, focalizam fatores sociais como a desigualdade e a opressão para entender o comportamento, problematizam os papéis e normas institucionalizados, valorizando os saberes individuais e coletivos dos clientes (Narvaz & Koller, 2006; Neves & Nogueira, 2003). Entretanto, a questão da eficácia da terapia feminista é tão problemática quanto no campo geral da psicoterapia (Herranz, 2001).

Deste modo, praticar psicoterapia e fazer pesquisa, em uma perspectiva feminista e de gênero, é exercício e desafio para a vida toda (Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b). Terapeutas feministas acreditam que é possível expandir a prática psicológica no contexto da prevenção e promoção de saúde, da terapia, do aconselhamento, da supervisão e treinamento profissional, e, por fim, no contexto da pesquisa. Ao considerar finalmente que o pessoal é sempre político, o/a clínico/a-pesquisador/a feminista toma como pressuposto que a transformação pessoal é tão importante quanto a transformação social (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 2006).

Psicólogas/os feministas vêm realizando investigações e propondo ações de atendimento psicológico grupal e individual, por meio de estratégias de pesquisa-intervenção, onde tanto a pessoa do/a pesquisador/a, quanto o/a participante constroem possibilidades de autoria, no processo de pesquisa (Maraschin, 2004). A pesquisa-intervenção com grupos de conversação com mulheres na menopausa reflete a articulação entre gênero e saúde mental na prática psicológica (Diniz & Pondaag, 2006; Pondaag, 2003; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

Em grupos de conversação as participantes são encorajadas a se expressar, propor temas e dizer como gostariam de usar cada encontro. Nesse momento, muitas conversações podem se estabelecer, mas aquelas em que as participantes estão engajadas é consideradas primordiais. A conversação terapêutica é uma busca de diálogo, de troca, de construção de novos sentidos em um espaço relacional. O papel de um terapeuta neste entendimento é de facilitador/a-participante da conversação dialógica por meio de perguntas terapêuticas. Esta perspectiva valoriza a posição do cliente como especialista em suas próprias narrativas sobre construção e dissolução de problemas, e do terapeuta como especialista em fazer perguntas terapêuticas a partir de uma posição de não-saber (Anderson & Goolishian, 1998).

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O gênero é um conceito feminista, entendido como a categoria cultural assumida pelo corpo. É um marcador identitário que reflete o entendimento do mundo em uma visão binária e em oposição, e que ao mesmo tempo questiona, com força analítica, os lugares estabelecidos para mulheres e homens no campo social. Essa categoria promove revisões nas concepções da prática e da pesquisa psicológica, pois traz como uma de suas proposições fundamentais valorizar a diversidade e a pluralidade das pessoas e considerar o enfoque político como constitutivo e organizador das relações sociais.

No contexto da Psicologia Clínica, a crítica feminista aponta a necessidade de se debater sobre como a naturalização das diferenças, que institui relações desiguais de poder, impacta a identidade de mulheres e homens. Fica então a questão: quais são as implicações e consequências de se considerar a demanda de clientes sob uma ótica de gênero? É preciso compreender os efeitos do gênero no psiquismo individual que leva mulheres e homens a permanecerem aprisionados em papéis sociais definidos, apesar do sofrimento que os mesmos

possam lhes trazer, ou que leva mulheres e homens a subverterem a lógica de gênero. Em ambos os contextos é preciso considerar as implicações que essas escolhas vão acarretar.

Ser feminista e ser psicóloga/o clínica/o inclui o desafio de conciliar a defesa de uma agenda política que luta para garantir direitos sexuais, reprodutivos, trabalhistas e de cidadania, eliminar a discriminação, o preconceito, a violência contra qualquer grupo minoritário e intervir para reduzir o sofrimento psíquico, promovendo mudanças e prevenindo dificuldades emocionais. Vale a pena correr o risco de produzir uma prática de atendimento que leve em conta a ética feminista e o compromisso social da Psicologia. Nesse sentido, ainda que marcada/o pelo agenciamento social, como todas as mulheres e homens, ser feminista é ser excêntrica e reflexiva, é questionar a ordem de gênero, buscando sua transformação.

Finalmente, cabe apontar que uma pesquisa-intervenção feminista é uma forma de resistência e subversão. A escrita feminista é um ato político de denúncia e problematização dos mecanismos que instalam a desigualdade de gênero e de apontamento crítico e reflexivo sobre suas consequências. Discutir a saúde mental em uma ótica feminista e de gênero é levar em conta as relações de poder regulatórias e geradoras de relações diferenciais e propor uma reflexão e ação crítica a respeito do seu impacto na vida das mulheres. Este trabalho se apóia na crítica feminista e no campo dos direitos humanos, das políticas públicas de promoção da saúde mental e dos direitos das mulheres, reforçando o compromisso social da Psicologia, em especial, da Psicologia Clínica.

## REFERÊNCIAS

- Aguiar, L. H. M. (2009). *Gênero, masculinidades e o atendimento a homens autores de violência conjugal no contexto jurídico*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Alvarez, S. E. (2004). A política e o político na tessitura dos movimentos feministas no Brasil e na América Latina. Em E. Gonçalves (Org.), *Desigualdades de gênero no Brasil: reflexões e experiências* (pp. 15-32). Goiânia: Grupo Transas do Corpo.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O Cliente é o Especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. Em S. McNamee & K. J. Gergen (Org.), *A Terapia como Construção Social*. (pp. 34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Angelim, F. P. (2004). *Construindo novos discursos sobre a violência doméstica: uma articulação entre a psicologia clínica e a justiça*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Angelim, F. P. (2009). *Mulheres Vítimas de Violência: dilemas entre a busca da intervenção do Estado e a tomada de consciência*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Azerêdo, S. (2010). Encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 175 – 188.
- Bandeira, L. (2008). A contribuição da crítica feminista à ciência. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 1, 207-228.
- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. Em A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o Compromisso Social*. (pp. 15-28). São Paulo: Cortez Editora.

- Borges, K. (2009). *Terapia Afirmativa: uma introdução à Psicologia e à Psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo: GLS.
- Borges, L. S. & Spink, M. J. P. (2009). Repertórios sobre lesbianidade na mídia televisiva: desestabilização de modelos hegemônicos? [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 442-452.
- Boyle, M. (1997). Clinical Psychology – Theory: making gender visible in Clinical Psychology. *Feminism & Psychology*, 7, 231 – 238. doi: 10.1177/0959353597072007
- Bruschini, C. (1992). O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. Em A. Costa & C. Bruschini (Orgs.), *Uma questão de gênero* (pp. 289 – 309). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Butler, J. (1999). Gender Trouble. Em Gould, C. C. (Org.), *Gender: Key Concepts in Critical Theory*. New York: Humanity Books, p. 80-88.
- Butler, J. (2003). *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carvalho, L. F. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Coelho, V. & Diniz, G. (2003). Vida de Mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. Em T. Féres- Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (pp. 97-117). São Paulo: Loyola.
- Costa, L. F. & Brandão, S. L. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em aspectos da Discriminação Racial relativos ao Gênero. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 10, n.1, 171-188.

- Diniz, D. & Foltran, P. (2004). Gênero e Feminismo no Brasil: uma análise da Revista Estudos Feministas. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 12, número especial, 245-253.
- Diniz, G. (1999). Condição Feminina: fator de risco para a saúde mental? Em M. G. T. Paz & A. Tamayo. (Orgs.), *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. (pp. 181-197). Brasília: Editora UnB.
- Diniz, G. (2003). Gênero e Psicologia: Questões Teóricas e Práticas. *Psicologia Brasil*, 2, 24-28.
- Diniz, G. (2004). Mulher, Trabalho e Saúde Mental. Em W. Codo (Org.), *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp.105-138). Petrópolis: Vozes.
- Diniz, G. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. Em T. Féres-Carneiro. (Org.), *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. (pp. 11-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2007). Gênero, migração e saúde mental: dimensões da experiência de mulheres nordestinas no Distrito Federal. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação* (1 ed., v. 1, p. 35-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2003). Mulher, Família, Identidade: a Meia-Idade e seus Dilemas. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 79-95). São Paulo: Loyola.
- Diniz, G. & Pondaag, M. C. M. (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em Representações Sociais*. (pp. 233-260). Brasília: Editora UnB.



- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da Psicologia Clínica na contemporaneidade. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Engel, M. (1997). Psiquiatria e Feminilidade. Em M. Del Priori (Org.), *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 322-361). São Paulo: Contexto.
- Féres-Carneiro, T. & Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. Em O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*, (pp.99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Figueiredo, L. C. M. (2008). *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Giffin, K. (2002). Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-112.
- Giffin, K. M. (2006). Produção do conhecimento em um mundo “problemático”: contribuições de um feminismo dialético e relacional. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 14(3), 635-653.
- Gonçalves, E. & Pinto, J. P. (2011). Reflexões e problemas da transmissão “intergeracional” no feminismo brasileiro. [Versão Eletrônica]. *Cadernos Pagu*, 36, 25-46.
- Guimarães, F. (2009). *Mas ele diz que me ama... : impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Guirado, M. (1997). Vértices da Pesquisa em Psicologia Clínica. [Versão Eletrônica]. *Psicologia USP*, 8.

- Hall, S. (2005). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41.
- Harding, S. (2003). Ciência e tecnologia no mundo pós-colonial e multicultural: questões de gênero. *LABRYS - Estudos Feministas* (revista eletrônica), n.3. Retirado de [www.unb.br/ih/his/gefem](http://www.unb.br/ih/his/gefem)
- Herranz, J. S. (2001). Género, Salud y Psicoterapia. Em M. J. C. Galán & A. García-Mina (Orgs.), *Género y Psicoterapia*. (pp. 11-36). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Lauretis, T. (1990). Eccentric Subjects: Feminist Theory and Historical Consciousness. *Feminist Studies*, 16, 1, 115-150.
- Lima, V. S. (2009). *Produzidas no Polo Industrial de Manaus: dimensões da experiência de mulheres trabalhadoras*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.
- Maraschin, C. (2004). Pesquisar e Intervir. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 16 (1), 98-107, Número Especial.
- Medeiros, M. N. (2010). *Violência Conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus filhos adultos/os jovens*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Medrado, B. & Lira, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 424, 809-840.
- Morrow, M. & Hankivsky, O. (2007). Feminist methodology and health research: bridging trends and debates. Em M. Morrow, O. Hankivsky & C. Varcoe (Orgs.), *Women's Health*

- in Canada: critical perspectives on theory and policy* (93-123). Toronto: University of Toronto.
- Murta, S. G. & Marinho, T. (2009). A clínica ampliada e as políticas de Assistência Social: uma experiência com adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58 – 72. Retirado [www.crp09.org.br](http://www.crp09.org.br)
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11, 647 – 654.
- Navarro-Swain, T. (2000). A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário?”. Em Tânia Navarro Swain (Org.), *Feminismos: Teorias e Perspectivas*. *Revista da Pós-Graduação em História da UnB*, vol.8, n ½, 47-84.
- Navarro-Swain, T. (2002). Identidade nômade: heterotopias de mim. Em Margareth Rago, Luiz B. Lacerda Orlandi e Alfredo Veiga-Neto (Orgs.), *Em Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. (325-341). Rio de Janeiro: DP & A Editora.
- Navarro-Swain, T. (2003). Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. *LABRYS - Estudos Feministas* (revista eletrônica), n.4. Retirado de [www.unb.br/ih/his/gefem](http://www.unb.br/ih/his/gefem)
- Navarro-Swain, T. (2005). Mulheres, sujeitos políticos: que diferença é esta? Em T. N. Swain & D. do C. G. Muniz (Orgs.), *Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas* (pp. 337-354). Santa Catarina: Editora Mulheres e Editora PucMinas.
- Nery, M. P. & Costa, L. F. (2008). A pesquisa em Psicologia Clínica: do indivíduo ao grupo. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25(2), 241-250.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra as mulheres na intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 43 – 64.

- Neves, S. & Nogueira, C. (2005). Metodologias Feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas Ciências Sociais. [Versão Eletrônica]. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 408 – 412.
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismo e perspectivas críticas na Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Olesen, V. L. (2008). Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. Em Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Orgs.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (219-257). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, V. C. (2007). *Vida de mulher: gênero, pobreza e saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Paltiel, F. L. (1993). La salud mental de la mujer de las Américas. *Genero, Mujer e Salud en las Américas*. (143-162). Publicação da Organização Pan-americana de Saúde – OMS.
- 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. [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Pinto, J. P. (2004). Os gêneros do corpo: para começar a entender. Em E. Gonçalves (Org.), *Desigualdades de gênero no Brasil: reflexões e experiências* (pp. 33-44). Goiânia: Grupo Transas do Corpo.
- Pondaag, M. C. M. (2003). *"O dito pelo não dito": desafios no trabalho com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pondaag, M. C. M. (2009). *Sentidos da Violência Conjugal: a perspectiva de casais*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Porchat, P. (2010). Gênero, práticas “psi” e subjetividades. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 116-122.
- Praciano, M. S. G. (2011). *Repercussões Transgeracionais nas Relações Familiares de*

- Mulheres de Baixa Renda de Manaus*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Prins, B e Meijer, I. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, 155-167.
- Ramos, D. S. (2011). *Gênero e Geração: Permanências e Mudanças na Condição Feminina*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rebouças, M. S. S. & Dutra, E. (2010). Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. [Versão Eletrônica]. *Revista da Abordagem Gestáltica – XVI(1)*: 19-28.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. Em C. S. Vance (Org.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Ed. Revolución, Madrid, pp. 113-190.
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. [Versão Eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 1177-1182.
- Santos, L. S. (2008). *Profissão: Do lar. A (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade do feminino*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan R. (2006). Teoria e Terapia Feministas. Em J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan. *Teorias de Aconselhamento e de Psicoterapia. Contexto e Prática. Habilidades, Estratégias e Técnicas*. (211-229). Rio de Janeiro: LTC.
- Vianna, C. (2005). *Climatério e Autovalorização: Uma Reflexão Feminista*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Vianna, C. & Diniz, G. (2006a). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. Em D. Falcão & C. Dias. (Orgs.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas, vol. I.* (pp. 37-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vianna, C. & Diniz, G. (2006b). Condição Feminina, Gênero e Autovalorização. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano. Estudos em Representações Sociais.* (pp. 215-231). Brasília: Editora UnB.

## ARTIGO II

### RISCO E PROTEÇÃO NA SAÚDE MENTAL DE MULHERES

**Resumo.** Este artigo apresenta dados de pesquisa-intervenção cujo objetivo foi desenvolver grupos de conversação voltados para a promoção da saúde mental e para identificar fatores de risco e de proteção presentes na história de vida de mulheres de baixa renda. As participantes eram usuárias e funcionárias de uma unidade básica de saúde - Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) da região metropolitana de Goiânia-GO. Os dados foram coletados por meio de questionário demográfico e de instrumento que identificou eventos de vida negativos e positivos vivenciados por oito participantes dos grupos de conversação. Os resultados apontaram que as experiências classificadas como negativas ou positivas variaram em intensidade de acordo com a época de sua ocorrência ao longo do ciclo vital. A discussão utiliza uma perspectiva feminista e de gênero para pensar sobre fatores de risco e proteção e a importância de sua identificação para a prevenção e a promoção da saúde mental de mulheres.

**Palavras-chave:** fatores de risco e proteção; gênero; saúde mental de mulheres.

### RISK AND PROTECTION IN WOMEN'S MENTAL HEALTH

**Abstract.** This article presents data regarding a research-intervention project. The objectives of the project were to develop conversation groups geared towards the promotion of mental health and to identify risk and protective factors present in the life history of low-income women. The participants were female patients and employees of a Primary Health Care Unit – Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) in the metropolitan area of Goiânia-GO. Data were collected through a demographic questionnaire and an instrument that identified negative and positive life events experienced by eight participants of the conversation groups. The results showed that life events classified as positive or negative varied in intensity according to the time of its occurrence. The discussion uses a feminist and gender perspective to think about risk and protective factors and the importance of their identification for the prevention and promotion of women's mental health.

**Keywords:** risk and protective factors; gender; mental health of women.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo discute dados coletados em uma pesquisa-intervenção realizada por meio de grupos de conversação com mulheres. O objetivo do estudo<sup>1</sup> foi desenvolver uma estratégia de atendimento psicológico grupal voltada para a promoção da saúde mental e levantar informações sobre fatores de risco e proteção presentes na história de vida das participantes. As participantes eram mulheres usuárias e funcionárias de uma unidade básica de atenção à saúde – Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) da região metropolitana de Goiânia-GO. Foram escolhidas oito participantes que responderam um questionário demográfico na primeira coleta, participaram de um grupo de conversação e responderam um instrumento sobre experiências de vida na segunda etapa de coleta desta investigação.

O texto tem início com uma discussão breve sobre a importância de se avaliar a presença de fatores de proteção e risco para a saúde mental de mulheres. Em um segundo momento, contextualiza e apresenta os procedimentos da pesquisa-intervenção que propõe investigação e atendimento simultaneamente. Em seguida, apresenta os dados que apontaram a presença de eventos negativos e positivos de impacto significativo na história de vida das participantes. A discussão do artigo problematiza a importância de se conhecer os fatores de risco e proteção e seu impacto na saúde mental de mulheres goianas – usuárias da atenção básica, e finaliza com uma reflexão sobre a proposta dos grupos de conversação com mulheres voltados para a promoção de sua saúde mental.

---

<sup>1</sup> Estudo realizado no contexto da pesquisa de Tese de Doutorado intitulada *Gênero e Psicologia Clínica: Risco e Proteção na Saúde Mental de Mulheres* desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, UnB, e apoiado, financeiramente, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.



### **1.1. Prevenção e promoção da saúde mental: risco e proteção**

Mudar as práticas ou reestruturar os serviços de saúde vem sendo apontado como antecedentes fundamentais para a promoção da saúde. A discussão sobre promoção de saúde ganhou destaque com a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida em Ottawa, Canadá, em 1986. A Carta de Ottawa apontou cinco eixos de ação para a promoção da saúde: 1. construção de políticas públicas para vidas saudáveis; 2. criação de ambientes favoráveis a saúde; 3. reforço da ação comunitária; 4. desenvolvimento de habilidades pessoais; e 5. reorientação dos serviços de saúde (Lopes et al., 2010).

O conceito de prevenção, por sua vez, é aparentemente mais complexo do que o conceito de promoção, pois implica em antecipar um quadro que ainda não está configurado. Os objetivos da prevenção de transtornos específicos e promoção de bem-estar e competências não são exclusivos e suas técnicas podem, inclusive, ser as mesmas (Dalton, Elias & Wandersman, 2007). As habilidades de enfrentamento das pessoas têm sido o tema mais amplamente estudado em prevenção. Pesquisadores da área defendem a importância de se aprender sobre como prevenir transtornos específicos, a exemplo da depressão e do suicídio.

Um importante relatório feito pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos, nos anos 1990, influenciou em grande medida o pensamento sobre a prevenção no século XXI. O documento apontou três dimensões para a prevenção: universal, seletiva e indicada. A prevenção universal contempla intervenções que são boas para todos de uma dada população, semelhante ao conceito de prevenção primária. A prevenção seletiva está direcionada para pessoas que estão expostas a um risco ambiental ou pessoal, acima da média normal para desenvolverem transtornos mentais. Finalmente, a prevenção indicada voltada para indivíduos que estão expostos a altos riscos de desenvolverem transtornos mentais no futuro,

especialmente se eles apresentam sintomas precoces (Dalton, Elias & Wandersman, 2007; Tavares, 2005).

Ações de prevenção devem eleger o trabalho com grupos não-clínicos antes que um diagnóstico possa ser atribuído. Em casos com diagnósticos clínicos, deve-se utilizar o termo tratamento. A prevenção está voltada, portanto, para a atenção a riscos e vulnerabilidades. O tratamento, por sua vez, se refere aos casos com diagnósticos clínicos e se volta para a contenção ou reversão do dano (Tavares, 2005). À medida que se diminui a vulnerabilidade social por meio de ações interventivas, pode-se diminuir o risco, e assim, o perigo de algum dano (Hillesheim & Da Cruz, 2009).

Ao longo do ciclo de vida, a trajetória de uma pessoa pode ser afetada por eventos de vida negativos – conhecidos como fatores de risco, eventos adversos ou estressores. Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentam a vulnerabilidade e a probabilidade do desenvolvimento de sintomas, que podem levar a uma maior gravidade e duração dos principais problemas de saúde mental (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004; World Health Organization, 2011).

Enquanto os fatores de risco referem-se a adversidades, os fatores de proteção, por sua vez, referem-se às condições que melhoram a resistência das pessoas a dificuldades e perturbações (Pesce et al., 2004; WHO, 2011). Os fatores de proteção são aqueles que protegem o indivíduo de transtornos e permitem um desenvolvimento saudável. Eles reduzem, abrandam ou eliminam as exposições aos fatores de risco, reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas aos riscos (Ministério da Saúde, 2009). Fatores de risco e de proteção podem ser individuais, relacionados com a família, demais relações sociais e com o ambiente. Intervenções preventivas trabalham com foco na redução de fatores de risco e buscam reforçar fatores de proteção associados à minimização de problemas de saúde mental (Tavares, 2005).

## 1.2. Fatores de risco na saúde mental de mulheres

As circunstâncias sócio-econômicas, o suporte social e os comportamentos relacionados à saúde têm efeitos independentes sobre a saúde e a saúde mental, e juntos reforçam-se mutuamente (WHO, 2000, 2002). Desigualdades de saúde têm origem no gênero, na classe, na raça, na etnia, na cultura, no acesso a informações e na qualidade dos cuidados e serviços disponíveis.

Diferenças de gênero na prevalência, no início e no curso de transtornos mentais têm sido apontadas pela literatura internacional (Morrow & Hankivsky, 2007; Carlson, Eisenstat & Ziporyn, 1997; Diniz, 2004). Epidemiologicamente, as mulheres apresentam maiores índices de depressão, ansiedade generalizada e também transtornos alimentares, e esses fatores combinados elevam o risco de suicídio nessa população (Carlson, Eisenstat & Ziporyn, 1997; Pegoraro & Caldana, 2008).

Estudos brasileiros indicam uma forte associação entre a experiência de mulheres vítimas de violência doméstica e o adoecimento mental. Depressão, ansiedade, estresse, dependência de medicamentos e substâncias psicotrópicas, e risco de suicídio são problemas de saúde mental associados com a presença de violência na vida das mulheres (Angelim, 2009; Guimarães, 2009; Pondaag, 2009, 2003; Medeiros, 2010, Soares, 1999). As consequências da violência vão além das marcas deixadas no corpo. São experiências que alteram a vida emocional e psíquica das mulheres, limitam suas possibilidades e bloqueiam seus sonhos e projetos. Situações de violência comprometem sua saúde física e mental minando sua capacidade produtiva, qualidade de vida e auto-estima, o que reflete baixo poder de emancipação (Vianna, 2005).

A partir de 2006, com a Lei 11.340/2006, Lei Maria da Penha, ficou definido o que constitui violência contra as mulheres: ela se expressa na violência doméstica, sexual, moral, patrimonial, entre outras formas desiguais de poder que colocam as mulheres em posição

desfavorável e oprimida. A definição de cada um desses tipos de violência facilita a argumentação de operadores de direito e torna-se uma referência para que as mulheres possam refletir sobre suas próprias vivências de agressão e também interpretá-las como violência (Angelim & Diniz, 2009).

O estudo de La Flair, Bradshaw & Campbell (2011) avaliou a associação longitudinal entre violência e abuso por parceiro íntimo e sintomas depressivos, para identificar potenciais alvos para intervenções preventivas com mulheres. A violência cometida por parceiro íntimo é fator de risco para o desenvolvimento de transtornos psiquiátricos, incluindo transtornos de humor como depressão e ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático e transtornos decorrentes do abuso e dependência de substâncias (You, Swogger, Cerulli & Conner, 2011).

Estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) que reuniu dados provenientes de oito países ao redor do mundo, mostrou uma relação altamente significativa entre experiência de violência física por um parceiro íntimo e ideação suicida. O Brasil foi um dos países participantes e os dados coletados com 940 mulheres revelaram que 48% da amostra que havia experimentado violência física pelo parceiro já havia pensado em cometer suicídio (WHO, 2002).

Outro importante fator de risco para a saúde mental de mulheres que também está ligado ao risco de suicídio é a experiência de violência sexual. A violência sexual é geralmente vivenciada por mulheres mais jovens e há uma forte associação entre ser abusada sexualmente na infância e a presença de múltiplos problemas de saúde mental ao longo da vida. A severidade do abuso parece ser um dos grandes responsáveis pelo adoecimento psíquico, independente do período de tempo em que o abuso tenha ocorrido (WHO, 2002).

Soares (1999) aponta que as vítimas de violência sexual estão expostas a graves fatores de risco como outras formas de violência – física, sexual, psicológica, abuso sexual, turismo sexual, prostituição, exploração de menores, DST's/AIDS, gravidez indesejada.

Mulheres vítimas de violência sexual queixam-se de dores crônicas corporais, dificuldades de obter prazer sexual, medo de estabelecer relacionamentos afetivos, comportamentos destrutivos e tentativas de suicídios (Soares, 1999).

A presença de transtorno mental em familiares também constitui fator de risco para a saúde mental de mulheres, pois, de modo geral são as mulheres que cuidam de membros que necessitam de tratamento psiquiátrico no contexto da família (Pegoraro & Caldana, 2008). Essas ações de cuidado demandam tempo e dedicação, envolvem alta carga emocional e altos custos financeiros. Esses fatores somados acabam gerando comprometimento da qualidade de vida, especialmente quando as mulheres são as principais cuidadoras e não podem contar com apoio social para desempenhar essa função, o que gera alto nível de tensão (WHO, 2002). Quando são elas que experimentam o adoecimento mental, a família é muito afetada, considerando o agravante da presença de filhos pequenos e do contexto de pobreza e baixa renda (Pegoraro & Caldana, 2008).

### **1.3. Gênero, pobreza e impacto na saúde mental**

A ética feminista diz respeito a valorização da experiência de gênero como eixo organizador da identidade do sujeito que juntamente com outros marcadores sociais como raça, classe, orientação sexual, sanidade mental, demarcam um espaço de voz e visibilidade, ou de silenciamento e invisibilidade para grupos sociais distintos, dependendo das combinações entre estes marcadores. Essa combinação pode gerar ou agravar a saúde e a saúde mental, por isso a ética feminista é sempre uma tomada de posição no debate político sobre como as diferenças entre pessoas se estabelecem como desigualdade e tem impacto em seu cotidiano e bem-estar psicossocial.

Gênero como categoria de análise histórica (Scott, 1995) deve sua origem a problematização feminista e refere-se aos papéis socialmente construídos por meio da

mediação simbólica e cultural sobre as diferenças. Uma importante preocupação feminista no campo dos estudos de gênero é compreender como este processo ocorre e estabelece relações desiguais entre os sexos, com especial desvalorização das mulheres. Assim, gênero não inclui um paradoxo, que existe sem qualquer explicação, mas comporta uma contradição de interesses que é explicada historicamente (K. Giffin, comunicação pessoal, 04 de outubro de 2007).

A determinação múltipla da pobreza aponta para a necessidade de sua compreensão histórica e dialética, e seu impacto na reestruturação das práticas identitárias (Giffin, 2007). Há crescente evidência internacional de que em países de baixa e média renda, o transtorno mental, a saúde e a pobreza interagem em um ciclo negativo. Condições de pobreza aumentam o risco de doença mental em função da presença de nível elevado de estresse, diminuição do capital social, má nutrição, exclusão social e aumento de riscos de violência e trauma. Adversidades que tendem a se agravar, não apenas viver com um transtorno mental, mas permanecer em contexto de pobreza (Lund et al., 2011).

Pesquisas (Couto-Oliveira, 2007; WHO, 2000) indicam que em contextos de baixa renda e pobreza é maior a probabilidade de haver pouco acesso aos recursos de saúde, educação e ao trabalho remunerado, principalmente se forem consideradas as condições de vida precárias e baixo nível de suporte social. A pobreza tem um impacto dramático nos recursos de mulheres para se manterem bem e com saúde, pois restringe as chances de atendimento e tratamento e as mantém economicamente dependentes. Isto aumenta a possibilidade de permanecerem em situações abusivas e de violência doméstica, diminui a habilidade de participarem de suas comunidades, isola e estigmatiza a si mesmas e as suas famílias (Morrow & Chappell, 1999).

A crescente pobreza entre mulheres no mundo exige mudanças na estrutura social e econômica e ampla participação democrática. É preciso discutir como a pobreza enfraquece a

cidadania das mulheres, dificulta assumir posições políticas e fazer interferências institucionais e legais para modificarem sua condição. As condições desiguais e precárias do contexto de pobreza favorecem igualmente o sentimento de inferioridade e a baixa autoestima (Bandeira & Bittencourt, 2005).

É importante afirmar que, frequentemente, a pobreza de mulheres significa a pobreza de crianças e adolescentes. Por isto, é necessário o reconhecimento de que ela é um problema social sistemático e não um problema individual (Diniz, 1999, 2004; Morrow & Chappell, 1999). A falta de perspectiva, de autonomia, de poder e de tomada de decisão associadas ao tipo de acesso à renda própria sobrecarrega e oprime as mulheres, afeta e compromete sua saúde mental.

Nas famílias mais pobres, contradições são criadas entre a necessidade de renda da mãe e o cuidado com os filhos; entre a necessidade de renda dos filhos e seus estudos. A transição de gênero em que as mulheres começam a ser responsabilizadas pela provisão de renda, especialmente com filhos menores, gera uma “nova mulher independente” que atualiza a ideologia sobre os gêneros e oculta o efeito perverso da dupla jornada. A dupla jornada não significa independência financeira nem estabilidade familiar, uma vez que os trabalhos remunerados que a maioria das mulheres têm acesso estão relacionados às suas habilidades domésticas, desvalorizadas e mal-pagas, organizadas pela ordem internacional do capital onde a feminização do trabalho acompanha a feminização da pobreza (Giffin, 2002).

A feminização da pobreza também é racializada. Mulheres pobres e negras têm sido vítimas, ao longo da história, do sexismo e do racismo. Por meio do debate sobre interseccionalidades e refletindo sobre diferentes formas como os vários grupos de mulheres vivenciam a discriminação, Crenshaw (2002) sugere que um trabalho junto a mulheres marginalizadas deve antecipar as muitas maneiras pelas quais os fluxos de vulnerabilidades

podem se entrecruzar a partir de diferentes sistemas de dominação, aumentando o desempoderamento.

Pensar a saúde mental de mulheres exige portanto, considerar questões sobre baixa renda e pobreza, racismo, homofobia, marginalização, violência conjugal, conflitos nas relações de trabalho, envelhecimento, mudanças nos papéis conjugais e familiares, bem como sua intersecção com os padrões de socialização de gênero na construção da identidade, nas relações interpessoais e na organização da vida social. Inclui a complexa interrelação entre fatores de risco como abuso sexual, queixas depressivas e de ansiedade, dependência de álcool e outras drogas, múltiplas jornadas, conflitos de relacionamento, tentativa e risco de suicídio; e fatores de proteção como acesso a recursos positivos para melhorar sua qualidade de vida (Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

## **2. MÉTODO**

O objetivo deste estudo qualitativo descritivo foi investigar fatores de risco e proteção presentes na história de vida de mulheres jovens e adultas de baixa renda, usuárias e funcionárias de uma unidade básica de atenção a saúde, por meio de uma estratégia de intervenção grupal.

### **2.1. Contexto da pesquisa-intervenção**

O estudo foi desenvolvido em um Centro de Assistência Integral a Saúde (CAIS) em um município da região metropolitana de Goiânia-GO. A equipe de pesquisadoras desta pesquisa-intervenção foi composta pela presente clínica-pesquisadora que coordenou um grupo de seis psicólogas, egressas do curso de Psicologia da Universidade Paulista – UNIP/



Campus Goiânia, com experiência em atendimento clínico e grupal e formação em Psicologia Clínica.

## 2.2. Participantes

Oito mulheres que responderam um questionário demográfico na primeira coleta, participaram de um grupo de conversação e compareceram para a segunda coleta da pesquisa, quando responderam o instrumento descrito abaixo que será analisado qualitativamente.

## 2.3. Instrumentos

Dois instrumentos foram utilizados e analisados nesta pesquisa-intervenção. Um deles foi o questionário demográfico que continha questões gerais sobre o perfil socioeconômico das participantes, e também questões sobre assistência psicológica e psiquiátrica recebidas, somadas a perguntas sobre sua condição de bem-estar no momento atual. O segundo instrumento foi o *Life Experiences Survey (LES)*, que versa sobre o impacto de experiências de vida. O LES é um instrumento de avaliação psicológica em saúde mental que apresenta uma lista de eventos que podem trazer mudanças e requerer ajuste social na vida de quem os experimenta. Desenvolvido por Saranson, Johnson e Siegel (1978), o LES<sup>2</sup> possui confiabilidade e correlaciona-se com uma variedade de medidas dependentes relevantes. Apontam seus autores que esse instrumento poderia ser usado em estudos destinados a identificar variáveis de risco, protetivas e seus efeitos.

A versão do LES usada na segunda coleta desta pesquisa-intervenção é composta por uma lista de 63 eventos e uma lista complementar com mais 10 eventos dirigidos para estudantes. Esse instrumento solicita ao participante que escolha, para cada item da lista de

---

<sup>2</sup> Instrumento traduzido e adaptado pelo Núcleo de Intervenção em Crise, do Laboratório de Estudos em Saúde Mental e Cultura, do Departamento de Psicologia Clínica, da Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Marcelo Tavares, e autorizado para ser utilizado neste estudo.

eventos, o período em que o evento ocorreu, se há muito tempo, se há pouco tempo (de seis meses a um ano), ou se nunca ocorreu. É solicitado que o/a respondente escolha e marque, em uma escala tipo Likert, para cada item da lista, além do período de ocorrência, também o impacto do evento, se positivo ou negativo, e sua intensidade, pouca, moderada ou extrema. Assim, o/a respondente deve indicar se o evento ocorreu em sua vida, quando ocorreu e qual foi seu grau de impacto. O instrumento também solicita aos respondentes que indiquem outras experiências que tiveram impacto positivo ou negativo em sua vida.

#### **2.4. Procedimentos**

A Secretaria de Saúde do município foi contatada em busca de apoio para a realização da pesquisa-intervenção. Uma vez obtido esse apoio, o serviço de Psicologia de uma unidade básica de saúde foi acessado para identificar a demanda e o interesse pelo trabalho com grupos de conversação. A proposta da pesquisa-intervenção foi apresentada à psicóloga e à direção da unidade, e aprovada para ser desenvolvida como estratégia grupal breve de promoção da saúde mental de mulheres usuárias da unidade. Após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IH/UnB foi iniciada a coleta de dados.

O primeiro contato com as participantes era feito em locais onde as pessoas aguardavam sua consulta no CAIS, ou seja, em um salão principal e nos corredores. Nesses locais foram estabelecidas conversas do tipo sala de espera com mulheres adultas jovens e maduras, usuárias e funcionárias da unidade de saúde. A conversa girava em torno da sua saúde emocional, e da proposta de um grupo voltado para apoio psicológico em saúde mental. Todas eram convidadas para participar de uma pesquisa-intervenção, e aquelas que decidiam participar, dirigiam-se com as terapeutas a uma sala de atendimento para responder a questionários de avaliação psicológica, incluindo o LES. Foi utilizada uma sala de

atendimento psicológico para aplicação dos instrumentos e realização dos encontros dos dois grupos formados em novembro e dezembro de 2008.

Mulheres interessadas receberam esclarecimento sobre o objetivo da pesquisa-intervenção, concordaram em participar e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Aquelas que possuíam dificuldade de leitura eram auxiliadas por uma pessoa da equipe que, então, lia todo o material em voz alta e marcava a resposta escolhida pela participante. Esse procedimento foi adotado no sentido de não excluir da participação na pesquisa mulheres analfabetas ou com baixa escolaridade.

Na 1ª etapa, em novembro de 2008 a equipe fez a primeira coleta de informações com a aplicação de questionários de avaliação psicológica em saúde mental. A estratégia metodológica da pesquisa incluiu uma avaliação pré grupo e outra seis meses após a intervenção grupal. Durante cinco dias de coleta, foram aplicados questionários em trinta e sete (37) participantes. Ao final de cada aplicação, elas eram convidadas a fazer parte de um grupo de conversação voltado para a saúde mental de mulheres.

Foram formados dois grupos e, das trinta e sete participantes que responderam os instrumentos, treze (13) compareceram em pelo menos um encontro de um dos dois grupos – um grupo teve cinco e o outro teve oito participantes. Para cada grupo foram realizados seis encontros semanais, com uma hora e meia de duração cada encontro, no turno vespertino.

Na 2ª etapa, em julho de 2009 foi realizada a segunda coleta com a reaplicação dos instrumentos de avaliação utilizados e a aplicação de um instrumento sobre eventos de vida. Nesse momento foi feita uma breve entrevista com cada uma das participantes que retornou. A intenção dessa entrevista foi ampliar a compreensão sobre o estado atual de saúde mental de cada mulher. Das treze participantes dos grupos que foram convidadas por telefone a comparecer, oito (8) mulheres retornaram, após seis meses de encerramento do trabalho

grupais, para a segunda coleta. Metade era funcionária do CAIS e a outra metade era usuária do serviço de saúde.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Características gerais das participantes**

Informações dos questionários demográficos apontaram que as 37 participantes deste estudo tinham idades entre 31 e 50 anos, e média de idade de 45 anos. Dentre as participantes 87,5% era casada ou vivia com companheiro/a, morava em casa própria com a família de até onze pessoas, com renda pessoal e familiar que variava de um a quatro salários mínimos. A maioria das participantes (75%) era natural de alguma cidade do interior de Goiás. Quando perguntadas sobre qual era sua cor/raça, 37,5% das participantes se classificaram como morenas; 37,5% como brancas; e 25% como pardas. Em relação ao nível educacional, 37,5% cursou ou havia concluído o ensino fundamental. Das 62,5% das participantes que concluíram o ensino médio, 50% também concluiu o curso técnico de Enfermagem e trabalhava na área – eram funcionárias da unidade básica de saúde; 25% estava desempregada e 12,5% trabalhava com costura e serviços gerais.

Dentre as participantes, 50% já havia feito psicoterapia. 37,5% nunca havia tomado medicação psiquiátrica; 37,5% estava tomando medicação psiquiátrica no momento da pesquisa e 25% já havia tomado esse tipo de medicamento. O principal motivo relatado por aquelas que já haviam feito uso de medicação foi síndrome do pânico. Motivos relatados por aquelas que faziam uso atual de medicação psiquiátrica foram depressão, síndrome do pânico, ansiedade e insônia.

### 3.2. Eventos de vida negativos e positivos na história de vida das participantes

Os resultados do *Life Experiences Survey* (LES) apontaram 48 eventos de vida avaliados como muito negativos pelas 8 participantes do grupo. Cabe apontar que 87,5% das mulheres consideraram a morte de familiares, ocorrida há muito tempo, como uma experiência de impacto extremamente negativo, enquanto 37,5% também referiram impacto negativo com relação a morte recente na família. Entre as participantes, 75% apontaram a perda de contato com amigos e familiares, por mudança de cidade, como uma experiência muito negativa. No contexto das relações familiares e como evento que ocorreu há muito tempo, 25% das mulheres consideraram negativa uma menor aproximação com a família.

Doença ou lesão grave de algum parente foi considerada um evento recente de impacto muito negativo para 62,5% das mulheres, e, 50% também o considerava negativo, ainda que ele houvesse ocorrido há muito tempo. Um aumento no consumo de bebidas alcoólicas por parentes próximos ao longo da vida foi avaliado negativamente por 50% das participantes, e, 12,5% confirmou esse aumento no momento atual. A morte de amigos foi considerada negativa para 50% das participantes que haviam passado por essa experiência há muito tempo, e por 25% das mulheres que passaram por ela recentemente.

Metade (50%) das mulheres passaram por doenças pessoais graves no curso de sua vida e isso foi avaliado como tendo um impacto muito negativo. Uma das participantes apontou como doença a depressão – enquanto 12,5% passava, atualmente, por doença pessoal grave. Tentativas de suicídio foram feitas pelas participantes e seu impacto foi avaliado como muito negativo: 37,5% apontaram ter tentado o suicídio há muito tempo e 12,5% relataram tentativa no momento atual, considerando os últimos seis meses. Importante mencionar que 25% das participantes apontou tentativa ou suicídio na família como evento negativo que ocorreu há muito tempo.

O impacto de diversas formas de violência também esteve presente na vida das participantes: 37,5% das mulheres afirmou ter sido vítima de preconceito ao longo da vida, levando em conta vários tipos de discriminação sofridas, e, 12,5% foi vítima de preconceito recentemente. Dentre as mulheres, 37,5% foi vítima de violência sexual: 25% dessas mulheres foi vítima há muito tempo e 12,5% relatou esse evento como acontecimento recente no último ano. 25% apontou o impacto negativo de ter sido vítima de agressão física, e 25% já foi vítima de assalto ou sequestro. Das participantes, 25% consideraram como eventos negativos envolvimento em brigas com agressão física e envolvimento em processos legais.

Uma parte das participantes (37,5%) consideraram como experiências negativas que ocorreram há muito tempo: separação do parceiro devido a conflito; divórcio; discussões na família de origem; problemas com membros da família do parceiro; piora na situação financeira e diminuição do lazer. 12,5% relatou, negativamente, essas mesmas experiências no momento atual. O aborto foi considerado como evento negativo por 37,5% das mulheres e 25% consideraram a gravidez com um impacto negativo.

O casamento foi avaliado por 25% como tendo um impacto negativo. Essa mesma porcentagem de mulheres apontou dificuldades sexuais no momento presente e 12,5% relatou essa experiência como negativa no passado. Dentre as participantes, 50% concordou que término de namoro também foi uma experiência negativa.

Na história de vida, morar fora da casa dos pais pela primeira vez foi visto como evento negativo por 50% das participantes. Eventos recentes tais como grande mudança na qualidade do sono e nos hábitos alimentares foram apontados negativamente por 37,5% das participantes. Como experiência que ocorreu há muito tempo, 12,5% das participantes consideraram como evento negativo de vida o divórcio dos pais, ter feito um empréstimo, ter sido demitida, ter sido presa em delegacia e ter um familiar preso.

Parte das participantes (25%) consideraram como eventos negativos filho/a sair de casa; mudanças nas atividades sociais e religiosas; na própria situação de trabalho ou do parceiro e nas condições de habitação. Na área da educação, 25% das mulheres confirmaram que não ter concluído o ensino formal foi um evento de vida negativo; e 12,5% afirmou que tirar nota baixa em uma prova importante, ser reprovada, trancar ou abandonar matérias, ter problemas financeiros relativos aos estudos foram eventos negativos que haviam ocorrido nos últimos seis meses.

Respostas ao LES apontaram 24 eventos de vida avaliados como positivos pelas participantes. Considerando as experiências com impacto positivo que ocorreram há muito tempo, 75% das mulheres apontaram conquista pessoal excepcional e casamento, e, 62,5% apontaram a gravidez. A experiência de reconciliação com o parceiro também foi vista como positiva para 62,5% das participantes e 50% apontaram o noivado como evento com impacto muito positivo. A chegada de um novo membro na família e mudança nas condições de habitação foram eventos positivos para 37,5% no passado, e para 25% das participantes recentemente.

Um novo emprego teve impacto positivo na história de vida de 37,5% das participantes, e como evento recente positivo para 12,5%. Conclusão de educação formal, mudança de residência, melhora na situação financeira ou ter feito um empréstimo, foram eventos positivos para 37,5% das mulheres e ocorreram há muito tempo. Para 25% das participantes, morar fora da casa dos pais pela primeira vez foi uma experiência positiva. Maior aproximação com membros da família foi apontado por 50% - como evento positivo que ocorreu há muito tempo (25%) e que ocorreu no período atual (25%).

Mudanças em atividades religiosas e sociais na história de vida foi positivo para 12,5% das participantes, e, a religião foi considerada positiva por 25% das mulheres atualmente. Menos discussões com o/a parceiro/a foi considerado um ponto positivo para as

participantes no momento atual (12,5%) e ao longo da história de vida (12,5%). Por fim, 12,5% apontou que diminuição do consumo pessoal de bebidas alcoólicas, mudança nos hábitos alimentares, mudança na situação de trabalho, ingressar em uma faculdade e filha sair de casa como eventos positivos que ocorreram nos últimos meses.

A segunda parte do LES convidou as participantes a relatarem outras experiências que tiveram impacto em sua vida. Para isto foi necessário escrever qual era a experiência, assinalar o período em que ela ocorreu, qual foi seu impacto quando aconteceu - se positivo ou negativo, e o grau de intensidade desse impacto. Apenas uma das participantes não acrescentou outras experiências.

As experiências relatadas pelas participantes serão apresentadas com nomes fictícios por uma questão de ética e sigilo. Quatro participantes acrescentaram como eventos negativos:

Ângela: ***“Irmão com transtorno mental trazendo preocupação”***, ocorreu no último ano com impacto extremamente negativo.

Clara: ***“Ser internada”, “Trancar a faculdade”, “Mudar de serviço”, “Minhas filhas com o pai”***, ocorreram no último ano e tiveram impacto extremamente negativo. ***“Novo relacionamento”*** ocorreu há muito tempo e também teve impacto extremamente negativo.

Isabel: ***“Filhos revoltados”*** visto como muito negativo.

Sílvia: ***“Divórcio da minha filha”***, ocorreu há muito tempo com impacto um pouco negativo.

Vitória: ***“Agressão sexual sem penetração por irmão mais velho”***, ocorreu há muito tempo e teve impacto extremamente negativo.

Experiências positivas acrescentadas foram:

Sílvia/ Zuleide/ Rosane: ***“Ser avó”, “Nascimento dos meus netos”, “Deus me deu a graça de quatro netos”*** com impacto extremamente positivo para as três participantes.



*Rosane*: “**Por servir a Deus**” que ocorreu há muito tempo com impacto extremamente positivo. “**Minha filha que se formou**”, “**Casamento da minha filha**”, “**Todas hoje começaram a trabalhar**”, ocorreram no último ano e tiveram impacto extremamente positivo.

*Isabel*: “**Melhor comportamento dos filhos**” visto como muito positivo. “**Terapia medicamentosa**” e “**Conquista do amor próprio**” com impacto moderadamente positivo. “**Terapia de grupo com vocês**” e “**Colocar para fora (falar) o que estava guardado**” com impacto extremamente positivo.

#### 4. DISCUSSÃO

##### **Fatores de risco e proteção na saúde mental de mulheres usuárias da atenção básica**

A presente investigação discute a presença de fatores de risco e proteção na vida de mulheres e aponta os impactos negativos ou positivos que eles têm no bem-estar e na qualidade de sua saúde mental. Esta pesquisa-intervenção realizada em contexto institucional de saúde pública corroborou resultados de estudos anteriores (Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b). Naqueles, assim como no estudo atual, foi possível constatar que a presença de fatores de risco como história de tentativas de suicídio, experiência de violência, abuso sexual, preconceito, discriminação, ansiedade e depressão, abuso ou dependência de substâncias estão presentes na história de vida e no cotidiano de mulheres, e resultam em impacto negativo em sua saúde mental. Esses fatores de risco associados às condições de baixa renda colocam as mulheres em situação de maior vulnerabilidade.

Diferentes níveis de vulnerabilidade e exposição a vários tipos de riscos que as mulheres enfrentam em comparação com os homens irão estabelecer limites sobre suas possibilidades de exercer controle sobre os determinantes de sua saúde mental e sobre os efeitos de eventos estressores desproporcionalmente vividos por elas (WHO, 2000). Nosso trabalho reitera a importância de se levar em conta as adversidades de viver com dificuldades emocionais ou transtorno mental, e permanecer em contexto de pobreza (Lund et al., 2011; Morrow, & Chappell, 1999). É importante questionar mais as condições sociais do que os

papéis de gênero, uma vez que o gênero inclui uma contradição social e histórica de interesses que mantém a pobreza e a desigualdade (K. Giffin, comunicação pessoal, 04 de outubro de 2007).

As participantes deste estudo eram, em sua maioria, mulheres casadas e de baixa renda. Metade da amostra era usuária, e a outra metade era funcionária e usuária do sistema de saúde. Cabe lembrar que os cuidados à saúde das mulheres pobres e de baixa renda são diferentes e desiguais se comparados aos serviços disponíveis à mulheres de outras classes sociais, uma vez que as primeiras dependem, basicamente, dos serviços públicos de saúde, que de modo geral funcionam de modo deficiente e precário (Giffin, 2002).

Diagnósticos de depressão, síndrome do pânico, ansiedade e insônia foram queixas tratadas com o uso de medicação psiquiátrica. Esse dado é coerente com a literatura segundo a qual mulheres recebem mais frequentemente o diagnóstico de depressão, pânico, ansiedade, e também fazem mais uso de medicação psiquiátrica do que homens (Carvalho & Dimenstein, 2004). A utilização de psicofármacos pode ajudar a dormir, acalmar a dor, reduzir a angústia, mas é importante lembrar que somente esse uso não oferece possibilidade de reflexão, nem tampouco contribui para mudar as condições que geram o mal-estar.

Eventos de vida podem trazer mudanças e requerer ajuste social (Saranson, Johnson & Siegel, 1978). Ademais, esses eventos podem ser avaliados negativa ou positivamente. Entende-se que muitos deles, quando experimentados simultaneamente e vistos como muito negativos têm impacto na saúde mental das participantes, podendo se tornar fator de risco para o adoecimento psíquico. No presente estudo, o número de experiências negativas (48), consideradas como fatores de risco foi o dobro do número de experiências positivas (24), consideradas como fatores de proteção à saúde mental. O risco é um processo, por isso, devemos compreender que a visão subjetiva de uma determinada situação, sua interpretação e

o sentido atribuído ao evento estressor vão o classificar ou não como condição de estresse para cada pessoa em particular (Pesce et al., 2004).

Do ponto de vista coletivo, experiências muito negativas como morte, doença ou lesão grave de familiares, morte de amigos, ocorridas no passado ou recentemente, e perda de contato com pessoas por mudança de cidade foram apontadas pela maioria das participantes. É necessário lembrar que a migração é fator de risco sociodemográfico que compromete a saúde mental (Diniz & Coelho, 2007) e contribui para aumentar o risco de tentativas de suicídio. A experiência de perda recente constitui também importante fator de risco psicológico. Finalmente, uma condição clínica incapacitante, como doença pessoal grave, é considerada também fator de risco para o suicídio (MS, 2006).

Participantes apontaram abuso sexual, violência sexual e agressão física como experiências de impacto extremamente negativo em suas vidas. É fundamental lembrar que a severidade do abuso sexual é um dos responsáveis pelo adoecimento psíquico, independente do período de tempo em que ele tenha ocorrido (WHO, 2002). Este fato é confirmado na história de Vitória: “agressão sexual sem penetração por irmão mais velho”, ocorreu há muito tempo e teve impacto extremamente negativo em sua vida. Trauma sexual e transtorno de estresse pós-traumático estão correlacionados e mulheres que passaram por essas experiências têm sido mais frequentemente diagnosticadas com depressão, ansiedade e distúrbios alimentares do que homens (Maguen et al., 2010).

Dados da OMS (2002) apontam que mulheres que haviam experimentado violência física pelo parceiro já haviam pensado em cometer suicídio. Muitas mulheres, com história de tentativa de suicídio, confirmam abuso físico e sexual no passado, especialmente, durante a infância, percebendo seus problemas como pessoais; enquanto os homens, em geral, veem seu sofrimento como resultado de problemas econômicos ou sociais, negam que possam sofrer depressão e tendem a fazer uso abusivo de álcool e outras drogas (Bahls, & Botega, 2007).

Membro da família portador de transtorno mental é uma condição adversa que também se torna fator de risco para a saúde mental de mulheres cuidadoras (Pegoraro & Caldana, 2008; WHO, 2002). Este fato foi confirmado na história de Ângela: “irmão com transtorno mental trazendo preocupação” como evento que ocorreu no último ano com impacto extremamente negativo em sua vida. O consumo de bebida alcoólica pelo marido ou por parente próximo também foi apontado nos instrumentos e é fator associado ao desenvolvimento de transtornos mentais comuns em mulheres (Shidhaye & Patel, 2010).

Outros fatores estressores relevantes na vida das participantes foram: ter sido vítima de preconceito; assalto; separação do parceiro ou divórcio devido a conflito; experiência de aborto; dificuldades sexuais; discussões na família de origem; problemas com pessoas da família do parceiro; envolvimento em brigas com agressão física; envolvimento em processos legais; filho/a sair de casa. Merecem destaque ainda outros fatores estressores: piora na situação financeira; diminuição do lazer; mudança na qualidade do sono e nos hábitos alimentares; mudanças nas atividades sociais e religiosas; mudanças na situação de trabalho das participantes assim como na situação de trabalho dos parceiros; e mudanças nas condições de habitação.

Experiências positivas podem ser consideradas fatores de proteção à saúde mental, prevenindo ou reduzindo transtornos, contribuindo para promover melhor qualidade de vida (Pesce et al., 2004). No presente estudo, casamento surgiu como evento positivo na história de vida de 75% das participantes (25% referiam-se ao segundo casamento). O casamento foi considerado como experiência negativa na vida de 25% das mulheres. Do mesmo modo, a gravidez apareceu mais como positiva (62,5%) do que negativa (25%) para as participantes. Esses dados corroboraram relatos no grupo sobre a importância de construir uma família, criar filhos e netos como experiências positivas e gratificantes, apesar das adversidades da vida.

Eventos de vida percebidos como positivos estavam relacionados a diversas áreas da vida. As participantes citaram conquistas pessoais tais como melhoria do amor próprio, conclusão de educação formal ou acesso a novo emprego. Dimensões relacionais tais como menos discussões com o parceiro; maior aproximação com membros da família; reconciliação; noivado e chegada de um novo membro na família. Melhoria das condições gerais de vida e acesso a bens e serviços também foram ressaltadas: mudança de residência; melhora na situação financeira e ter feito um empréstimo.

O uso de instrumentos de avaliação psicológica se mostrou muito útil na identificação de dimensões da saúde mental de mulheres por meio do levantamento de experiências consideradas positivas ou negativas por elas mesmas. Entretanto, entende-se que a pesquisa e a intervenção neste trabalho são inseparáveis e por isso tece-se brevemente um comentário sobre os grupos. Grupos de conversação também tornam possível o levantamento e a exploração de queixas, sintomas, fatores de risco e de proteção presentes nas experiências de vida das participantes (Coelho & Diniz, 2003; Diniz & Coelho, 2003, 2007; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

Queixas frequentes relatadas pelas participantes nesses grupos incluíram efeitos do uso de medicamentos psiquiátricos (Carvalho & Dimenstein, 2004), conflitos conjugais e familiares, cansaço e dificuldades no mercado de trabalho, menopausa e tratamento com reposição hormonal, maternidade e criação de filhos (Vianna, 2005), depressão e ansiedade (Shidhaye & Patel, 2010), insônia, irritação e medo, de modo geral. Fatores de risco relatados nos grupos foram tentativas de suicídio, abuso sexual, violência doméstica (Angelim, 2009; Guimarães, 2009; Pondaag, 2009, 2003; Soares, 1999), preocupação com os filhos, conflitos com filhos adolescentes, assédio sexual, estresse, preconceito e discriminação no trabalho.

Fatores de proteção apareceram em menor número nos encontros. Ser mãe e cuidar dos filhos; ser avó e cuidar dos netos; construir uma família; trabalhar fora e frequentar uma

igreja apareceram como aspectos com impacto extremamente positivo apontados nos grupos (Coelho & Diniz, 2003; Diniz & Coelho, 2003, 2007; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b). Além desses fatores de proteção, uma das participantes apontou experiências que ocorreram no último ano e tiveram impacto extremamente positivo em sua saúde mental – formatura, casamento e o fato de todas as filhas encontrarem trabalho.

A participação no grupo de mulheres foi valorizada na resposta de Isabel: “terapia de grupo com vocês” e “colocar para fora (falar) o que estava guardado” foram apontadas como experiências com impacto extremamente positivo em sua vivência. Esse relato contribuiu para ampliar evidências de estudos anteriores que apontam o grupo de conversação com mulheres como fator de promoção da saúde mental (Coelho & Diniz, 2003; Diniz & Coelho, 2003, 2007; Pondaag, 2003; Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b), e destacar que nosso bem-estar também pode se relacionar em algum período de nossa vida a um trabalho psicoterapêutico (Herranz, 2001).

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Melhorar a qualidade da saúde mental de mulheres não é esperar que elas se sintam mal para só assim buscarem ajuda e cuidado. É preciso prestar atendimento no contexto da prevenção. No contexto da prevenção e da promoção de atenção à saúde mental, o atendimento psicológico deve incluir ações que levem em conta as vulnerabilidades e riscos presentes no cotidiano de vida das mulheres, uma vez que esses fatores têm o potencial de provocar sofrimento e adoecimento. É fundamental também desenvolver estratégias de intervenção que visem potencializar recursos para o enfrentamento de adversidades.

O desafio deste trabalho foi produzir ação e pesquisa feminista com mulheres considerando a importante interação entre gênero, condição feminina e saúde mental. O

atendimento grupal pensado a partir de uma perspectiva feminista e de gênero se propôs a conhecer fatores de risco presentes nas histórias de vida das participantes e atuar como fator de proteção a saúde mental dessas mulheres ao promover um espaço de acolhimento e expressão de seu sofrimento psíquico, e de reflexão sobre suas experiências e recursos.

Entendemos que as mulheres querem ser ouvidas e querem falar de si mesmas, seja por meio de instrumentos, seja por meio do uso da fala pública; e querem participar da construção das suas próprias vozes sobre sua saúde mental. Finalmente, o trabalho de pesquisa na clínica ampliada e contextualizada, ou seja, de investigação e intervenção no mundo real, é importante tarefa na área da Psicologia Clínica e contribuição para o campo das políticas públicas de atenção à saúde mental e à saúde das mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Angelim, F. P. (2009). *Mulheres Vítimas de Violência: dilemas entre a busca da intervenção do Estado e a tomada de consciência*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Angelim, F. P. & Diniz, G. (2009). O Pessoal Torna-se Político: o papel do Estado no monitoramento da violência contra as mulheres. [Versão Eletrônica]. *Psicologia Política*, 9, nº 18, 259-274.
- Bahls, S. C. & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn. (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp.151-171). Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, L. & Bittencourt, F. (2005). Desafios da transversalidade de gênero nas políticas públicas brasileiras. Em T. N. Swain & D. do C. G. Muniz (Orgs.), *Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas* (pp. 169-193). Santa Catarina: Editora Mulheres e Editora PucMinas.

- Carlson, K. J., Eisenstat, S. A. & Ziporyn, T. (1997). *The women's concise guide to emotional well-being*. Harvard University Press.
- Carvalho, L. F. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Coelho, V. & Diniz, G. (2003). Vida de Mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. Em T. Féres- Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (pp. 97-117). São Paulo: Loyola.
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de Mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em aspectos da Discriminação Racial relativos ao Gênero. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 10, n.1, 171-188.
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: linking individuals and communities*. Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- Diniz, G. (2004). Mulher, Trabalho e Saúde Mental. Em W. Codo (Org.), *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp.105-138). Petrópolis: Vozes.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2007). Gênero, migração e saúde mental: dimensões da experiência de mulheres nordestinas no Distrito Federal. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: saúde, trabalho e modos de vinculação* (1 ed., v. 1, p. 35-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2003). Mulher, Família, Identidade: a Meia-Idade e seus Dilemas. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 79-95). São Paulo: Loyola.



- Giffin, K. (2002). Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-112.
- Guimarães, F. (2009). *Mas ele diz que me ama: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Herranz, J. S. (2001). Gênero, Salud y Psicoterapia. Em M. J. C. Galán & A. García-Mina (Orgs.), *Gênero y Psicoterapia*. (pp. 11-36). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Hillesheim, B. & Da Cruz, L. R. (2009). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. Em L. R. Da Cruz & N. Guareschi (Orgs.), *Políticas Públicas e Assistência Social: diálogo com as práticas psicológicas*. (pp. 70-85). Petrópolis: Vozes.
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P. & Campbell, J. C. (2011). Intimate Partner Violence/Abuse and Depressive Symptoms Among Female Health Care Workers: Longitudinal Findings. *Women's Health Issues*, 1–7. doi:10.1016/j.whi.2011.07.001
- Lopes, M. S. V., Saraiva, K. R. O. , Fernandes, A. F. C., Ximenes, L. B. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. [Versão Eletrônica]. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(3): 461-468.
- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M. & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, 1502–1514. doi:10.1016/S0140-6736(11)60754-X
- Maguen, S., Cohen, B., Ren, L., Bosch, J. Kimerling, R. & Seal, K. (2010). Gender Differences in Military Sexual Trauma and Mental Health Diagnoses Among Iraq and Afghanistan Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Women's Health Issues*, 1–6. doi:10.1016/j.whi.2011.07.010
- Medeiros, M. N. (2010). *Violência Conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de*

- suas filhas e seus filhos adultos/os jovens*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Ministério da Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil.
- Ministério da Saúde (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Morrow, M. & Chappell, M. (1999). *Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Vancouver, BC.
- Morrow, M. & Hankivsky, O. (2007). Feminist Methodology and Health Research: bridging trends and debates. Em M. Morrow, O. Hankivsky & C. Varcoe (Orgs.), *Women's Health in Canada: critical perspectives on theory and policy* (93-123). Toronto: University of Toronto.
- 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. [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, n.2, 135-143.
- Pondaag, M. C. M. (2003). *O dito pelo não dito: desafios no trabalho com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pondaag, M. C. M. (2009). *Sentidos da Violência Conjugal: a perspectiva de casais*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Saranson, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. [Versão Eletrônica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, n. 5, 932-946.

- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Shidhaye, R. & Patel, V. (2010). Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1510–1521. doi:10.1093/ije/dyq179
- Soares, B. M. (1999). *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Tavares, M. (2005). Prevenção, Riscos, Identificação Precoce. *Psicologia: Ciência e Profissão*, ano 2, n. 3, 51-53.
- Vianna, C. (2005). *Climatério e Autovalorização: Uma Reflexão Feminista*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006a). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. Em D. Falcão & C. Dias. (Orgs.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I. (pp. 37-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006b). Condição Feminina, Gênero e Autovalorização. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais*. (pp. 215-231). Brasília: Editora UnB.
- World Health Organization (2000). *Women's mental health: an evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/67.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf)

- World Health Organization (2002). *Gender and Mental Health*. Department of Gender and Women's Health, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/gender/other\\_health/en/genderMH.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf)
- World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. [Versão Eletrônica]. Retirado [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)
- You, S., Swogger, M. T., Cerulli, C. & Conner, K. R. (2011). Interpersonal Violence Victimization and Suicida Ideation: an examination in criminal offenders. *Crisis*, 32(5), 240–245. doi:10.1027/0227-5910/a000080

## ARTIGO III

### CONSIDERAÇÕES SOBRE A IDENTIFICAÇÃO DE UM CASO DE RISCO DE SUICÍDIO ENTRE MULHERES

**Resumo.** Este artigo apresenta considerações sobre a identificação de um caso de risco de suicídio entre as participantes de uma pesquisa-intervenção. O objetivo é apresentar um caso clínico e discutir a interação entre gênero e saúde mental das mulheres por meio da análise de fatores de risco e proteção presentes na história de vida de uma participante. Os dados incluíram seu autorrelato em um encontro grupal, a análise qualitativa e descritiva de suas respostas a instrumentos de avaliação sobre saúde mental, bem como a entrevista clínica do primeiro atendimento de intervenção em crise realizada com a participante. Ficou evidente a presença de graves fatores de risco para o suicídio: depressão, experiências de negligência emocional, violência doméstica e sexual, comportamento e ideação suicida. Constatou-se também a ausência de fatores de proteção, como rede de apoio. A conclusão traz uma reflexão crítica acerca da saúde mental de mulheres, sob uma ótica de gênero e feminista.

**Palavras-chave:** gênero; saúde mental de mulheres; fatores de risco e proteção; risco de suicídio.

### CONSIDERATIONS ON IDENTIFYING A CASE OF RISK OF SUICIDE AMONG WOMEN

**Abstract.** This paper presents considerations regarding the identification of a case of suicide risk among participants of a research-intervention project. The objective is to present a clinical case and to discuss the interaction between gender and mental health through the analysis of risk and protective factors present in the life history of one participant. The data included her self-report in a group meeting, the descriptive and qualitative analysis of her responses to mental health assessment tools, as well as the clinical interview done at the first session of a crisis intervention with the participant. The data revealed the presence of serious risk factors for suicide such as depression, experiences of emotional neglect, domestic and sexual violence and suicidal ideation and behavior. It also made evident the lack of protective factors, such as social support. In conclusion, a critical reflection on issues that affect the mental health of women is presented, from a gender and feminist perspective.

**Keywords:** gender; mental health of women; risk of suicide; risk and protective factors.

## 1. INTRODUÇÃO

Este artigo discute a identificação de um caso de risco de suicídio no contexto de um processo de pesquisa-intervenção grupal sobre gênero e saúde mental de mulheres<sup>1</sup>. A gravidade do caso e a responsabilidade ética nos levou a oferecer ajuda individualizada a uma das participantes do grupo. Nesse contexto, buscamos identificar na história de vida dessa participante, fatores de risco e fatores de proteção como ponto de partida para ajudá-la a cuidar de sua saúde mental.

Inicialmente, o texto problematiza os temas de gênero e promoção da saúde mental de mulheres; da avaliação psicológica em saúde mental; do risco de suicídio; e de diretrizes para a intervenção preventiva. Em seguida contextualiza a pesquisa-intervenção e apresenta os procedimentos que levaram à identificação do caso.

A apresentação do caso clínico foi estruturada da seguinte forma: trazemos o auto-relato da participante sobre sua condição em um encontro grupal, para depois mostrar suas respostas a instrumentos de avaliação psicológica que versam sobre condições de saúde mental; em seguida discutimos dados de entrevista clínica realizada, no processo de intervenção em crise. Por último, propomos uma discussão sobre gênero e fatores de risco e proteção, presentes na experiência da participante. O artigo finaliza com uma reflexão sobre a importância da avaliação psicológica em contextos de prevenção e intervenção.

---

<sup>1</sup> Estudo de caso realizado no contexto da pesquisa de Tese de Doutorado intitulada *Gênero e Psicologia Clínica: Risco e Proteção na Saúde Mental de Mulheres*, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília – UnB, e apoiado, financeiramente, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

### **1.1. Gênero e promoção da saúde mental**

As transformações que vêm ocorrendo nos papéis sociais e sua relação com a saúde mental de mulheres merecem atenção e cuidado uma vez que esses novos papéis implicam em nova carga de exigências sem liberar a mulher das demandas tradicionais em torno da maternidade e do cuidado com a prole e a família de modo geral. Tudo isso aponta para a necessidade de promover práticas psicológicas comprometidas socialmente e políticas públicas de gênero voltadas para mulheres (Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b).

Diniz (1999, 2004) afirma que a inclusão de gênero em estudos e pesquisas, e na elaboração de políticas de prevenção e promoção de saúde é fundamental para ampliar a compreensão dos múltiplos fatores que afetam, diferencialmente, a saúde mental de mulheres. Gênero, de modo descritivo, é visto como sinônimo de mulheres. Isto se deve à tradição dos estudos feministas concentrarem-se na experiência das mulheres, com o intuito de dar visibilidade para questões que colocam em evidência a desigualdade entre os sexos. Contudo, gênero agrupa os aspectos psicológicos, sociais, históricos e culturais, associados à feminilidade e à masculinidade, por oposição ao termo “sexo”, que designa os componentes biológicos e anatômicos (Porchat, 2010).

Do ponto de vista analítico, gênero é a atribuição cultural feita a um e ao outro sexo, que estabelece padrões e expectativas para as mulheres e os homens. Portanto, confere sentido às relações de poder, ordena os processos sociais cotidianos e é inerente às estruturas da sociedade e estrutura a construção de identidades de homens e mulheres (Scott, 1995). À medida que o gênero refere-se à organização social da relação entre os sexos, o modo como cada sociedade representa-o é utilizado para articular regras de relações sociais, construindo o sentido da experiência identitária, relacional e social de homens e mulheres (Scott, 1995).

O uso da categoria gênero visa questionar a naturalização de características, papéis e funções sociais em torno dos comportamentos de homens e mulheres. Gênero, somado a

outros marcadores identitários, como raça/etnia, classe social, escolaridade, geração, sanidade mental e orientação sexual, organiza a produção das subjetividades. Os padrões de socialização de gênero e suas manifestações, na construção da identidade, nas relações interpessoais e na organização da vida social não podem ser desconsiderados no debate sobre saúde mental (Diniz, 1999, 2004, 2011; World Health Organization, 2000, 2002). Levar em conta a interação gênero e saúde mental é considerar o aspecto político, implicado na produção dos processos de subjetivação e cultura que constituem entre sujeitos diferentes, relações que se estabelecem como desiguais e que tem consequências psicológicas e emocionais.

A saúde mental não é apenas a ausência de transtorno mas sim, um estado de bem-estar, em que cada pessoa percebe o seu próprio potencial, podendo lidar com situações de estresse da vida cotidiana, trabalhar de forma produtiva e frutífera e ser capaz de contribuir com sua comunidade (WHO, 2000, 2002). A saúde mental é consequência do aumento da resiliência individual, da presença de condições de vida e ambientais favoráveis, do bem-estar psicológico e serve como fator de proteção eficaz contra a doença mental (WHO, 2004). Essa mudança de paradigma que desloca o foco da doença para o bem-estar volta a atenção dos profissionais de saúde para as dimensões que contribuem para construir e manter a saúde física e mental.

A promoção da saúde mental é um direito humano essencial e um recurso que visa aumentar a saúde mental, fomentando o bem-estar psicológico, a competência e a resiliência das pessoas. Essa definição pressupõe uma interação importante entre saúde mental e resiliência. Resiliência é a capacidade pessoal de, em determinados momentos e de acordo com as circunstâncias, superar situações adversas e eventos traumáticos com um mínimo de sequelas, e implica, também, na capacidade de enfrentamento e elaboração das experiências de vida (Tavares, Montenegro & Prieto, 2004; WHO, 2011).



Entende-se que não há uma relação direta entre risco e resiliência, ou seja, não se pode afirmar que ter vivenciado um evento negativo na história de vida contribui para a capacidade de lidar com a adversidade (Pesce, Assis, Santos & Oliveira, 2004). É o efeito da presença e do acúmulo de múltiplos fatores de risco – eventos estressores, da falta de fatores de proteção – mediadores, e da ação combinada de situações de maior risco e menor proteção que predispõe uma pessoa a sair de uma boa condição de saúde mental, aumentando sua vulnerabilidade para desenvolver um transtorno.

Fatores de proteção, por outro lado, atuam como facilitadores no processo de enfrentamento dos riscos, protegem as pessoas de transtornos e visam um desenvolvimento saudável, reduzindo a vulnerabilidade e fomentando a resiliência. Diminuir a vulnerabilidade e aumentar a resiliência – esta é a chave para o restabelecimento do equilíbrio, apesar das adversidades (Pesce et al., 2004; Tavares, 2005; Tavares et al., 2004; WHO, 2004, 2011).

## **1.2. Risco de suicídio e diretrizes para a intervenção**

O cuidado com a saúde mental de mulheres exige considerar questões clínicas e psicossociais que podem atuar como fatores de risco ao longo do seu ciclo de vida. Transtornos comuns entre mulheres como depressão e ansiedade, assim como violência e abuso sexual, dependência de álcool e outras drogas – são importantes fatores de risco para o suicídio (Ministério da Saúde, 2006). Questões de gênero estão presentes no suicídio e em tentativas de suicídio e necessitam ser discutidas em ações de prevenção.

Suicídio é mais prevalente entre os homens, enquanto comportamentos suicidas não fatais são mais prevalentes entre as mulheres e pessoas jovens, solteiras, ou com um transtorno psiquiátrico (Nock, 2008). Demograficamente, a diferença mais apontada entre os sexos é que os homens cometem de duas a três vezes mais suicídio que as mulheres, enquanto elas tentam o suicídio com maior frequência e são, geralmente, mais jovens (MS, 2006;

Organização Mundial da Saúde, 2000; Tavares et al., 2004). Homens frequentemente utilizam métodos mais violentos e letais, como armas de fogo e enforcamento enquanto, entre mulheres, predominam tentativas de suicídio por envenenamento e intoxicação por medicamentos (Abreu, Lima, Kohlrausch & Soares, 2010; Barls & Botega, 2007; Stefanello, Cais, Mauro, Freitas & Botega, 2008).

Deste modo, entende-se que o suicídio é um problema complexo e difícil de prever, resultado da interação de múltiplos fatores biológicos, psicológicos e sociais. Consenso recente sobre esse tópico define o suicídio como o modo intencional de colocar fim a própria vida. O comportamento suicida é uma das principais causas de lesões e morte no mundo (Nock et al., 2008). Comportamento suicida é visto como a ação, na qual a pessoa inflige-se dano, que pode dar-se em um *continuum*, que tem início com a ideação suicida, e pode culminar com o próprio suicídio. Ideação suicida corresponde aos pensamentos de se engajar em comportamentos destinados a acabar com a própria vida. Um plano de suicídio, por sua vez, se refere à formulação de um método específico através do qual se pretende morrer. Por tentativa de suicídio entende-se o engajamento em comportamentos potencialmente autodestrutivos em que há intenção de morrer (Abreu et al., 2010; Bahls & Botega, 2007; Gangwisch, 2010; Nock et al., 2008).

Tentativas de suicídio são mais comuns do que suicídios consumados. É possível dizer que entre 30 a 50% das pessoas, com comportamento suicida, têm história de tentativa prévia de suicídio. De acordo com Bahls e Botega (2007), o risco de suicídio é cem vezes mais provável em quem tentou o suicídio ou fez autoagressão, no ano anterior, do que na população geral. Contudo, mais de 75% das mortes por suicídio ocorrem na primeira tentativa e não são precedidos de tentativas fracassadas (Gangwisch, 2010).

Epidemiologicamente, na maioria dos países, o suicídio está entre as dez causas mais comuns de morte, na população em geral. A Organização Mundial de Saúde estima dados

globais para o suicídio, em torno de 1 milhão de mortes por ano (Gangwisch, 2010). O suicídio está entre as três maiores causas de morte entre pessoas com idade entre 15 e 35 anos. Também é muito frequente entre pessoas com mais de 75 anos de idade. Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas (MS, 2006; OMS, 2000; Tavares et al., 2004). Considerando o impacto da mortalidade por suicídio, desde 1990, a OMS recomenda aos países-membros a necessidade de reconhecer o suicídio como uma questão de saúde pública e de desenvolver programas preventivos nacionais, relacionados com outras políticas públicas de saúde (Bahls & Botega, 2007). Resultados de estudos e pesquisas devem ser usados para diminuir a perda significativa de vidas causada por comportamento suicida (Nock, 2008).

Os principais fatores de risco para o suicídio são história de tentativa de suicídio e transtorno mental. De modo geral, em todos os países, esses dois fatores estão relacionados ao suicídio – a maioria das pessoas que cometeu suicídio tinha um transtorno mental diagnosticável – e o comportamento suicida é mais frequente em pacientes psiquiátricos. De acordo com uma ordem crescente de risco dentre grupos diagnósticos, em primeiro lugar estão todas as formas de depressão, seguido por transtornos de personalidade, alcoolismo, esquizofrenia e transtorno mental orgânico (Abreu et al., 2010; Barls & Botega, 2007; Gangwisch, 2010; MS, 2006; OMS, 2000; Stefanello et al., 2008).

Em suicídios consumados, a depressão é o diagnóstico mais comum. Entre as pessoas gravemente deprimidas, 15% suicidam-se (MS, 2006). A depressão é vista como o antecedente mais importante do suicídio, porém, a epidemiologia de suicídio e depressão são distintas. Enquanto taxas de suicídio são de três a quatro vezes maiores em homens do que mulheres, a prevalência de depressão, pensamentos suicidas e tentativas de suicídio é maior em mulheres do que homens (Bjerkeset, Romundstad & Gunnell, 2008). A literatura aponta

que o quadro clínico de pessoas de ambos os sexos com risco de ter ideação suicida e desejos de morte é dominado por uma síndrome depressiva (Ladwig et al., 2010).

Muitos fatores de risco psicossocial também estão associados ao suicídio. Condição de vida precária, presença de eventos de vida estressantes, problemas interpessoais no trabalho, conflitos familiares, abuso físico e sexual na infância, escasso suporte social e solidão na velhice constituem fatores de risco. Entre fatores protetores que podem prevenir o suicídio estão percepção de apoio social e familiar, espiritualidade, crenças e práticas religiosas, o aceitar ajuda e ver sentido para a vida (Gangwisch, 2010).

Na abordagem de uma pessoa com comportamento suicida, três aspectos principais devem ser avaliados: estado mental e pensamentos sobre morte e suicídio, plano suicida e rede de apoio social. É necessário investigar se a pessoa tem um plano definido, para cometer suicídio, se tem os meios para se matar e, se fixou uma data para morrer. É preciso levar em consideração o plano suicida, o desejo de morrer contra o de viver, e a possibilidade de mais alguém saber desse plano (Abreu et al., 2010; MS, 2006; OMS, 2000).

As tentativas de suicídio podem ser prevenidas, principalmente se for levado em conta que, de modo geral, pessoas com comportamento suicida comunicam seus pensamentos e intenções suicidas. Nesse contexto, tais comunicados precisam ser lidos como pedidos de ajuda que não podem ser ignorados. É preciso achar um lugar adequado para estabelecer uma conversa tranquila com privacidade, reservar um tempo necessário para lhe dar atenção e ouvir, efetivamente, para reduzir o nível de desespero suicida. Dentre as orientações para o atendimento de pessoas com risco de suicídio, estão: ouvir, dar apoio, mostrar empatia, levar a situação a sério, verificar o grau de risco e fazer um contrato (MS, 2006; OMS, 2000).

Medidas preventivas devem envolver estratégias nos serviços de atenção básica à saúde. É preciso orientação e treinamento para que profissionais possam detectar o risco de suicídio e tomar as providências adequadas. Em média, entre 25% a 58% das pessoas que se

suicidam buscaram ajuda profissional de um médico clínico geral até um mês antes do ato (Gangwisch, 2010; Bahls & Botega, 2007). Isto mostra que o profissional de saúde na atenção básica pode trabalhar na prevenção, mas na maioria dos casos não há triagem para o risco de suicídio, geralmente por causa da escassez de tempo, da falta de treinamento em saúde mental e do medo de que se o profissional perguntar sobre suicídio, isto aumentaria seu risco (Gangwisch, 2010).

A OMS (2000) aponta, entretanto, que o melhor modo de descobrir se uma pessoa tem pensamentos de suicídio é perguntando para ela. Falar a respeito de suicídio não coloca a ideia na cabeça das pessoas – isto é um mito. Muitas ficam agradecidas e aliviadas de poder falar, abertamente, a respeito deste dilema sobre o qual estão se debatendo no momento ou sobre o qual já se ocuparam, no passado (MS, 2006). Instrumentos padronizados podem ajudar a identificar pessoas com alto risco de suicídio, para que elas possam receber avaliação adicional, encaminhamento e tratamento (Gangwisch, 2010).

### **1.3. Avaliação psicológica em saúde mental**

O processo de avaliação psicológica em saúde mental tem como um de seus objetivos conhecer dimensões da história de vida e levantar fatores de risco e fatores de proteção, na experiência de uma pessoa ou grupo. De acordo com Tavares (2010), a avaliação psicológica é um processo que busca levar em conta a complexidade do ser humano e visa descrever aspectos significativos do funcionamento psíquico. O objetivo da avaliação psicológica é construir a melhor compreensão possível de uma pessoa em um determinado contexto, de acordo com as informações disponíveis naquele momento. Entender a avaliação psicológica como a melhor compreensão possível faz com que seu objetivo se torne mais realista (Tavares, 2003).

Um processo de avaliação psicológica inclui o uso de estratégias como a entrevista clínica e a aplicação de instrumentos. Tavares (2000) destaca a importância da entrevista clínica no processo da avaliação psicológica, ao identificá-la como a única técnica capaz de verificar aparentes contradições e explicitar características obtidas por meio de instrumentos padronizados, conferindo a eles validade clínica.

Tavares (2003) define validade clínica como o processo que desloca a ênfase do conceito de validade de parâmetros estatísticos para uma perspectiva clínica. A validade clínica está relacionada à adequação da informação relativa ao processo de avaliação por meio de confirmações independentes sobre uma mesma pessoa. Está voltada para a compreensão do significado de um conjunto de indicadores que se aplicam à pessoa em questão, utilizando-se métodos diferentes de coleta de dados.

A qualidade das inferências clínicas está diretamente ligada à habilidade clínica do/a profissional e à congruência da validade clínica, que inclui três dimensões: uma dimensão interna - a congruência da informação obtida da pessoa em momentos distintos, mas em situações semelhantes; uma dimensão externa - sugerindo uma tendência dominante que pode sustentar uma generalização; e por fim, a congruência teórica que deve articular eventos cotidianos e conceitos científicos, em cada caso particular. Então, quando se fala de avaliação psicológica de uma pessoa, deve-se tratar o tema como uma questão clínica (Tavares, 2003).

Pessoas identificadas como portadoras de vulnerabilidades devem ser encaminhadas para programas de prevenção indicada, enquanto pessoas com comprometimento patológico configurado devem ser atendidas em programas de tratamento ou intervenção em crise (Tavares, 2005). A intervenção em crise é uma aplicação da psicoterapia breve que objetiva auxiliar pessoas, em momentos de crise, muitas vezes, à beira de uma ruptura. Isso exige do/a terapeuta rapidez na tomada de decisões e na condução do processo, assim como flexibilidade, empatia e continência. A crise, em geral, revela um desequilíbrio entre um

problema e os recursos disponíveis para solucioná-lo, e pode ser um momento onde a tensão torna-se insuportável, a ponto de conduzir a um final dramático (Aguiar, 2008).

A utilização da intervenção em crise tem se mostrado muito útil, na clínica em geral, e em especial, na clínica do suicídio. Este estudo de caso usa gênero como categoria de análise para refletir sobre a saúde mental de mulheres e o risco de suicídio. O trabalho propõe uma pesquisa-intervenção, onde investigação e atendimento são realizados ao mesmo tempo.

## 2. MÉTODO

O objetivo deste trabalho foi discutir um caso clínico de risco de suicídio, por meio do levantamento de fatores de riscos e de proteção, na história de vida e história atual de uma mulher participante da pesquisa-intervenção sobre a saúde mental de mulheres a partir de uma perspectiva de gênero. Após seis meses de encerramento da pesquisa-intervenção, foi realizado um *follow-up* com as integrantes. Esse processo incluiu a reaplicação dos instrumentos e uma breve entrevista.

Nesse contexto foi identificado um caso de risco de suicídio entre as participantes. Fatores de risco para a participante incluíam ideação suicida, histórias de tentativas de suicídio, depressão, acúmulo de papéis profissionais e domésticos, separação, conflitos conjugais e familiares, sentimento de culpa, desesperança. Fatores de proteção eram escassos e referiam-se a sua rede de apoio familiar. Os graves fatores de risco para a participante, assim como o baixo fator de proteção apontaram para a necessidade de intervenção. Uma intervenção em crise foi realizada com a participante, a partir da identificação deste caso.

## 2.1. Participante

Por uma questão ética de sigilo, usamos um nome fictício para apresentar os dados da participante deste caso clínico. **Clara** tem 31 anos e respondeu, no questionário demográfico, que sua cor/raça é parda e tem duas filhas – uma de 6 e outra de 12 anos de idade. Ela é separada, e mora com o parceiro atual. É estudante de Enfermagem, profissional da saúde, recebe de 1 a 2 salários mínimos, mora de aluguel e afirmou que sempre frequenta o serviço público de saúde. Já havia se consultado com psicólogo/a e fez psicoterapia. Também já havia se consultado com psiquiatra e afirmou, no questionário, que estava tomando medicação para depressão e síndrome do pânico, na data da primeira coleta de dados.

## 2.2. Instrumentos

A clínica-pesquisadora e demais membros da equipe aplicaram nas participantes, na primeira e na segunda coleta, instrumentos de avaliação psicológica de natureza diversa: 1. Preditores de risco de suicídio – *Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R)*, desenvolvido e validado por Osman et al. (2001); *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI)*, desenvolvido e validado por Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios e Chiros (1998); e *Suicide Resilience Inventory (SRI-25)*, desenvolvido por Osman et al. (2004); 2. Ligados a fatores de risco que podem estar presentes na clínica do suicídio – *Child Abuse and Trauma Scale (CAT)*, desenvolvida e validada por Sanders e Becker-Lausen (1995); e *Life Experiences Survey (LES)*, desenvolvido por Saranson, Johnson e Siegel (1978); e 3. *Questionário Demográfico* que inclui uma escala de bem-estar.

Esses instrumentos foram traduzidos e adaptados pelo Núcleo de Intervenção em Crise, do Laboratório de Saúde Mental e Cultura, do Departamento de Psicologia Clínica, da Universidade de Brasília, sob orientação do Prof. Marcelo Tavares, e autorizados para serem



utilizados neste estudo. Em função do formato escolhido para apresentação do caso clínico, a descrição dos instrumentos será apresentada na seção de resultados.

### **2.3. Procedimentos da primeira coleta**

No mês de novembro de 2008 foi realizada a primeira etapa da coleta de dados da pesquisa-intervenção. O local da coleta foi uma unidade básica de saúde – um Centro de Assistência Integral à Saúde (CAIS) da região metropolitana de Goiânia-GO. O primeiro contato com as participantes era feito nos corredores e no salão principal, onde as pessoas esperavam por consultas. Geralmente, havia grande quantidade de mulheres aguardando consultas, para si mesmas, para filhos ou familiares.

Nesse ambiente, foi estabelecida uma conversa semelhante às de sala de espera, com mulheres jovens e adultas atendidas no CAIS. A conversa girava em torno da saúde psicológica de mulheres, e da proposta de um grupo que visava servir como apoio emocional. As mulheres que aceitavam participar grupo dirigiam-se, com membros da equipe da pesquisa-intervenção – a clínica-pesquisadora e seis psicólogas voluntárias, egressas do curso de Psicologia da Universidade Paulista – UNIP/Campus Goiânia – a uma sala de atendimento grupal, para responder a questionários de avaliação psicológica. Funcionárias do centro de saúde também foram convidadas a participar.

Antes da aplicação as mulheres recebiam esclarecimento sobre os objetivos da pesquisa-intervenção e aquelas que concordavam em participar assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Depois de responder a avaliação, as mulheres eram convidadas a participar de um grupo de conversação, a partir da semana seguinte, sobre dificuldades emocionais vivenciadas no cotidiano e sua relação com sua saúde mental. A participante deste estudo de caso respondeu aos questionários e integrou um grupo de conversação com mulheres durante os meses de novembro e dezembro de 2008, no CAIS.

#### **2.4. Procedimentos da segunda coleta**

No semestre seguinte a equipe entrou em contato com cada participante do grupo, por telefone, para saber como estavam passando desde o encerramento do grupo até o momento presente. Reafirmou-se que seria muito importante se pudessem responder novamente à avaliação psicológica, pois o objetivo da pesquisa-intervenção era acompanhá-las após o grupo. Após o consentimento, uma nova coleta de instrumentos ocorreu, em julho de 2009, no mesmo local da coleta anterior.

Nessa segunda etapa da coleta de dados, depois que cada participante acabava de responder e entregava os questionários para a equipe, ela era acolhida pela clínica-pesquisadora que fazia uma breve entrevista para ter acesso à percepção de cada participante sobre sua saúde mental e seu estado atual. Durante a entrevista, a participante deste caso clínico relatou tentativa de suicídio, que havia ocorrido há três meses daquela data, a qual foi seguida de internação psiquiátrica. Diante da gravidade da situação, foi proposta uma intervenção em crise que foi aceita pela participante.

#### **2.5. Intervenção em crise**

Uma vez identificada, a partir da avaliação psicológica, necessidade de atendimento, a participante foi acompanhada, em atendimento individual, configurado como intervenção em crise. O processo de intervenção foi conduzido pela presente clínica-pesquisadora. Os atendimentos foram realizados em consultório particular, sem ônus para a participante e de acordo com sua disponibilidade de horário. A intervenção englobou um total de dez encontros, ao longo de quatro meses. É importante destacar a inclusão da rede social mais próxima da participante nos encontros. Em dois deles a participante estava acompanhada da família; na segunda, estava com o companheiro atual e na quarta, estava acompanhada das filhas. Os demais encontros foram de atendimento individual.

### 3. RESULTADOS

Essa investigação teve como uma de suas características principais articular procedimento de avaliação e intervenção. As participantes responderam os instrumentos antes do início do grupo e seis meses após o final do grupo. Apresentamos a seguir as etapas de intervenção grupal, avaliação psicológica e entrevista clínica com Clara. A intenção é mostrar a relevância de adotar esse tipo de procedimento como parte de ações da Psicologia Clínica no campo de atenção básica à saúde.

#### 3.1. Intervenção grupal

Era dezembro de 2008 e, no segundo encontro do grupo, Clara demonstrou interesse pelo trabalho da Psicologia e pela possibilidade desse/a profissional lidar com casos como depressão. Apontou também pouca vontade de se expressar:

*Primeiramente, assim só pelo fato de vocês, é, serem psicólogas, já é tão bom né? Já ajuda a gente tanto, principalmente... assim... quem já tem problemas, né como depressão, síndrome do pânico, essas coisas assim. Então, sempre é bom. Igual eu falei, eu gosto mais de ouvir, né... do que de falar.*

Nesse encontro, ela reclamou da correria atual do dia-a-dia e seu desdobramento em muitas atividades, como compromissos na faculdade, consulta médica para a filha e trabalho:

*Mas minha semana, como sempre, foi uma correria né, trabalho, faculdade... minhas filhas né que não andam bem de saúde, hoje mesmo eu já levei no médico e como se diz elas estão com todos os “ites” da vida (risos), rinite, bronquite, sinusite e tudo mais. Ai tão... tomando medicação novamente, né rigorosa. Ah, é correria. Amanhã é meu último dia na faculdade, se Deus quiser, eu tô de folga aqui do CAIS, né, mas no outro (CAIS) eu tô trabalhando normal.*

Queixou-se de seu ritmo de vida naquele momento e de como foi difícil, em outro período de sua vida, também conciliar a dupla jornada de trabalho com estudo:

*Nada fácil. Tem hora que eu penso assim, 'nossa, eu não vou dar conta'. Ontem mesmo, ontem a noite eu ainda tava comentando, falei 'nossa é... como eu vou dar conta desse ritmo, porque assim que eu fiz o primeiro período, eu trabalhava, eu estudava de manhã, né, aí vinha pra cá (CAIS), trabalhava seis horas aqui e ainda dava plantões à noite! Uma noite sim duas não. Ou seja, aí eu ia pra faculdade, vinha prá cá, e aí como se diz, se tivesse plantão à noite já ficava e aí no outro dia eu ia pra faculdade de manhã, voltava pra cá e só então eu ia pra casa.*

Clara lembrou momentos de sua história de vida, condições de saúde mental e conflitos emocionais. Relatou que, em 2006, foi pressionada por sua mãe para estabelecer prioridades e retomar o cuidado com as filhas. Disse que, com essa pressão, ela trancou a faculdade, mas se arrependeu muito e que isso não resolveu seu problema de tempo:

*Quando essa aqui tava muito pequenininha (aponta para a filha mais nova que a acompanhava na sessão em função de consulta médica), com três aninhos, aí minha mãe começou a me pressionar e foi aí que eu separei também, né. Minha mãe começou a me pressionar, "Tá deixando suas filhas, não tá tendo tempo pra suas filhas", né. "Tá... deixando elas muito jogadas"... Aí ficou me pressionando. "Ah, você tá parecendo um zumbi, não dorme direito, não faz mais nada direito, não tem tempo pra nada". Aí foi devido a muita pressão né, que eu tranquei. Eu parei, mas, que como eu já sabia... que eu não ia... que não ia adiantar, que eu iria me arrepender. Como de fato eu me arrependi. Me arrependi muito mesmo. Muito mesmo. Se eu não tivesse trancado, hoje já estaria formada. Infelizmente, como se diz, isso não resolveu, sabe? Esse tempo que eu tô trancada a faculdade dois anos não resolveu, não melhorou nada na minha vida. Não resolveu nada (...) minha separação, minhas filhas ainda pequenas, o meu tempo pra elas, sabe, eu tentar organizar toda minha vida, não adiantou.*

Afirmou que conta com o apoio da mãe, para ajudá-la a olhar e cuidar das filhas, mas seu tempo, para elas, continua escasso:

*Aí eu voltei (para a faculdade). Voltei e agora, assim, eu sinto que já fiz um pouco mais com o apoio da minha mãe, né porque (...) ela me ajuda muito com as minhas filhas, principalmente essa aqui desde quando nasceu (...). Como se diz, minha mãe é meu amparo, meu suporte. Até então, apesar dela assim me cobrar muito, sabe, ela é muito exigente. (...)*

*Eu procuro o máximo assim, um tempinho que eu tenho pra estar com elas, um pouquinho de tempo que me sobra pra ficar com elas.*

Durante o encontro, Clara confirmou o impacto negativo da sua separação, do ponto de vista emocional e material:

*Infelizmente, ah (gagueja) o que (gagueja) desorganizou, bagunçou (gagueja) muito minha vida foi essa separação. Fiquei dez anos casada, né... e me separei. Vai fazer três anos agora que tô separada. Então isso aí assim, que me abalou demais da conta (...), ainda mais eu assim, que nunca tive assim experiência né, foi praticamente, meu ex-marido assim, meu primeiro namorado, né, aí eu já casei, fiquei dez anos casada... e me separei já com duas filhas nas costas. É complicado. (...) Porque... praticamente assim eu fiquei sem onde morar. Sabe, assim, minha mãe tem a casa (...) e tal, né, minhas coisas ficaram jogadas lá um bom tempo porque, querendo, querendo ou não, a gente parece que a gente fica assim meio... a cabeça da gente não suporta tanta coisa.*

Sobrecarga de atividades e exercícios de papéis, trancamento da faculdade e separação foram fatores de risco que colaboraram em sua história de vida, para o agravamento do seu quadro de depressão. Assim, a participante caracterizou a depressão que sofria:

*Apesar que mesmo eu graças a Deus ter continuado a trabalhar, ter que trabalhar é, fui já pra faculdade, enfiei a cara, e foi onde que fiz primeiro período e tudo assim, pra mim não querer, como que eu posso dizer, não querer cair, pecar, sabe porque infelizmente eu sofro de depressão. (...) Eu cheguei a internar, né, porque... infelizmente como se diz, a gente que tem essa doença, sei lá, querendo ou não parece que a gente se sente assim mais fraca que os outros né, a gente é mais... mais sensível né, sei lá, quando vem os problemas, não é que a gente queira fugir, sabe? Mas aí vai indo e você não aguenta, é tanta pressão e tanta coisa e tanta (...) A ponto de pensar que eu não dava conta mais de nada. De cuidar das minhas filhas, de nada.*

Clara relatou a parada no uso de medicação para depressão, pois disse que não queria ficar dependente de remédio. Definiu o que era estar em crise, referiu-se a certa instabilidade emocional e fez um alerta sobre não saber até quando consegue conviver com os problemas:

*O psiquiatra pediu pra eu não parar, mas eu não vou ficar dependendo dessas porcarias não. Às vezes eu tomo assim, quando eu tô com muito cansaço porque eu tenho insônia, às vezes eu tomo o de dormir. Às vezes! Infelizmente, porque é uma coisa que por mais que a gente pensa assim é sempre o que eu falo assim, eu costumo chamar isso de crise,. Ah, hoje eu estou em crise, né, porque eu não tô bem, não tô nada bem. Mas mesmo assim eu tento o máximo, sabe, sem tomar remédio nada. Então, por isso que eu falo que é infelizmente porque às vezes com a medicação, igual meu psiquiatra fala, “Ah, não pode parar de tomar de jeito nenhum porque depois quando a crise vem, vem mais forte, que não sei que” (...) Porque querendo ou não a gente é muito instável né... muito... é... como é que eu posso dizer, a gente passa por momentos assim, que infelizmente a gente não sabe assim até que ponto, né a gente vai, como se diz, conseguir conviver com os problemas e tudo mais...*

Ela afirmou que estava sendo acompanhada por psicóloga, em atendimento individual, e por psiquiatra, mas que o mesmo não sabia que ela havia parado de tomar a medicação para depressão. Disse que o amor que tem pelas filhas é fator de proteção contra o adoecimento, mas confirmou que, durante uma “crise forte”, tem vontade de desistir, sumir e até morrer:

*Clínica-pesquisadora: Com a medicação você tem medo da dependência, não é? E sem a medicação, como você tem conseguido enfrentar o problema da depressão? Quais as coisas, quais os recursos que você usa, a proteção para a sua saúde?*

*Clara: O amor que eu tenho pelas minhas filhas. Quando a gente... quando a gente (gagueja) tá em crise (gagueja) forte mesmo, a gente nem lembra disso.*

*C-P: Não lembra disso?*

*Clara: Das filhas, de Deus, da mãe, do companheiro. Nem do serviço, não quer saber de nada. (...) Muitas vezes a gente pensa em desistir, né, a gente fraqueja, tem hora que eu penso assim, nossa meu Deus será que eu vou dar conta, né. Ai, eu vou sumir, eu quero sumir, quero ver ninguém. Muitas vezes até mesmo, morrer (pausa). É difícil.*

A clínica-pesquisadora avaliou o risco de suicídio, no momento do grupo:

*C-P: E esse pensamento de morte tem sido frequente, nos últimos tempos?*

*Clara: Não, graças a Deus não.*

*C-P: Você tem pensado nisso, nestes últimos dias?*

*Clara: Nesses últimos dias, eu tenho pensado o contrário, tenho pensado né, que eu tenho que terminar meus estudos, e eu sei que pra eu terminar é só através do meu trabalho (...) eu*

*tenho que dar conta das minhas filhas, né mesmo que elas tenham o pai, minha mãe né, mas acho que mãe né...*

Fatores de risco para Clara naquele momento incluíram sobrecarga de papéis, separação, história de depressão, ausência de medicação psiquiátrica e ideação suicida, relatados durante o encontro grupal. Os fatores de proteção mencionados foram apoio da mãe, amor pelas filhas, volta para a faculdade e busca de apoio psicológico.

### **3.2. Avaliação psicológica**

Na primeira coleta, em novembro de 2008, na escala de bem-estar que fazia parte do Questionário Demográfico, Clara escolheu a palavra “mal”, para descrever a maneira com estava se sentindo nos últimos dias e sua queixa era ansiedade, insônia e irritação. Na segunda coleta, realizada em julho de 2009, na mesma escala, ela escolheu a opção “péssima, nunca estive pior” para descrever a maneira como estava se sentindo, nos últimos dias. Disse que se sentia muito insegura, triste, com medo da vida; que ainda sentia ansiedade e insônia e havia engordado muito.

Na breve entrevista sobre seu estado e sobre os últimos meses depois do encerramento do grupo, Clara relatou que havia abandonado tudo – medicamento (voltou a tomar enquanto estava no grupo e depois parou novamente), terapia individual e que havia tentado suicídio, no mesmo mês, por duas vezes. Disse que furou as coxas, cortou os pulsos, tentou pular na cisterna. Afirmou que foi a primeira vez que se autoagrediu com cortes e furos. Até aquele momento, suas outras tentativas de suicídio haviam sido com ingestão de medicamento.

O segundo instrumento usado na pesquisa-intervenção foi o *Suicide Behaviors Questionnaire Revised* (SBQ-R). Ele avalia indicadores de risco, comportamento e ideação suicida, e com as respostas é possível identificar pessoas em risco de suicídio (Osman et al., 2001). Devido à formulação dos itens, uma ampla gama de informações é obtida em uma

administração muito breve. O SBQ-R possui quatro (4) itens, em forma de perguntas, descritas abaixo:

Item 1

Estima a existência de ideação suicida ou história anterior de tentativa de suicídio e pergunta se a pessoa já pensou ou já tentou se matar.

Na primeira e na segunda aplicação, Clara escolheu a mesma alternativa:

*“Já tentei me matar e realmente desejava morrer.”*

Item 2

Estima a frequência da ideação suicida, no último ano, e pergunta sobre a frequência com que a pessoa pensou em se matar, no ano anterior.

Na primeira e na segunda aplicação, Clara escolheu a mesma alternativa:

*“Com frequência (3 a 4 vezes).”*

Item 3

Estima a ameaça de tentativa de suicídio e pergunta se alguma vez a pessoa contou a alguém que iria cometer suicídio, ou que estava pensando em fazê-lo.

Na primeira e na segunda aplicação, Clara escolheu a mesma alternativa:

*“Não.”*

Item 4

Estima a probabilidade da pessoa vir a cometer suicídio, no futuro, e pergunta qual a probabilidade que a pessoa venha a tentar o suicídio algum dia.

Na primeira aplicação, em novembro de 2008, Clara escolheu a alternativa:

*“Improvável.”*

Na segunda aplicação, em julho de 2009, Clara escolheu a alternativa:

*“Provável.”*

Cabe ressaltar que embora as respostas aos três primeiros itens tenham sido as mesmas, no início do processo grupal da pesquisa-intervenção e no momento de *follow-up*, naquela ocasião a participante relatou planos para o futuro e afirmou que contava com apoio psicológico.



O SBQ-R é um instrumento preditivo de risco de suicídio (Osman et al., 2001; Prieto, 2007), pois investiga a ideação suicida, a história de tentativas, assim como as tentativas feitas no ano anterior, a existência da rede de apoio social e a probabilidade da pessoa vir a cometer suicídio no futuro. Ao responder a essas quatro perguntas, Clara comunicou que já havia tentado se matar e que realmente, desejava morrer. Disse que pensava com frequência em se matar no ano anterior e que não havia contado a ninguém sobre seus planos. Relatou ainda que a probabilidade de vir a cometer o suicídio, no futuro, havia aumentado.

Outro instrumento utilizado para avaliação de risco de suicídio foi o *Positive and Negative Suicide Ideation Inventory* (PANSI), que avalia a frequência de pensamentos positivos e negativos relacionados ao comportamento suicida e atua como importante recurso clínico para identificar ideação suicida (Osman et al., 1998). Formado por 14 itens, o PANSI avalia o estado da pessoa nas últimas duas semanas, incluindo o dia da avaliação. Esse instrumento consiste em uma escala composta por duas subescalas: uma escala de Ideação Negativa com oito (8) itens que avaliam indicadores de risco, e uma escala de Ideação Positiva com seis (6) itens que refletem indicadores de proteção (Prieto, 2007).

Em 2008, na primeira aplicação do PANSI, na subescala de ideação negativa, Clara respondeu “algumas vezes” para cinco dos oito itens que se referem ao fator, e “uma boa parte do tempo” para dois itens dessa subescala. Em 2009, na segunda coleta, para a frequência da ideação negativa, Clara respondeu “a maior parte do tempo” em seis, dos oito itens e para os outros dois itens, ela respondeu “algumas vezes” e “uma boa parte do tempo”, confirmando a presença e a intensidade da ideação. Considerando que a ideação negativa revela sentimentos de desesperança em relação ao futuro, percepção de fracasso frente às demandas da vida, sentimentos de sobrecarga e frustração em que a única saída parece ser o suicídio, para Clara, o fato da ideação suicida apresentar-se “a maior parte do tempo” em 2009, aponta para a crescente gravidade do risco.

A presença de fatores de proteção é avaliada no PANSI através da subescala de ideação positiva. Clara respondeu “muito raramente”/ “algumas vezes” na primeira coleta em 2008, na maior parte dos itens; e respondeu “nenhuma vez” na segunda coleta em 2009, em cinco dos seis itens que estimam a presença de indicadores protetivos de suicídio. É importante mencionar que todos os itens fazem referência a sentimentos e percepções vivenciados nas duas últimas semanas. Suas respostas revelaram, portanto, uma baixa percepção de controle sobre a própria vida, insatisfação, falta de entusiasmo e otimismo, o que reforça a identificação do crescente agravamento de sua situação de risco.

O *Suicide Resilience Inventory* (SRI-25) foi desenvolvido para avaliar os fatores que ajudam a se defender contra pensamentos e comportamentos suicidas, ou seja, investiga a resiliência ao suicídio (Osman et al., 2004). O SRI-25, escala composta por 25 itens, avalia resiliência ao suicídio por meio de três fatores correlatos: Proteção Interna, Proteção Externa e Estabilidade Emocional (Osman et al., 2004).

O fator de proteção interna é composto por nove (9) itens sobre crenças positivas acerca de si mesmo e satisfação com a própria vida. A proteção externa é composta por oito (8) itens sobre a habilidade de procurar outras pessoas para ajudar a lidar com dificuldades e pensamentos suicidas. A estabilidade emocional é uma dimensão composta de oito (8) itens que se referem a crenças positivas, frente à presença de adversidades psicológicas e eventos estressores (Prieto, 2007).

Na primeira coleta, as respostas de Clara para os nove itens de proteção interna, variaram entre “discordo totalmente” para seis itens, e “concordo um pouco” para três itens. Em 2009 as respostas de Clara para os nove itens de proteção interna variaram entre “discordo totalmente” para cinco itens, “discordo um pouco” para três itens e “concordo um pouco” para apenas um item. Essas informações apontaram a baixa resiliência ao suicídio da participante,

refletindo uma baixa proteção interna, ou seja, a presença de crenças negativas sobre si mesma e insatisfação com a própria vida.

Em 2008, dentre oito itens que caracterizam proteção externa, Clara marcou “discordo totalmente” para cinco itens, e para os demais itens marcou entre “concordo um pouco” a “concordo totalmente”. No ano seguinte, nos oito itens que caracterizam proteção externa, Clara marcou “discordo totalmente” para dois itens, “discordo um pouco” para cinco itens e “concordo um pouco” para um item. É possível inferir que como fator de proteção externa, a busca pelo apoio da rede social, para lidar com a questão suicida, pareceu ser o único indicador protetivo revelado pelo instrumento, ainda que de baixa frequência.

As respostas da primeira coleta aos oito itens que caracterizam estabilidade emocional foram “concordo moderadamente” para seis itens, “concordo um pouco” para um item e “discordo um pouco” para um item. Em 2009, em todos os oito itens que caracterizam estabilidade emocional, Clara respondeu “discordo totalmente”. Os dados dessa subescala deixaram evidente o aumento da instabilidade emocional na segunda coleta, contrastando com as respostas da coleta anterior.

Além destes instrumentos para avaliar risco de suicídio, a avaliação psicológica desta pesquisa-intervenção incluiu também a aplicação do *Child Abuse and Trauma Scale* (CAT). O CAT investiga a frequência e a extensão de vários tipos de experiências negativas, na infância e adolescência, por meio de três fatores distintos: negligência emocional/ambiente emocional negativo, abuso sexual e abuso físico, e fornece um índice útil para dimensionar o abuso e o trauma infantil (Prieto, 2007; Sanders & Becker-Lausen, 1995).

No caso de Clara, em ambas as coletas, a frequência de suas respostas foi idêntica para 71% das questões sobre ambiente familiar, demonstrando clara congruência interna do instrumento. As respostas apontaram fatores de risco como negligência emocional e ambiente emocional negativo, violência doméstica e conflito familiar, e não confirmaram abuso sexual.

Na coleta de 2008, Clara indicou na questão aberta do questionário *Life Experiences Survey* (LES), questionário sobre eventos de vida, que seu novo relacionamento teve um impacto extremamente negativo. Em 2009, Clara indicou experiências que ocorreram nos últimos seis meses – ser internada, trancar novamente a faculdade, mudar de local de trabalho – e que tiveram um impacto extremamente negativo em sua vida. Confirmou um evento que ocorreu ao longo do último ano, com impacto extremamente negativo – as filhas foram morar com o pai delas. Eventos de vida podem trazer mudanças e requerer ajuste social e, muitos deles, quando experimentados como negativos e simultaneamente, têm grande impacto na saúde mental, podendo se tornar fatores de risco para o adoecimento psíquico (Saranson, Johnson & Siegel, 1978).

A estratégia de usar procedimento de avaliação psicológica no contexto da atenção básica à saúde se mostrou valiosa. Além de permitir uma comparação da condição de vida das participantes pré e pós intervenção, favoreceu a identificação de um caso de risco de suicídio que necessitava de atenção.

### **3.3. Entrevista clínica**

O encaminhamento de Clara para uma intervenção em crise levou em consideração a história anterior de tentativas de suicídio, a história de depressão e a constatação do agravamento do quadro depressivo no momento do *follow-up*. Pesou também o relato de Clara não dispor de nenhum apoio emocional no presente somado ao fato de não estar fazendo uso de medicação prescrita para os sintomas de depressão e pânico. Este atendimento individual construiu-se como uma intervenção em crise, na clínica de prevenção do suicídio.

A entrevista clínica constitui uma dimensão importante do processo de avaliação e intervenção. É ela que dá consistência aos dados coletados via instrumentos, fortalecendo sua

validade clínica (Tavares, 2000, 2003). Apresentamos a seguir, um recorte da entrevista clínica realizada com a participante, no primeiro atendimento da intervenção em crise.

### Queixa

Clara relatou sentir tristeza diariamente. Sua tristeza era agravada pela presença de sentimentos de irritação, fraqueza, culpa e desesperança, somada a pensamentos de morte. Ela relatou ainda que a história de depressão teve início na adolescência. Queixou-se de nervosismo; disse que não dormia e que bebia muito café. Afirmou que já fez uso de fluoxetina, diazepam, rivotril e que essas medicações psiquiátricas não faziam mais efeito. Disse que não via melhora em nada. Falou que nas horas de crise forte pensava em morrer. Sua motivação recorrente era não dar mais trabalho para os outros e dar um basta em tudo.

### História de vida

“Vim por acaso. Foi uma aventura.”, afirmou referindo-se à gravidez da mãe e ao relacionamento da mesma com o pai. A mãe de Clara ficou grávida dela aos 16 anos e descobriu a gravidez aos três meses. Relatou que ouviu uma conversa sobre ela ter tentado abortar e não ter conseguido. É a filha mais velha de sua mãe. Tem três irmãos – duas mulheres e um homem, por parte do padrasto. Foi criada por ele que era um homem que bebia e batia em sua mãe.

“Me sinto rejeitada”, disse Clara. Ela afirmou que sempre foi reprimida; que não podia levar amigos para casa, nem namorado. Afirmou também que não teve adolescência e nenhum namorado até os 16 anos. Falou que sua mãe implicava com suas amigas, implica com seu atual companheiro e tem preferência pelos outros irmãos. Disse que entre sua mãe e uma de suas irmãs há mais facilidade de comunicação, e que por isso a última tem o que quer. Relatou que com ela é diferente – a mãe não conversa e a criou do “jeito dela”, com uma postura rígida e pouco carinhosa.

Clara disse que em várias ocasiões foi morar na casa de outras pessoas, porque não era feliz. A primeira vez foi quando tinha 8 anos – a mãe mandou-a morar com a tia. Entrou em depressão aos 13 anos e tentou se matar, tomando um vidro de água oxigenada. Aos 16 anos, foi espancada pela mãe e fugiu, pois não queria mais aquela situação. Dormiu em uma delegacia e foi parar no juizado. Entrou em depressão, novamente.

Aos 17 anos conheceu o pai biológico. Morou dois meses com ele, em outro estado. Disse que o pai havia prometido registrá-la e cuidar dela. Relatou que era tudo mentira, que ele sempre a criticava. Afirmou que é muito observadora e, que enquanto morava com o pai, notou que ele sofria de algum tipo de transtorno. Disse que seu pai não dormia e escrevia a noite toda. Também era uma pessoa difícil de conviver. Só conheceu seus familiares por parte do pai através de fotos. Afirmou que sua avó paterna morreu “louca” e que a família esconde coisas a respeito desse assunto.

Falou que nunca foi vaidosa. A mãe, as irmãs sempre dizem para ela se arrumar mais, “passar um batonzinho”. Afirmou ter baixa autoestima e disse que não se olha no espelho – apenas veste a roupa, penteia o cabelo e está pronta. Disse que não sente vontade de ficar bonita. Também relatou que não se preocupa com dinheiro, e que algumas vezes já se desfez de seus móveis, dando-os para outras pessoas. Afirmou que para os outros isto é loucura, mas para ela não é nada disso. Antes, importava-se com a opinião dos outros, mas disse que hoje é diferente, que não se importa mais com a opinião deles.

Casou-se aos 19 anos e ficou casada por dez anos. Disse que não amava o marido e que não pensava e nem queria ter filhos. Casou-se grávida de um mês. Teve depressão pós-parto. Disse que queria se separar do marido. Um dia eles discutiram, ele a violentou sexualmente e ela ficou grávida da segunda filha. Na segunda gravidez, teve parto prematuro, correu risco de morte e sua filha também. Quando a filha tinha dez meses, teve a primeira crise de pânico e passou por uma internação psiquiátrica. Pensava que ia morrer. Disse que

ficou dependente de medicamento. Voltou a ter ideação suicida: “Só pensava em me matar, quantas e quantas noites.”

Foi dela a iniciativa de separar-se do ex-marido. É ele quem cria suas filhas, mas ela “anda querendo criar as filhas”, embora não conte com o apoio do companheiro atual, nem da sua família. Relatou que seu parceiro é muito ignorante e não aceita que suas filhas passem a morar com eles. Disse que já tentou sair do relacionamento, mas não conseguiu, pois está muito dependente emocionalmente do parceiro.

Clara relatou que, em momentos de crise e desespero acredita que sua vida acabou. Não enxerga o futuro. Disse que não procura ajuda e que não vê mais resultado em tomar remédio. Relatou que, até agora, suas tentativas de suicídio tinham sido por automedicação, mas que na última vez ela cortou-se, machucou-se nas pernas e tentou pular na cisterna. Concluiu essa parte do relato com a frase: “Peço muito a Deus pra me ajudar senão não vou durar muito não.”

Ela disse que, ao responder novamente os questionários, veio tudo isso à tona. “O que me fez mais pensar de ontem pra hoje (a participante refere-se ao dia anterior – aplicação dos questionários, e o dia presente – da entrevista clínica que marcou o início da intervenção em crise) é que, ultimamente, assim, eu não ando pensando em mais nada. Tão vazio, sem sentido”. Falou que sonha em despertar um restinho de força em si mesma, mas disse que não vê saída. “Não tenho controle, não tenho equilíbrio.” Disse que sua depressão é crônica e profunda e que se pergunta, ainda, por quanto tempo isto vai durar. Clara concluiu: “Parece que não vai ter fim nunca. No futuro não tem nada”.

## 4. DISCUSSÃO

### **O papel da avaliação psicológica na prevenção e intervenção**

Mulheres, de modo geral, tendem a experimentar mais depressão. Em parte, tal constatação pode ser entendida levando em conta questões de gênero: mulheres tendem a sofrer intensa discriminação e pressão social para cumprirem as prescrições culturais relativas ao casamento e exercício da maternidade. Elas também tentam mais suicídio (MS, 2006; OMS, 2000; Tavares et al., 2004). O presente caso clínico permitiu localizar a experiência de uma mulher, na qual ficam evidentes elementos desse contexto adverso.

A avaliação psicológica se mostrou muito útil na identificação desse caso de risco de suicídio no contexto da atenção básica a saúde. Os instrumentos de autorrelato respondidos pela participante apontaram para história anterior de depressão, ansiedade e síndrome do pânico, acúmulo de eventos estressores e tentativas de suicídio. Esses elementos estavam correlacionados e formavam uma combinação bombástica de fatores de risco. É importante apontar que depressão e ansiedade associados são relevantes fatores de risco para suicídio (Bjerkeset et al., 2008; MS, 2006).

No processo grupal, Clara queixou-se da sobrecarga de atividades e tarefas no passado, referindo-se ao primeiro período de faculdade, quando estudava e trabalhava em dois empregos. Disse que sofria pressão e cobrança da mãe que era quem lhe ajudava a olhar e cuidar das filhas. Relatou não ter tempo para elas e isso era motivo de culpa e angústia. Além do exercício de múltiplos papéis, outros fatores de risco importantes na vida de Clara foram o divórcio e ter trancado a faculdade. Ela assumiu que: “Tentar organizar toda minha vida não adiantou”.

Em grupo, a participante caracterizou sua depressão e definiu seu momento de crise: “Eu costumo chamar isso de crise, ah, hoje eu estou em crise, né, porque eu não tô bem, não



tô nada bem”. Referiu-se a acontecimentos passados, mas sua fala pode ser interpretada em relação à experiência posterior, pois suas frases alertavam para a gravidade de sua depressão:

*Querendo ou não, a gente parece que a gente fica assim meio... a cabeça da gente não suporta tanta coisa (...) Quando vem os problemas, não é que a gente queira fugir, sabe? Mas aí vai indo e você não aguenta, é tanta pressão e tanta coisa e tanta (...) A ponto de pensar que eu não dava conta mais de nada. De cuidar das minhas filhas, de nada (...) Porque querendo ou não a gente é muito instável né... muito... é... como é que eu posso dizer, a gente passa por momentos assim, que infelizmente a gente não sabe assim até que ponto, né a gente vai, como se diz, conseguir conviver com os problemas.*

É importante enfatizar que a busca de alívio é um indicador de alto risco para suicídio:

*“Ai, eu vou sumir, eu quero sumir, quero ver ninguém. Muitas vezes até mesmo, morrer (pausa). É difícil.”* Risco de suicídio é muito frequente entre pacientes com transtornos psiquiátricos. Vale lembrar ainda que entre suicídios consumados a depressão é o diagnóstico mais comum (Abreu *et al*, 2010; Barls & Botega, 2007; Gangwisch, 2010; MS, 2006; OMS, 2000; Stefanello *et al*, 2008).

Já mencionamos anteriormente que mulheres têm recebido mais diagnósticos de depressão, o que agrava sua condição de vulnerabilidade e risco, como é o caso de Clara. Ademais a ausência de medicação psiquiátrica para diminuir os sintomas depressivos pode ser grave fator de risco para uma pessoa depressiva com comportamento suicida. Neste caso, durante a intervenção grupal, a equipe pontuou, esclareceu e informou sobre os cuidados que deveriam ser tomados em relação ao uso de medicamentos prescritos para tratamento psiquiátrico, com vistas a sensibilizar a paciente para aderir ao uso da medicação.

A avaliação psicológica realizada por meio de testes e da entrevista clínica foi fundamental para indicar a gravidade da situação de Clara. No SBQ-R ficou evidente a presença de comportamento e ideação suicida; no PANSI a presença de ideação suicida, de fatores de risco e baixo fator de proteção para suicídio; no SRI-25 a presença de instabilidade emocional, baixa proteção interna e pouca proteção externa ao suicídio. As respostas

apontaram, de acordo com a análise qualitativa, a presença de grave risco de suicídio para a participante. Frases de alerta usadas por Clara, na entrevista clínica, para expressar seus sentimentos, incluíam pensamentos de morte, descontrole, desequilíbrio, sensação de vazio e desespero, que são afetos intoleráveis e também indicadores de alto risco para suicídio.

Experiências negativas contribuíram para o agravamento da condição de Clara. Ela relatou que foi internada em uma clínica psiquiátrica com péssimas condições de cuidado; e que teve que trancar a faculdade pela segunda vez, quando o estudo era visto por ela como aspecto positivo em sua vida. Ela também teve que mudar de local de serviço – a justificativa para essa troca foi o seu adoecimento psicológico. Somado a tudo isso, Clara perdeu o contato diário com as filhas, o que reforçou o sentimento de impotência frente ao dilema de cuidar e necessitar de cuidados. O relacionamento com seu atual parceiro também foi apontado como experiência de impacto extremamente negativo. Experiências recentes que tiveram um impacto extremamente negativo em sua vida também foram apontadas nas respostas ao LES. O conflito conjugal foi tema frequente dos atendimentos durante a intervenção em crise.

O casamento e a família são vistos como espaços onde deve haver proteção, dada sua importância como grupos de convivência e de sobrevivência. A presença e o acúmulo de fatores de risco, especialmente no ambiente familiar, tanto na família nuclear quanto na família extensa, agravaram o quadro de risco de suicídio da participante. Paradoxalmente, a separação conjugal é um importante fator de risco para suicídio, principalmente, para homens jovens, porém, não deve ser considerado isoladamente (Wyder, Ward & De Leo, 2009).

A entrevista clínica confirmou aspectos de risco presentes na história de vida investigados pelo CAT, tais como: experiências de negligência emocional; violência doméstica; conflitos familiares; e sentimentos de rejeição vividos pela participante. Problemas como dificuldades de relacionamento e de comunicação, ausência de afeto, conflitos e falta de apoio familiar, muitas vezes, estão na origem de comportamentos suicidas (Abreu et al, 2010).

O uso deste instrumento convidou a respondente a pensar em seu ambiente familiar, quando era criança e adolescente, e não indicou história de abuso sexual, em nenhuma fase da vida. Entretanto, na entrevista clínica foi possível verificar que na idade adulta, em seu ambiente conjugal, Clara sofreu violência sexual do marido, ficou grávida e, no período de pós-parto, passou por internação psiquiátrica, devido ao pânico e à depressão.

Uma importante particularidade da violência sexual contra as mulheres é que ela se produz pela coerção de pessoa ligada à vítima por relações afetivas, de modo geral, pessoas próximas que desfrutam de sua confiança ou de uma posição de autoridade em relação a elas. Segundo Treiner (2011), em muitos países ocidentais, um consenso se estabelece no sentido de reconhecer o estupro conjugal como violência sexual condenável. Em relação a sua saúde e saúde mental, é fato que mulheres estupradas se tornam mais depressivas que a média, mesmo depois de muitos anos de agressão; estão mais vulneráveis ao abuso e dependência de álcool e outras drogas; mais susceptíveis a DST's/AIDS; correm mais risco de suicídio e de serem assassinadas depois do estupro. Por sua vez, as crianças nascidas da agressão podem desenvolver distúrbios emocionais profundos (Treiner, 2011).

A banalização do sexo não-consensual vivido na relação conjugal, dificulta a responsabilização do marido pela violência de gênero e reforça a vitimização da mulher (Treiner, 2011). É ela quem tem que arcar com suas muitas consequências, incluindo uma gravidez indesejada. A violência contra as mulheres, de qualquer natureza, a qualquer tempo, constitui um grave fator de risco e compromete sua saúde mental. Deve ser encarada, portanto, como um problema coletivo de saúde e seu enfrentamento deve estar apoiado em políticas públicas e ações de prevenção e intervenção para sua erradicação. Vítimas de violência precisam ter apoio emocional para lidar com as muitas consequências geradas, e que resultam no agravamento à sua saúde física e mental.

É importante observar como questões de gênero perpassam a dinâmica do adoecimento mental entre mulheres. O estudo de caso de Clara ilustra bem essa constatação. Profissionais que atuam nas áreas de atenção básica a saúde e saúde mental precisam, portanto, considerar gênero como categoria fundamental de reflexão e análise. Eventos de vida que podem ser importantes fatores de proteção para a saúde mental, tais como casamento e gravidez, quando vivenciados de forma negativa, marcados por situações de violência, desqualificação e desigualdade de gênero, transformam-se em fatores de risco, como no caso da participante e resultam no agravamento do adoecimento mental e do risco de suicídio.

Fatores de risco também apontados na entrevista clínica com Clara incluem história de tentativas de suicídio e comportamento suicida desde a adolescência; presença de rigidez e ideação suicida recorrente na fase adulta; suspeita de presença de transtorno mental na família; baixa autoestima; dificuldades de manutenção de condição adequada no trabalho e precária situação financeira. Medicação disponível também aumenta o risco de tentativas e de suicídio para mulheres que têm ideação e comportamento suicida. Esse é um fator relevante a ser considerado na história de Clara que, por ser profissional da área de saúde, tinha acesso fácil a medicamentos de natureza diversa. Cabe destacar que o uso abusivo e a dependência de medicamentos psiquiátricos são muito frequentes entre mulheres, desde aquelas que recebem variados diagnósticos e indicações prescritas, até aquelas que fazem uso por conta própria, para sintomas e dificuldades identificados por elas mesmas.

As queixas trazidas para os atendimentos do processo de intervenção em crise giraram em torno, principalmente, de conflitos conjugais e familiares. Clara relatou um sentimento de ambivalência, pois queria a ajuda da mãe para ficar bem, contudo, sua mãe não aprovava seu relacionamento atual e achava que ela deveria se separar. Durante os encontros ela relatou que pensava em separar-se do marido, pois ele não a apoiava em nada, não queria suas filhas

morando com eles, não colaborava financeiramente com o pagamento das contas e, possivelmente a estava traindo.

Esses temas recorrentes foram sendo trabalhados no processo da breve intervenção, que buscou servir como fator de proteção na prevenção do risco de suicídio. Ajudar uma pessoa com risco de suicídio demanda cuidados clínicos. É fundamental o respeito à sua condição emocional e à situação de vida que a levou a pensar sobre suicídio, sem julgamento moral, em uma atitude de acolhimento (MS, 2006). Nesse período de quatro meses e ao longo do qual foram realizados dez atendimentos, a participante voltou a tomar medicação psiquiátrica e relatou contar com o apoio de colegas de trabalho para o tratamento da depressão. Foi preciso garantir que Clara tivesse conhecimento do risco que corria para que se tornasse engajada em buscar outras saídas, que não o suicídio, para resolver seus problemas. Ampliar a rede de apoio social passou a ser um importante fator de proteção externa. Tal fato ganha relevância no contexto de Clara, uma vez que a precariedade da rede de apoio também havia sido identificada como fator de risco pelos instrumentos.

A avaliação psicológica possibilitou a identificação de caso de risco de suicídio e a oferta de apoio por meio da intervenção em crise. Esse caso clínico reforça a importância da avaliação no contexto da saúde pública. Estratégias de avaliação devem, portanto, ser integradas às ações de prevenção e intervenção, para ajudar usuárias dos serviços públicos de saúde a dar voz à complexidade de suas experiências de vida. Ouvir as mulheres, seja através de intervenções grupais, de estratégias de avaliação clínica, e/ou de processos de intervenção em crise, sem distorcer essas vozes, é uma preocupação feminista e um desafio da clínica voltada para questões de gênero e saúde mental.

Este caso clínico pretendeu refletir sobre questões relevantes na área da saúde mental de mulheres. O debate acerca desse campo exigiu um olhar crítico sobre as dificuldades emocionais que levasse em consideração os aspectos psicossociais. O trabalho discutiu como

o gênero e o entrecruzamento de marcadores sociais, combinados aos graves fatores de risco e baixos fatores de proteção presentes na história de vida da participante, tiveram um impacto extremamente negativo em sua saúde mental, levando ao risco de suicídio.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O suicídio consumado ou o comportamento suicida é um importante problema de saúde coletiva, uma vez que traz graves consequências para a integridade da pessoa e para o bem-estar de sua família, ou seja, tem imediata repercussão em sua rede social. Tentativas de suicídio e história de transtorno mental, quando aparecem como fatores de risco combinados, exigem intervenção em crise, na clínica de prevenção do suicídio. Nesta direção, associar avaliação e intervenção tornou-se o maior mérito e desafio deste trabalho.

Distintos métodos de coleta e análise de dados combinados foram fortes preditores da validade clínica dos instrumentos de avaliação de risco de suicídio. Diferentes modos de avaliação psicológica, por meio de instrumentos padronizados, de autorrelato, e também da entrevista clínica apontaram para a mesma condição de vulnerabilidade e risco para a saúde mental da participante, cuja vivência foi objeto deste estudo de caso. A gravidade da situação gerou a necessidade de intervenção rápida e dirigida para atender às suas demandas na situação de crise. A avaliação psicológica possibilitou identificar um caso de risco de suicídio e promover uma intervenção psicológica, o que reforça sua importância e o compromisso ético desta investigação, no contexto da atenção básica a saúde.

Fatores de risco como depressão, exercício de múltiplos papéis, experiências negativas de vida, conflitos conjugais e familiares, violência sexual e doméstica, quando associados, como na história de vida da participante, contribuem para um aumento do risco de suicídio. Sabe-se que a prevalência de suicídios consumados é maior entre homens, mas é preciso

atentar para a predominância de tentativas de suicídio entre mulheres. Mulheres com história de transtorno mental e comportamento suicida, que experimentam sobrecarga de atividades, pressão social e conflitos familiares estão em situação de maior vulnerabilidade. Podem, portanto, beneficiar-se de apoio profissional psicológico, em contextos de prevenção e intervenção para o enfrentamento e superação de dificuldades emocionais.

Um olhar de gênero levou em conta a importância dos aspectos psicossociais e históricos, tanto nos processos de adoecimento mental, quanto de construção de resiliência em mulheres. O presente caso clínico teve o propósito de discutir dimensões do sofrimento psíquico feminino, levando em consideração sua complexa relação com o comportamento suicida. Pretendeu ainda, mostrar a importância de serem ampliadas as estratégias de escutar as vozes de mulheres com dificuldades psicológicas, que podem encontrar ajuda em contextos públicos de atenção à saúde.

## REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D., Kohlrausch, E., & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 12(1):195-200. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/a24.htm>
- Aguiar, R. W. (2008). Intervenções em Crises. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias Abordagens Atuais*. (Rev. ed.). (pp.153-158). Porto Alegre: Artmed.
- Bahls, S. C. & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn. (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp.151-171). Porto Alegre: Artmed.

- Bjerkeset, O., Romundstad, P. & Gunnell, D. (2008). Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 474–475. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045203
- Diniz, G. (1999). Condição Feminina: fator de risco para a saúde mental? Em M. G. T. Da Paz & A. Tamayo. (Orgs.), *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. (pp. 181-197). Brasília: Editora UnB.
- Diniz, G. (2004). Mulher, Trabalho e Saúde Mental. Em W. Codo (Org.), *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp.105-138). Petrópolis: Vozes.
- Diniz, G. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. Em T. Féres-Carneiro. (Org.), *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. (pp. 11-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gangwisch, J. E. (2010). Suicide Risk Assessment. *Current Medical Literature: Psychiatry*, 21(4), 113-119. Retirado de [www.currentmedicalliterature.com](http://www.currentmedicalliterature.com)
- Ladwig, K. H., Klupsch, D., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Schneider, A. & Wichmann, H. E. (2010). Gender Differences in Risk Assessment of Death Wishes and Suicidal Ideation in the Community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, n.1, 52-58. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c81f92
- Lopes, M. S. V., Saraiva, K. R. O., Fernandes, A. F. C., Ximenes, L. B. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. [Versão Eletrônica]. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(3): 461-468.
- Ministério da Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil: Área Técnica de Saúde Mental.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002



- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da Saúde em atenção primária*. Genebra.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kooper, B. A., Barrios, F. X., (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. doi: 10.1177/107319110100800409
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X. & Chiro, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological Reports*. 82(3 Pt 1), 783-793. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*. 94(3 Pt 2), 1349-1360. doi: 10.2466/pr0.94.3c.1349-1360
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, n.2, 135-143.
- Porchat, P. (2010). Gênero, práticas “psi” e subjetividades. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 116-122.
- Prieto, D. Y. C. (2007). *Indicadores de Proteção e de Risco para Suicídio por meio de Escalas de Auto-relato*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19, 3, 315–323. doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6

- Saranson, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. [Versão Eletrônica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, n. 5, 932-946.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Stefanello, S., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., Freitas, G. V. S., Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. [Versão Eletrônica]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 139-143.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. Em J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V*. (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8(2), 125-136.
- Tavares, M. (2005). Prevenção, Riscos, Identificação Precoce. *Psicologia Ciência e Profissão*, ano 2, n. 3, 51-53.
- Tavares, M. (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. Em A. A. Anache; M. Tavares; B. S. G. Werlang; C. H. S. S. Nunes; R. Primi; M. C. Ferreira; A. A. A. Santos; A. E. Villemor-Amaral & C. T. Reppold. (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão*. 1 ed. (pp. 31-56). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Tavares, M., Montenegro, B. & Prieto, D. (2004). Modelos de Prevenção do Suicídio: princípios e estratégias. Em J. S. N. F. Bucher-Maluschke & K. Hermanns (Orgs.), *Direitos Humanos e Violência: desafios da ciência e da prática*. (pp. 231-257). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.
- Treiner, S. (2011). Os estupros no mundo. Em C. Ockrent & S. Treiner (Orgs.), *O livro negro*

*da condição das mulheres*. Rio de Janeiro: Difel.

Vianna, C. (2005). *Climatério e Autovalorização: Uma Reflexão Feminista*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

Vianna, C. & Diniz, G. (2006a). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. Em D. Falcão & C. Dias. (Orgs.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I. (pp. 37-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Vianna, C. & Diniz, G. (2006b). Condição Feminina, Gênero e Autovalorização. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais*. (pp. 215-231). Brasília: Editora UnB.

World Health Organization (2000). *Women's mental health: an evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/67.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf)

World Health Organization (2002). *Gender and Mental Health*. Department of Gender and Women's Health, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/gender/other\\_health/en/genderMH.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf)

World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)

World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. [Versão Eletrônica]. Retirado [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)

Wyder, M., Ward, P. & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of Affective Disorders*. 116, 208–213. doi:10.1016/j.jad.2008.11.007

## ARTIGO IV

### REFLEXÕES SOBRE GÊNERO E SAÚDE MENTAL DE MULHERES USUÁRIAS DE DROGAS

**Resumo.** Este artigo apresenta estudo qualitativo descritivo desenvolvido a partir de uma intervenção grupal voltada para a promoção da saúde mental de mulheres usuárias de substâncias. O objetivo foi levantar informações sobre os fatores de risco presentes na história de vida de mulheres participantes de um grupo de conversação desenvolvido em um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) da região metropolitana de Goiânia-GO. Os dados foram coletados a partir do levantamento de prontuários, dos registros escritos dos encontros grupais e do relato de cinco participantes em um dos encontros grupais sobre sua experiência com o uso de crack. Esse conjunto de dados apontou para dimensões coletivas e subjetivas do uso de drogas. A discussão tem como base a articulação entre gênero e saúde mental, e aponta a importância do grupo com mulheres como fator de proteção e estratégia de atendimento a ser privilegiada em serviços públicos de saúde mental.

**Palavras-chave:** gênero; grupo de mulheres; uso de crack; saúde mental de mulheres.

### REFLECTIONS ON GENDER AND THE MENTAL HEALTH OF WOMEN DRUG USERS

**Abstract.** This article presents a qualitative descriptive study that was based on a group intervention geared towards the promotion of mental health of women that are drug users. The objective was to gather information regarding risk factors present in the life history of women participating in a conversation group developed at the Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) in the metropolitan area of Goiânia-GO. The data were collected through the participants' service files, the written registrations of the group encounters and the testimony of five participants regarding their experience with the use of crack in one of the group sessions. The data pointed to collective and subjective dimensions of the use of drugs. The discussion of the data is based on the interaction between gender and mental health, and points out the importance of a women's group as a protective factor and as a strategy to be privileged in public mental health services.

**Keywords:** gender; women's groups; crack use; women's mental health.

## 1. INTRODUÇÃO

O presente estudo problematiza dimensões da saúde mental de mulheres com história de abuso ou dependência de substâncias. O objetivo do estudo<sup>1</sup> foi levantar informações sobre fatores de risco na história de usuárias jovens e adultas, frequentadoras de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) da região metropolitana de Goiânia-GO. Parte dos dados foram coletados por meio de um grupo de conversação com mulheres em tratamento por uso de substâncias psicoativas<sup>2</sup>, voltado para dialogar sobre suas experiências, histórias de vida e vivências cotidianas relacionadas à sua saúde mental. A intenção desse artigo é discutir essas informações com base na interação entre gênero e saúde mental, principalmente em contexto de pobreza e baixa renda.

O artigo contextualiza brevemente o trajeto das políticas públicas na área de álcool e drogas para em seguida problematizar os temas do uso de drogas e crack entre mulheres, do atendimento grupal em contexto de tratamento e da perspectiva de gênero na saúde mental de mulheres. O perfil das participantes do grupo foi traçado a partir do levantamento de prontuários, e dimensões de suas experiências foram conhecidas a partir dos registros escritos dos encontros e do relato de cinco participantes em um encontro grupal que teve como foco sua experiência com o uso de crack. Os resultados apontam fatores de risco e proteção presentes nas experiências das participantes, e a discussão destaca a relação entre gênero e saúde mental de usuárias e propõe a prática de intervenção em grupo como ação de promoção a saúde mental.

---

<sup>1</sup> Estudo realizado no contexto da pesquisa de Tese de Doutorado intitulada *Gênero e Psicologia Clínica: Risco e Proteção na Saúde Mental de Mulheres*, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura do Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília – UnB, e apoiado financeiramente pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES.

<sup>2</sup> Substâncias psicoativas agem no cérebro modificando seu funcionamento, alterando o comportamento e o psiquismo.

### **1.1. Breve contextualização das políticas de atenção a saúde de usuários/as**

O uso de drogas é uma questão urgente da área de saúde e demanda investimento do estado em políticas públicas. Até 2003 o Brasil não havia consolidado uma política de alcance nacional voltada para a prevenção e o tratamento de transtornos associados ao uso de álcool e outras drogas, que levasse em consideração o impacto social do problema do uso prejudicial de substâncias (Delgado, 2010). Até esse período, o objetivo comum das intervenções era promover a abstinência – a única direção de tratamento possível, submetendo o campo da saúde ao poder jurídico, psiquiátrico e religioso, confundindo-a com o tratamento da doença em si (Delgado, 2010; Passos & Souza, 2011).

O paradigma da repressão e da moralização do uso de drogas, então vigente, pautava as políticas e ações do Estado (Delgado, 2010; Passos & Souza, 2011). Esse paradigma vem sendo substituído pela perspectiva da prevenção, do tratamento e da inclusão dos direitos humanos no campo da saúde pública e da cultura. Surge então uma nova política que propõe a atenção integral, a promoção e prevenção da saúde mental, a redução de danos, e a ampliação do acesso ao tratamento (Delgado et al., 2007; Delgado, 2010; Ministério da Saúde, 2003).

O Relatório Brasileiro sobre Drogas (2009) aponta que ao longo dos anos 2001 a 2007, devido à medida de redução de danos, houve no Brasil queda no número de indivíduos com aids associada ao uso de drogas endovenosas. A redução de danos, reconhecida como medida eficaz no campo da prevenção de DSTs/AIDS, foi ao longo dos anos se tornando uma estratégia de construção de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência. Ela pode ser entendida como um novo paradigma ético, clínico e político que visa reduzir os danos causados pelo abuso de substâncias. A redução de danos não exige abstinência imediata e automática, porém, estimula a mobilização coletiva e a participação do/a usuário/a no processo, e acolhe as pessoas que usam drogas como cidadãos de direitos e sujeitos políticos, sem reduzir o usuário a um doente ou criminoso (MS, 2003; Passos & Souza, 2011).

Segundo Delgado (2010), na política de saúde mental do país, a Psicologia é a profissão que incorpora o maior número de trabalhadores, e os/as psicólogos/as se tornam os/as principais protagonistas para sua consolidação. Assim, a prática dos/as profissionais que atuam nesse área precisa incorporar essa mudança de paradigma na atenção ao uso de substâncias. Diante desse novo cenário, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) adotou postura de defender uma política para usuários de álcool e outras drogas sem exclusão. Dentre os motivos para essa defesa estão a continuidade e o avanço do processo de Reforma Psiquiátrica, o respeito e a promoção da cidadania dos/as usuários/as recusando todas as propostas que violem seus direitos, como a internação compulsória e restrição da liberdade como método de tratamento (Conselho Federal de Psicologia, 2009, 2011).

Grigolo (2003) aponta que novas práticas de atenção psicossocial em contexto ambulatorial vêm sendo construídas e que é preciso um repensar da ética e da clínica considerando a complexidade do sofrimento mental e a construção histórica e política da loucura, da subjetividade e da exclusão. Nesse contexto, é preciso levar em conta que, “tratar pessoas significa fazer com que seu cotidiano seja melhor e menos sofrido. (...) O princípio geral é o benefício do paciente, que é o princípio geral da clínica” (Delgado et al., 2000, p.72). O fato é que o uso de drogas remete a uma busca da pessoa por um espaço onde a dor e o sofrimento sempre possam ser adiados, pois a droga pode aparentemente garantir a plenitude (Brasiliano, 2003). Sendo assim, a dimensão simbólica da droga e a busca do prazer não podem ser subestimados no tratamento.

Considerando toda a complexidade que envolve o processo de abuso ou dependência de substância, refletimos e optamos pelo termo usuárias para caracterizar as participantes deste estudo. A utilização do termo usuária neste artigo remete à idéia de usuária de substância e igualmente à idéia de usuária do serviço público de saúde mental. O termo usuária propõe uma reflexão crítica e pretende ultrapassar adjetivos ainda muito utilizados e



impregnados de preconceitos, tais como viciada, drogadita ou dependente. Usuária faz pensar em uma condição – que pode ser transformada, que pode deixar de ser como é – remete a condição de sujeito. É preciso proporcionar uma clínica para o sujeito/usuária que acolha tanto as demandas que se apresentem de imediato, quanto aquelas que não são formuladas, mas que se manifestam em forma de puro sofrimento.

## **1.2. Uso de crack entre mulheres**

O crack é uma substância derivada da cocaína, feita a partir da mistura da pasta base com diversos produtos químicos e apresentado em forma de pedras para ser fumado. Cabe lembrar que cocaína é uma droga muito potente, estimulante do sistema nervoso central com alto potencial de dependência. Cocaína e crack provocam efeitos de intensa euforia, bem-estar, taquicardia, redução do apetite, ideação grandiosa; o aumento da dose pode causar sintomas de ideação persecutória, ansiedade, irritabilidade, confusão mental; e os sintomas da abstinência incluem insônia, pesadelos e agitação (Ribeiro & Andrade, 2007).

Devido ao tempo curto entre a administração e o aparecimento dos seus efeitos, o crack se torna uma droga muito atraente e altamente viciante para o usuário (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010; Nappo et al., 2004). O crack possui maior e muito mais rápida absorção pela via pulmonar, induz ao consumo compulsivo e merece atenção por causa dos riscos associados a seu padrão de consumo. O uso de crack resulta em um aumento rápido de cocaína no sangue – 8 a 10 segundos – produzindo imediatamente efeitos psíquicos, que contudo, se dissipam em pouco tempo – 5 a 10 minutos, o que também aumenta o desejo pela droga, levando a uma nova administração e, conseqüentemente, maior dependência (Pulcherio, Stolf, Pettenon, Fensterseifer & Kessler, 2010). Assim, seu consumo pode levar de horas a dias, dependendo do suprimento da droga (Leite, 1999).

O uso do crack pode provocar complicações de saúde como problemas respiratórios, risco de contrair DST/AIDS, overdoses, convulsões, coma, parada cardíaca. É fundamental, portanto, levar em conta que, além de seu poder destrutivo, o crack pode ser mortal. Usuários de crack são geralmente usuários de múltiplas drogas ou têm um histórico de consumo de outras substâncias. Depressão e ansiedade são as comorbidades psiquiátricas mais observadas nos estudos brasileiros e podem estar associados a um pior prognóstico entre usuários de drogas (Duailibi et al., 2008).

O perfil do usuário de crack no Brasil é idêntico ao de outros países. Ele é homem, jovem, com menos de 30 anos, faz uso de múltiplas drogas, solteiro, desempregado ou vivendo de bicos, tem baixo nível econômico e baixa escolaridade, vive em péssimas condições sociais e de saúde, troca sexo por drogas, tem maior envolvimento com a criminalidade e com problemas legais, está marginalizado e excluído (Dias et al., 2011; Pulcherio et al., 2010). Apesar de começar a aparecer entre grupos de classe alta, essa droga ainda é mais prevalente entre as classes mais baixas.

Usuários de cocaína e crack parecem ser especialmente vulneráveis às mortes por causas externas, especialmente as mortes violentas, tendo como principais causas o homicídio, as consequências do HIV/AIDS e a overdose (Dias et al., 2011; Pulcherio et al., 2010). A principal causa de morte entre usuários de crack, em países desenvolvidos, ocorre por complicações cardiovasculares e overdoses, enquanto no Brasil, a principal causa de morte é por homicídio (Pulcherio et al., 2010).

Pesquisa de Ribeiro, Sanchez e Nappo (2010) investigou sob a ótica de 30 usuários de crack, os riscos aos quais estão sujeitos devido ao consumo e as estratégias que empregam para minimizar ou evitar esses riscos. Os maiores riscos decorrentes da dependência do crack foram os relacionados aos efeitos psíquicos da droga, como fissura<sup>3</sup>, sintomas paranóides

---

<sup>3</sup> Vontade irresistível de usar a droga.

transitórios e sintomas depressivos, assim como os decorrentes da ilegalidade com a polícia e o tráfico. Dentre as estratégias que os participantes empregaram para minimizar ou evitar o risco estavam o controle dos efeitos psíquicos, principalmente pelo consumo de álcool e maconha, o que gerava ainda outras consequências nocivas. Fazer uso de crack em casa, própria ou de colegas, funcionava como estratégia para diminuir riscos de violência e lesões.

Já o estudo de Boyd e Holmes (2002) investigou 208 mulheres e procurou detectar a relação entre o problema do abuso de substâncias de mulheres afro-americanas que fumam crack e de seus familiares, considerando o contexto em que o uso de drogas ocorre. O estudo desses autores confirma que independentemente da substância que utilizem, mulheres com história de abuso e dependência têm mais probabilidade de terem sido iniciadas na droga por um membro do sexo oposto, geralmente um namorado, amante, ou membro da família do sexo masculino.

Aspectos igualmente relevantes de consumo de cocaína e crack no Brasil são o comportamento sexual de risco e a infecção pelo HIV. Isso se deve ao fato de que dentre os comportamentos de risco mais observados estão o número elevado de parceiros, as relações sexuais desprotegidas e o comércio de sexo por crack ou dinheiro, condição de vulnerabilidade também associada com baixa escolaridade, pobreza e falta de moradia (Lejuez, Bornovalova, Reynolds, Daughters & Curtin, 2007; Ribeiro et al., 2010; Duailibi et al., 2008; Oliveira, Paiva & Valente, 2007).

O estudo qualitativo desenvolvido por Nappo et al. (2004) com usuárias de crack, na cidade de São Paulo e em São José do Rio Preto-SP com uma amostra intencional de 75 mulheres, investigou seu comportamento de risco quando se prostituem pela droga ou por dinheiro para comprá-la. Os resultados apontaram que a maioria das participantes fazia sexo por crack diariamente, não escolhia os parceiros, local ou o tipo de sexo que iria praticar e não

---

usava preservativo. A prostituição ocorria a qualquer momento que as usuárias sentissem fissura por falta da droga, fato que diminuía seu poder de negociação para garantir sexo seguro e aumentava consideravelmente seu risco em relação às DST/AIDS. Nesses casos, a rotina das usuárias incluía conseguir clientes, realizar sexo, obter crack ou dinheiro para comprá-lo, fumar e voltar para buscar um novo cliente.

Vários estudos sugerem que o abuso sexual, emocional e físico na infância estão fortemente relacionados à gravidade dos problemas de abuso de substâncias, e sabe-se que mulheres que sofreram abuso sexual na infância começam a usar drogas mais precocemente que outras usuárias (Lejuez et al., 2007; Hochgraf & Andrade, 2004). Dantas e Andrade (2008), em revisão da literatura, afirmam que não há uma única explicação para a associação entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e outras drogas, porém, a maioria dos estudos na área revelam que sintomas associados ao estresse pós-traumático muitas vezes antecedem o início do uso abusivo de substâncias.

Falta treinamento de equipes de saúde que atuam na atenção básica para fazerem uma entrevista de anamnese detalhada que inclua uma diversidade de fatores etiológicos. Esse fato, somado ao preconceito de profissionais colabora para que mulheres usuárias não sejam identificadas em serviços de saúde (Oliveira et al., 2007). Elas chegam muitas vezes aos serviços apresentando queixas vagas sobre sua saúde e na ausência de investigação mais cuidadosa, deixam de ser encaminhadas e atendidas em tratamento especializado (Hochgraf, Zilberman & Brasiliano, 1999).

O tratamento para abuso e dependência de substâncias engrossa a prática de atendimentos na saúde pública, assentada em um modelo neoliberal, voltada para assistência individual e a produtividade traduzida em números de procedimentos realizados (Carvalho & Dimenstein, 2004). Rabelo e Araújo (2008) problematizam o caráter curativo das ações em saúde, voltadas para a medicalização, discutindo a ineficácia das mesmas na modificação do

quadro de sofrimento psíquico e violência a que as mulheres são submetidas. Destacam as autoras que, ser mulher, é um importante preditor para a prescrição de drogas psicotrópicas. Por exemplo, o uso de ansiolíticos, de modo geral, ocorre de forma indiscriminada, sendo amplamente usados no combate à insônia. É importante lembrar que o consumo de medicamentos tem um alto impacto social, pois serve no combate à doença na prática terapêutica, e também proporciona enormes lucros econômicos na sociedade capitalista em que vivemos (Carvalho & Dimenstein, 2004).

A escassez de pesquisas sobre abuso ou dependência de substâncias<sup>4</sup> entre mulheres, associado ao preconceito contra mulheres usuárias de drogas e álcool, dificulta a identificação e o atendimento de suas reais necessidades. Estigmas sociais e mitos, por exemplo, de que as mulheres usuárias aderem menos ao tratamento e tem evolução pior, impedem ou tornam mais difícil seu acesso aos centros de atenção e tratamento. O acesso também é dificultado muitas vezes pela vergonha, pelo medo de serem julgadas e discriminada, pela falta de apoio de familiares ou mesmo pela oposição familiar, especialmente quando o parceiro é usuário e não quer se tratar (Hochgraf & Andrade, 2004; Zilberman, 2003).

Atualmente, há um reconhecimento de que mulheres com história de dependência ou abuso de substâncias têm necessidades específicas e precisam de tratamento que leve em conta estas questões. Mulheres usuárias podem se beneficiar de propostas terapêuticas que valorizem sua condição feminina e que tratem de questões relevantes para sua saúde mental como violência doméstica, abuso sexual, preocupação com os filhos e a família, com o corpo e a auto-estima (Hochgraf & Andrade, 2004).

---

<sup>4</sup> O abuso é um padrão mal-adaptativo de uso da substância que provoca comprometimento e sofrimento significativo no sujeito, prejuízo em seu campo social e ocupacional e o expõe a diversos riscos, mas apesar disso, ele persiste no uso. A dependência é um padrão ainda mais grave, caracterizado quando o consumo da substância passa a desempenhar um papel central na vida do sujeito. O DSM-IV define critérios diferentes para o abuso e para a dependência de substância psicoativa (Ribeiro & Andrade, 2007).

A literatura (Hochgraf & Andrade, 2004; Brasiliano, 2003; Hochgraf et al., 1999) aponta que tratamentos em grupos mistos tendem a não funcionar bem para mulheres. Uma das razões apontadas é que em tratamentos mistos acabam predominando os interesses masculinos, pois as mulheres, geralmente, estão em menor número e a presença masculina restringe comportamentos e falas femininas, levando ao risco dos seus problemas passarem a ser evitados ou negligenciados.

Estudo desenvolvido pelo Programa de Atendimento à Mulher Dependente Química da Universidade de São Paulo (Hochgraf & Andrade, 2004), constatou que, após seis meses, 66,9% das mulheres alcoolistas permaneciam em tratamento em um programa específico, enquanto só 34,8% das mulheres alcoolistas permaneciam em um tratamento misto – para mulheres e homens em conjunto. No caso de usuárias de drogas que não o álcool foi verificado que, após seis meses, 66,3% das mulheres permaneciam em tratamento em um programa específico, contra 43,9% das mulheres que permaneciam em tratamento misto.

Nesse contexto, surgem os grupos com mulheres como metodologias de atendimento terapêutico que favorecem a intimidade, o calor, a troca afetiva, e o foco no relacionamento interpessoal. Em grupo, mulheres usuárias tendem a direcionar sua atenção para problemas físicos e familiares – relatam mais dificuldades emocionais como depressão, ansiedade, baixa auto-estima, irritabilidade e costumam centrar-se mais em questões afetivas e interpessoais. Homens usuários tendem a focar questões diretamente relacionadas ao uso de drogas ou álcool e relatam mais problemas legais e profissionais. Fica evidente, portanto, que diferenças de gênero permeiam o contexto de abuso de substância e geram a necessidade de um enfoque terapêutico distinto para os dois sexos (Hochgraf & Andrade, 2004; Hochgraf et al., 1999).

### 1.3. Gênero na atenção à saúde mental

Gênero é o modo como as pessoas e as coletividades organizam a sua experiência em torno de normas e valores femininos ou masculinos naturalizados e institucionalizados (Diniz, 1999). Ao mesmo tempo é a perspectiva analítica que problematiza a organização histórica de desigualdade de poder entre mulheres e homens, os valores que sustentam essa desigualdade e seus impactos tanto na vida social quanto subjetiva (Scott, 1995). Azerêdo (2010) acrescenta que não basta dizer que gênero é uma construção que dá significado às relações de poder, pois essa definição não dá conta da “encrenca” que a discussão de gênero propõe. É necessário entender sob que condições o sujeito é constituído, na rede de relações de gênero.

Fatores que contribuem para a manutenção da desigualdade entre os sexos são a violência conjugal, o estigma, a violação dos direitos humanos, o racismo e a pobreza (Diniz, 1999, 2011; Giffin, 2002, 2006; Vianna, 2005). Torna-se necessário focar o gênero como relacional e articulado com marcadores como classe social, raça/etnia, sexualidade, geração, capital cultural, regionalidade e não como única condição determinante de vulnerabilidade (Giffin, 2002). Esses marcadores, incluindo também a sanidade mental, não são apenas descrições dos sujeitos; eles são construídos politicamente nas contradições sociais e históricas, e interferem de modo significativo na experiência do sofrimento (Vianna, 2005; Pedrosa, 2006).

O estudo de Pedrosa (2006) buscou compreender os sentidos do cuidado associado ao CAPS e a problemática de gênero e raça/etnia em textos técnicos do Ministério da Saúde que servem de apoio à implementação da Reforma Psiquiátrica, e apontou uma diluição de referências relativas às questões de gênero e uma ausência total quanto às relações étnico-raciais. Esta rarefação não pode ser atribuída a ausência de discussões teóricas, mas sim a um dispositivo sócio-cultural de exclusão de outros pertencimentos para o/a paciente do CAPS que não o transtorno mental, desconsiderando o impacto do sexismo e do racismo no

sofrimento psíquico do sujeito. O autor sugere uma maior aproximação entre o campo da saúde mental e da Luta Antimanicomial, com as políticas para promoção da igualdade racial e de gênero.

Rabelo e Queiroz (2009) desenvolveram uma relevante proposta de intervenção psicossocial em um CAPS para transtornos mentais em uma cidade do entorno de Goiânia-GO. A idéia das autoras foi promover um grupo de mulheres transversalizado por questões de gênero. Coordenado por uma psicóloga e uma assistente social, o grupo era voltado para usuárias do CAPS, com histórias de pobreza, violência, discriminação, desemprego, baixa escolaridade e intenso sofrimento psíquico. Experiências de gênero foram compartilhadas de forma reflexiva sobre a vida cotidiana, levando em conta as dificuldades nas relações e o sofrimento vivido pelas participantes que já haviam sido agredidas pelos parceiros, impedidas de estudar e trabalhar, e criaram os filhos reproduzindo essas desigualdades. Afirmam as autoras que seu texto pretendeu dar visibilidade a um projeto terapêutico com vistas à promoção da cidadania, problematizando questões de gênero na compreensão da saúde mental.

Este estudo toma gênero como categoria fundamental de análise para refletir sobre a saúde mental de mulheres usuárias de drogas, especialmente o crack, a partir de uma intervenção psicossocial. Na atenção psicossocial são privilegiadas as formas de tratamento que garantam a atenção integral, visam à inclusão social, à cidadania e o direito ao acesso à saúde integral dos usuários de álcool e outras drogas. A intervenção psicossocial utiliza, principalmente, métodos psicológicos ou sociais para o tratamento de um transtorno mental ou redução substancial do sofrimento psicossocial das pessoas (WHO, 2011).

Levando em conta questões de gênero em sua proposta, esta pesquisa-intervenção – onde investigação e atendimento são simultâneos – teve origem a partir da experiência positiva com grupos de conversação com mulheres na menopausa na atenção básica a saúde



(Vianna, 2005; Vianna & Diniz, 2006a, 2006b). Inspirado nessa proposta, este trabalho se propôs a levantar fatores de risco na saúde mental de usuárias de drogas, além do abuso ou dependência de substância. Fatores de risco são condições associadas com o desenvolvimento de uma doença ou transtorno, que agem antes de sua instalação, e sua redução implica na diminuição da prevalência, da mortalidade e do aparecimento de outras patologias (MS, 2009). O trabalho também buscou mostrar a importância do grupo de conversação com mulheres como fator de proteção nesse contexto de tratamento. Fatores de proteção são condições que visam reduzir ou eliminar a exposição a fatores de risco, reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando a resistência das pessoas a esses fatores (MS, 2009). Este estudo pretendeu ainda fazer uma crítica de gênero para problematizar a condição clínica e psicossocial de mulheres usuárias de drogas.

## **2. MÉTODO**

### **2.1. Contexto da pesquisa-intervenção**

Durante o ano de 2009 a proposta interdisciplinar de um grupo de mulheres voltado para atender usuárias com história de abuso e dependência de substância foi colocada em prática por uma equipe composta pela presente clínica-pesquisadora, e por uma psicóloga e uma musicoterapeuta, ambas funcionárias de um CAPSad do município. O atendimento foi caracterizado como uma prática grupal voltada para a promoção da saúde mental de mulheres no contexto da atenção psicossocial.

A criação do grupo surgiu a partir da experiência do serviço de Psicologia nesse CAPSad, em identificar que no atendimento com grupos mistos, muitas participantes pareciam não se envolver com o trabalho ou aparentar constrangimento ao relatar sua

experiência em grupo. Uma vez que a criação de grupos específicos contribui para o aumento da adesão ao tratamento e para a permanência no grupo, este fato não podia ser negligenciado.

A psicóloga do serviço, também colaboradora voluntária desta pesquisa de tese, decidiu então, investir na construção de um grupo específico para atender essa demanda. Uma parceria foi feita entre o serviço de Psicologia do CAPSad e a clínica-pesquisadora na qualidade de doutoranda e supervisora de estágio. A autorização para a participação voluntária no grupo de atendimento e para o desenvolvimento da pesquisa foi concedida pela Secretaria de Saúde do município.

## **2.2. Participantes**

O grupo recebeu um total de 47 mulheres ao longo de 40 encontros, A idade das participantes variou entre 18 e 55 anos. A média de idade era de 33 anos, sendo que cerca de 30% delas tinha entre 30 e 39 anos. As cinco participantes usuárias de crack, cuja experiência será destacada nesse artigo, serão apresentadas com nomes fictícios.

## **2.3. Instrumentos**

Os dados que compõem este estudo foram coletados a partir de um levantamento dos prontuários das 47 participantes que passaram pelo grupo, de informações constantes nos questionários demográficos preenchidos por cinco participantes usuárias de crack e no registro escrito de um encontro realizado.

## **2.4. Procedimentos**

O encaminhamento das participantes para o grupo era feito pela equipe técnica do serviço. Após o acolhimento e de acordo com a demanda e a disponibilidade para o atendimento no turno vespertino, mulheres usuárias eram então conduzidas ao grupo. O grupo

era do tipo aberto, semanal, multiprofissional e de orientação psicossocial. O grupo se apoiava em encontros temáticos com especial cuidado para, a cada encontro, acolher novas participantes e ao mesmo tempo acomodar as necessidades das participantes mais frequentes.

Os temas principais da conversação grupal giravam em torno da história do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas, saúde mental, fatores de risco, tratamentos anteriores, relatos de recaída, fatores de proteção, redes de apoio e estratégias e dificuldades de adesão ao tratamento. A idéia deste atendimento multiprofissional foi acolher as usuárias e incentivar a reflexão sobre sua condição feminina e sua saúde mental, seu modo de vida e o impacto do abuso e dependência de substâncias em seu cotidiano.

A metodologia grupal teve enfoque na conversação circular e cada encontro incluía um acolhimento musical, uma apresentação de cada participante e uma breve orientação sobre a metodologia de funcionamento do grupo. A conversação terapêutica girava em torno das demandas presentes das participantes do dia e permitia acolher cada mulher e seu relato de história de vida com cuidado terapêutico, favorecendo o compartilhar de experiências coletivamente.

Ao longo dos encontros, a clínica-pesquisadora explicava às participantes presentes que o grupo de mulheres também fazia parte de um projeto de pesquisa-intervenção. Neste contexto, os temas conversados no grupo seriam discutidos em um trabalho de pesquisa sobre saúde mental de mulheres com a finalidade de conhecer fatores de risco e proteção na experiência destas participantes.

Em função do grupo ser aberto, das características das participantes e da atenção para com as dimensões clínicas e éticas implicadas no processo, os encontros grupais não foram gravados. O aspecto clínico e ético diz respeito, por exemplo, ao fato de que o uso do crack costuma despertar idéias persecutórias e não queríamos que o gravador se tornasse um agente inibidor da participação.

Em setembro de 2009 houve o encontro com maior número de participantes – 13 mulheres – sendo que três delas estavam no grupo pela primeira vez. Destas mulheres, cinco eram usuárias de crack, quatro de bebida alcoólica, duas de medicamentos e duas de múltiplas drogas. A partir da escolha de um tema da conversação grupal – o uso de crack, apresentaremos um breve comentário sobre características das cinco participantes usuárias.

### **3. RESULTADOS**

#### **3.1. Características das participantes do grupo**

Durante dez meses, de março a dezembro de 2009, foram realizados 40 encontros grupais. No primeiro semestre foram realizados 18 encontros que acolheram semanalmente de três a sete participantes. No segundo semestre, foram realizados mais 22 encontros e a participação variou de três a treze mulheres por encontro. As participantes passaram pelo acolhimento predominantemente em 2009; 14,8% passaram pelo acolhimento em 2008 e 2,1% em 2006. Das 39 participantes que foram acolhidas em 2009, pelo menos 16, ou seja, 41% procuravam tratamento pela primeira vez.

Essas participantes vinham de muitas regiões do município. Algumas residiam em áreas mais próximas do centro de Goiânia, porém a maioria das mulheres morava em bairros periféricos e nenhuma delas residia em um dos principais bairros de classe média ou alta da cidade. Havia uma predominância de mulheres solteiras (48,9%); muitas delas eram separadas ou divorciadas (29,7%); algumas moravam com o parceiro (12,7%), e uma minoria era casada (6,3%) ou viúva (2,1%). Passaram pelo grupo mulheres grávidas, sem filhos, e/ou possuindo de um a cinco filhos.

A escolaridade dessas mulheres variava da 3ª série do Ensino Fundamental até a conclusão do Mestrado. Havia uma prevalência de participantes que estavam cursando ou já

havam cursado o Ensino Fundamental (44,6%) seguida daquelas que estavam cursando ou já haviam concluído o Ensino Médio (27,6%). Um número menor de participantes possuía Curso Superior completo ou incompleto (12,7%). Houve quem se declarasse sem educação formal (2,1%) e o restante das participantes (10,6%) não apontou sua escolaridade na triagem.

Quase metade das participantes (44,6%) exerciam ocupações remuneradas. As ocupações eram variadas e incluíam trabalhos de catadora de papel, empregada doméstica, diarista, camareira, encarregada de limpeza, auxiliar de serviços gerais, merendeira, costureira, secretária, professora, vendedora, comerciante, auxiliar de saúde, enfermeira, garçonne, manicure e servente em construção civil. Também havia uma aposentada. Algumas estavam desempregadas (19,1%) ou eram estudantes (10,6%). A renda própria das participantes variava de menos de um salário mínimo a mais de três salários mínimos. Participantes sem renda (34%), de modo geral, estudantes e donas de casa, contavam financeiramente com o suporte familiar ou com o benefício de algum programa do Estado. Diversas mulheres eram responsáveis pelos trabalhos domésticos (25,5%).

O levantamento de prontuários apontou que 46,8% das participantes do grupo consumiam crack. A média de idade do primeiro uso de crack era 24 anos. Além do crack, as substâncias mais consumidas eram tabaco (44,6%), cocaína (36,1%), álcool (34%) e maconha (29,7%). As participantes faziam uso de múltiplas drogas (27,6%), uso combinado de álcool e drogas (8,5%), uso abusivo de medicamentos (10,6%) com relato de uso endovenoso (2,1%), e também uso combinado de álcool, drogas e medicamentos (4,2%). Participantes que relataram fazer uso de álcool consumiam, de modo geral, cerveja (19,1%) ou pinga (8,5%), ou ambos (6,3%).

Participantes relataram que faziam uso de álcool e outras drogas predominantemente em casa (72,3%), ou faziam uso na rua (19,1%) ou em ambos os locais (8,5%). Quanto à forma de uso, 48,9% das participantes faziam uso sozinhas, 40,4% faziam uso acompanhadas

e destas várias relataram que faziam uso com o companheiro, e 10,6% faziam uso dos dois modos. Das participantes do grupo, grande parte, 91,4% afirmou que a família sabia de sua dependência e 72,3% afirmou que algum membro de suas famílias já fez ou fazia uso de álcool ou drogas. Em torno de 19,1% das participantes já tiveram algum tipo de envolvimento com a justiça e os motivos apontados variavam desde briga com vizinhos, desacato, furto, falsidade ideológica, até tráfico de drogas.

A maioria das participantes (63,6%) foi encaminhada para tratamento por instituições sociais: 1. de saúde mental (29,7%) como Pronto-Socorro Psiquiátrico, Ambulatório de Psiquiatria e Centro de Atenção Psicossocial – CAPS; 2. de saúde geral (12,7%), como Centro de Atenção Integral a Saúde – CAIS, Distrito Sanitário e por profissionais de saúde da rede pública e conveniada; 3. de segurança pública e garantia de direitos (21,2%) como Conselhos Tutelares, Delegacia de Proteção à Criança e ao Adolescente, Juizado de Violência Doméstica, Ministério Público, Casa-Abrigo e Casa de Acolhida ao Cidadão. Havia também o encaminhamento por familiares e amigos (12,7%), por demanda espontânea (10,6%), e também por indicação de instituições religiosas (2,1%).

Em relação a problemas de saúde, participantes apontaram queixas e doenças físicas (25,5%) como insônia, bronquite, asma, pressão alta, diabetes, câncer, e queixas psicológicas (19,1%) como depressão (10,6%), pânico (6,3%), ansiedade (2,1%) e presença de transtorno mental (4,2%). No tocante à participação em tratamentos anteriores, 10,6% passaram por pronto-socorro psiquiátrico e 36,1% das participantes passaram por internações psiquiátricas. O número de internações variava de uma a cinco internações.

### 3.2. Características de participantes usuárias de crack

*Antônia*, 39 anos, relatou abuso e dependência de cocaína durante mais de 20 anos e de crack há mais de dois anos. Queixou-se de agressões físicas do marido na frente das duas filhas de 4 anos e 10 anos, quando os dois faziam uso de drogas. Diz que teve que se separar dele para deixar as drogas, pois o marido colaborava em sua dependência. Relatou na triagem que por vezes tem vontade de morrer e matar as filhas. Contudo, expressou no grupo o desejo de ver suas filhas crescendo e de aproveitar mais o tempo com elas. Afirmou que sob o efeito de drogas, se torna permissiva com as filhas. Era a primeira vez que ela participava do grupo.

Respondeu no questionário demográfico que sua cor/raça é branca, completou o ensino médio, trabalha em serviços gerais, recebe de um a dois salários mínimos, mora de aluguel e que raramente frequenta o serviço de saúde. Iniciou o uso de cocaína aos 16 anos e faz uso de múltiplas drogas. Já se consultou com psicólogo e fez psicoterapia. Também já se consultou com psiquiatra e passou por uma internação psiquiátrica. Há três meses está tentando se manter abstinente e faz uso de medicamento prescrito para auxiliar o tratamento. Queixa-se da fissura e diz que toma “antifissurante”<sup>5</sup> para conter a vontade de usar drogas.

Relatou taquicardia, endurecimento do corpo, depressão e medo de sair de casa e usar crack novamente. Disse que trabalhava em uma escola, limpava oito salas de aula por dia e de noite “ficava de joelhos” por causa do crack. Disse que sempre usou drogas, mas nada a derruba como o crack. Falou que o psiquiatra chamou de “síndrome do pombo”, a atitude de usuários ficarem ajoelhados, “catando migalhas” da droga pelo chão.

*Bárbara*, 31 anos, estava participando do grupo pela segunda vez. Ela disse que o relato de Antônia tocou-a muito - e emociona-se enquanto fala - pois se sentia assim, sempre ajoelhada procurando crack pelo chão. Relatou que trabalhava com serviços gerais e disse que o cheiro dos produtos de limpeza incentivam mais o uso de crack. Há oito meses intensificou

---

<sup>5</sup> Refere-se ao medicamento psiquiátrico prescrito que utiliza para aliviar sintomas da fissura.

o uso, fato que gerou crises persecutórias, dor de cabeça, vômito e irritabilidade constante. Disse que não conseguiu parar, mas diminuiu a frequência de uso e engordou 5kg desde que iniciou o tratamento.

Relatou ser solteira e ter dois filhos – um de 10 e outro de 16 anos. Respondeu que sua cor/raça é branca, que completou o ensino médio e recebe de um a dois salários mínimos. Na ocasião, ela morava de aluguel e afirmou que, às vezes, frequenta o serviço de saúde. Já foi atendida em pronto-socorro psiquiátrico. A primeira experiência com álcool foi aos 15 anos e com maconha foi aos 29 anos. Marcou “mal” para descrever a maneira como estava se sentindo nos últimos dias e sua principal queixa era “falta de sono e uma angústia que me sufoca”.

Afirmou que a família cobra uma melhora total, uma parada de vez com o uso de drogas e não valoriza os pequenos avanços; eles desconfiam de tudo que ela diz e acham que ela está mentindo o tempo todo. Contou que um dia tinha dinheiro para fazer inscrição para um concurso e ficou indecisa sobre comprar a “pedra” (crack) ou fazer a inscrição. Relatou que fez a inscrição e depois ficou muito contrariada por não ter comprado a droga. Compartilhou que sua boa notícia é que passou no concurso do município para auxiliar de limpeza.

*Elvira*, 33 anos, relatou ter três filhos de 12, 14 e 15 anos, e também estava presente no grupo pela segunda vez. A primeira experiência com o uso de drogas foi aos 16 anos com cocaína. Faz uso de múltiplas drogas e já passou por duas internações psiquiátricas. Na primeira vez, chegou ao grupo queixando-se de sintomas de abstinência, alucinação, nervosismo, insônia, dor de cabeça e medo de recaída caso não tomasse alguma medicação para ajudá-la. Ao final daquele encontro foi marcada uma consulta com o psiquiatra. Ela foi à consulta, depois telefonou avisando que iria viajar e ficou por dois meses sem aparecer para o tratamento.



Nesse seu segundo encontro, relatou que há algumas semanas havia ido ao CAPSad, mas não teve coragem de entrar e foi embora. Disse que ficou com muita raiva, que sentia raiva de si mesma. Perguntou porque os médicos estão “sempre dormindo” quando atendem o paciente. Contou que estava pensando em voltar para o grupo e que aí a terapeuta ligou para fazer o convite para retornar aos encontros. Participou do encontro, mas ao final foi embora rapidamente, sem responder o questionário da pesquisa.

**Maria**, 24 anos, estava participando pela terceira vez do grupo. Faz uso de crack desde os 20 anos, experimentou cerveja aos 14 anos e maconha aos 16 anos. No encontro anterior, relatou que havia faltado alguns encontros porque estava internada; ficou três dias, saiu por alta administrativa e teve uma recaída. Já passou por quatro internações psiquiátricas e afirma que a internação não a ajuda, pois retira de uma vez a droga e seu grande problema é a recaída. Contou que naquele momento fazia uso de medicamento prescrito e que acreditava que isto estava ajudando. Disse que é difícil parar de uma vez, mas afirmou para as outras que é possível diminuir a frequência de uso.

Respondeu no questionário demográfico que sua cor/raça é parda, que é solteira, não tem filhos, tem namorada, cursa faculdade, mora de aluguel, está desempregada e conta com o suporte da família, raramente frequenta o serviço de saúde e faz psicoterapia. Marcou “mais para melhor do que para pior” para descrever a maneira como estava se sentindo nos últimos dias e sua principal queixa era o uso abusivo de múltiplas drogas e “recaídas no vício”. Disse que sente desespero, sonha com o crack, e não tem persistência em nada.

**Lúcia**, 19 anos, era participante desde março, início do grupo. Era a mais nova e a mais frequente. Respondeu no questionário demográfico que sua cor/raça é branca, que é solteira, não tem filhos, completou o ensino fundamental e não tem renda. Está em situação de abrigo e no contexto de proteção a testemunha. Nos primeiros encontros do grupo chegou

calada, misto de timidez e medo de contar o que não devia sobre sua situação de institucionalização. Aos poucos foi se soltando no grupo, melhorando a sua comunicação.

Revelou que foi vítima de sequestro, violência física, sexual e psicológica. Sua primeira experiência com o uso de drogas foi aos 16 anos com cocaína. Já fez uso de múltiplas drogas, teve depressão, passou por quatro internações e atualmente faz psicoterapia. Afirmou não querer voltar a usar drogas, pois percebe os prejuízos trazidos por esse uso. Chegou ao CAPSad “limpa” havia três meses e, ao longo do processo, não relatou histórias de recaídas. Participava de outros grupos no CAPSad e frequentemente compartilhava com o grupo de mulheres a melhora em sua vida com a parada do uso e a adesão ao tratamento. Contou que quer escrever um livro sobre sua história de vida. Nos dois últimos meses do grupo, deixou de frequentar os encontros e pediu para ser internada por prevenção, por medo de recaída.

## **4. DISCUSSÃO**

### **Fatores de risco entre usuárias de drogas**

O perfil sócio-demográfico das 47 participantes do grupo revela a presença de aspectos comuns, apontando para o risco e a vulnerabilidade que podem acometer essas mulheres. A maioria delas procurava tratamento pela primeira vez, era solteira, separada ou divorciada, com média de idade de 33 anos, baixa escolaridade, sem renda e contava com apoio familiar, muitas vezes, inclusive para sustentar de um a cinco filhos. Esse perfil de usuário do serviço de saúde mental se aproximou do perfil de usuário de crack no país: homem pobre, solteiro, com menos de 30 anos, desempregado, com baixa escolaridade e problemas familiares ou legais (Dias et al., 2011).

A substância mais consumida entre as usuárias era o crack, seguido do tabaco, da cocaína, do álcool e da maconha. Havia uma prevalência de um tipo de droga no uso atual,

mas podemos dizer que a história de uso apontava frequentemente o uso combinado de múltiplas drogas, ou drogas e álcool, ou ainda o uso de drogas combinado com medicamentos. Esse fato confirma dados da literatura que aponta que o usuário de crack faz uso de múltiplas drogas (Dias et al., 2011; Pulcherio et al., 2010).

Grande parte das participantes confirmou que faz uso em casa, que sua família sabe e que algum parente já fez ou faz uso de algum tipo de substância. Fica evidente como fator de risco o uso de álcool e drogas combinado. Essa combinação é utilizada, muitas vezes, como estratégia para lidar com os efeitos de uma das substâncias, mas traz consequências amplamente nocivas. O fazer uso em casa aparece como fator de proteção a situações de violência ou de envolvimento com a polícia que são frequentes na vida de usuárias na rua (Ribeiro et al., 2010).

Muitas mulheres revelaram que iniciaram o uso de drogas levadas pelos parceiros e esse tipo de influência está relatado na literatura (Hochgraf & Andrade, 2004). Na experiência grupal, sentir ciúmes do companheiro foi apontado como motivo para autorizá-lo a usar drogas em casa e não precisar sair, fazendo com que algumas participantes iniciassem o uso a partir daí. O fato é que mulheres, de modo geral, são iniciadas no uso de drogas por parceiros ou homens da própria família, um vez que eles consomem mais álcool e drogas (Boyd & Holmes, 2002).

Usuárias contaram que se relacionavam com parceiros usuários, que muitas vezes faziam oposição ao tratamento. Por outro lado, também houve relatos sobre parceiros usuários que buscavam o serviço de apoio do CAPSad junto com elas. Relacionar-se com um parceiro que não fazia uso e apoiava o tratamento foi relatado no grupo como motivo para adesão, servindo como fator de proteção à saúde mental. A família ter conhecimento do abuso ou dependência de substância também pode constituir fator de proteção importante uma vez que

tal conhecimento pode servir para ativar e fortalecer a rede de apoio de familiares que não fazem uso e sensibilizar familiares usuários para aderir ao tratamento.

A maior parte das ocupações remuneradas das usuárias estava ligada a limpeza, organização ou alimentação, que são atividades características do trabalho doméstico, e colaboram para uma dupla jornada na área doméstica (Giffin, 2002, 2006). Uma das usuária relatou como fator de risco o cheiro dos produtos de limpeza. Ademais, o exercício de atividade de cunho monótono e repetitivo associado à desvalorização social desse serviço pode contribuir para aumentar o sentimento de baixa auto-estima e menos valia, reforçando assim a busca de uma realidade alternativa e, pelo menos temporariamente, mais prazerosa.

Diferenças de classe social no consumo de drogas estavam presentes. Algumas estudantes ou participantes sem renda que contavam com suporte familiar relataram gastar mais de 3.000 reais por mês com cocaína, ou 700 reais por mês com crack, ou já terem tido a experiência de “ter cheirado uma loja”. Mulheres de baixa renda, no entanto, tinham muitas queixas de irritabilidade na relação com o trabalho de diarista ou doméstica e enfrentavam a contradição de não poder deixá-lo. Muitas, ainda se colocavam em situação de risco sexual para ter dinheiro para adquirir a droga (Ribeiro et al., 2010; Duailibi et al., 2008).

Boa parte das participantes foi encaminhada por instituições de saúde mental, apresentava queixas psicológicas como sintomas de depressão, pânico e ansiedade e já havia passado por internações psiquiátricas que variavam de uma a cinco internações. O relato das usuárias de crack como é o caso de Maria que havia passado por várias internações, mostrou que a internação não a ajudava, pois retirava-se de uma vez a droga - inclusive o cigarro - e seu grande problema eram as “recaídas no vício”. Neste ponto é possível apontar o contraste do paradigma da abstinência total com o paradigma da redução de danos.

Na Luta Antimanicomial e pela continuidade da Reforma Psiquiátrica, a Psicologia aponta o debate no campo dos Direitos Humanos como ponto de partida para o

estabelecimento de relações mais democráticas e comprometidas socialmente. Segundo dados do *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas* (CFP, 2011), há claros indícios de violação de direitos humanos em contextos de internação por todo o país. Essa inspeção teve como objetivo levantar a situação do atendimento a usuários/as para identificar os abusos, maus-tratos e violações de direitos humanos. O relatório apontou que no Estado de Goiás, em 80% das instituições de internação visitadas: não há serviço de Psicologia; prevalece o desrespeito à escolha ou ausência de credo, por meio de atividades religiosas obrigatórias como participação dos/as internos/as em cultos e há o uso e exploração dessa mão-de-obra não-remunerada na preparação de alimentos, limpeza e conservação do local.

Levando em conta as distintas condições de internação e de saúde de usuárias, a internação pode ser vista tanto como um fator de risco quanto de proteção entre as participantes. Lúcia foi uma participante que também apresentou histórico de internações e uso de medicação psiquiátrica, considerando sua história de vida e experiências de violência e depressão. Ao final de oito meses de grupo, quando sentiu que podia ter recaídas, pediu à instituição para ser internada, e para ela essa medida servia como fator de proteção a sua saúde mental.

Uma importante dificuldade no tratamento do uso de crack é a ausência de uma medicação específica que reduza o desejo pelos efeitos dessa substância (Pulcherio et al., 2010). Maria contou que a internação havia sido uma experiência muito negativa, mas afirmou que o medicamento psiquiátrico prescrito, por sua vez, ajudava a diminuir o consumo de crack. Esse relato foi confirmado por Antônia que também usava “antifissurante” para tentar conter o desejo de usar a droga.

Participantes usuárias de crack fizeram queixas sobre a presença de conflitos familiares, pressões e cobranças. Esse era o caso de Bárbara que sofria com angústia e

insônia, e que afirmava que a família não valorizava pequenos avanços e esperava abstinência total. Queixas de usuárias, como no caso de Elvira que questionava o tratamento quando perguntava por que os médicos estavam sempre dormindo enquanto atendiam, ou no caso de Antônia que, como Elvira e Lúcia, iniciou o uso de cocaína aos 16 anos e relatava que a fissura é a parte mais difícil para abandonar o crack, são muito significativas para manter o padrão de consumo e adiar o tratamento (Chaves, Sanchez, Ribeiro & Nappo, 2011).

A maioria dos relatos das participantes sobre o início de uso do crack era de cerca de dois a quatro anos, o que corresponde à sobrevida média de um usuário (Ribeiro & Andrade, 2007). É importante lembrar que algumas das participantes apontaram “raramente” e “às vezes” para sua frequência em serviços de saúde. Isto é mais um fator de risco para a saúde mental de usuárias – a baixa frequência aos serviços de saúde pode dificultar a identificação e o encaminhamento para atendimento ambulatorial em saúde mental.

Co-morbidades associadas ao uso de crack giravam em torno de transtornos mentais como esquizofrenia e depressão (Duailibi et al., 2008). O uso de crack durante a gravidez e amamentação dos filhos foi confirmado por quase todas as mulheres que faziam uso da droga. A gestação foi relatada como fator de proteção somente por uma participante do grupo que estava grávida de cinco meses quando procurou o serviço encaminhada por familiares.

Esse dado provoca questionamentos importantes: como a relação pobreza-maternidade coloca as mulheres em risco? Como os mitos, cobranças e exigências sociais em torno dos papéis afetam a experiência de mulheres e as deixam inseguras, ansiosas e, portanto, vulneráveis? Como a contradição na divisão sexual do trabalho e a sobrecarga das múltiplas jornadas tornam as mulheres presa fácil do uso de drogas para obter alívio ou compensação? Estudos propõem que as mulheres podem estar mais suscetíveis a experimentar aumento de estresse subjetivo e portanto, podem estar mais propensas a usar drogas em resposta a emoções ou situações negativas (Lejuez et al., 2007).

Usuárias queixavam-se de dores no peito, dormência, fraqueza, cansaço. Participantes que faziam uso de crack relataram que não se alimentavam ou comiam pouco, e por isso emagreciam rápido. Apresentavam um comportamento de isolamento, pois permaneciam fechadas em casa, muitas vezes no escuro, trocando o dia pela noite. Ficavam irritadas, nervosas, choravam à toa, perdiam a paciência, gritavam e brigavam com os filhos e lhes davam pouca atenção. O isolamento provocado pelo uso e o empobrecimento da rede social de apoio certamente aumenta o risco de manter o uso.

Além da dependência de álcool, drogas e medicamentos, as participantes do grupo também relataram diversos fatores de risco à sua saúde mental e de sua família. Importantes fatores de risco mencionados no grupo, de modo geral, foram experiências de abuso sexual e de violência doméstica, incluindo a ameaça de morte por parte de ex-companheiro. Outros relevantes fatores de risco relatados foram: tentativas de suicídio de usuárias; pais ou familiares portadores de transtorno mental e presença de conflitos conjugais e familiares. Perder a guarda dos filhos também se tornava uma ameaça concreta, pois o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990/2010) visa garantir que toda a criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família ou em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.

É importante ressaltar aqui a interação entre gênero e outros marcadores sociais. Por trás de aparentes contextos de negligência consigo mesmas e com os outros – em especial os filhos, foram reveladas as condições de vida dessas mulheres: muitas são mães solteiras e chefes de família, com parceiros presos por tráfico; muitas vivem em situações precárias sofrendo violência dos parceiros, que em geral, também são usuários de drogas ou álcool. Tudo isto agravado pelo contexto de pobreza e baixa renda que limita as possibilidades de muitas delas saírem deste cotidiano de adoecimento.

As queixas apresentadas pelas participantes usuárias de crack, de modo específico, incluíam o parceiro obrigar a usar crack junto com ele; gravidez e uso de crack; luto por filho traficante assassinado; morte recente de familiares envolvidos ou não com o tráfico de drogas. Ser migrante e não ter apoio familiar, sofrer discriminação e solidão foram queixas também relatadas pelas usuárias.

Outras questões importantes foram apontadas como fatores de risco e ao mesmo tempo como provocadoras do uso diário de crack. Dentre elas cabe destacar: não conseguir trabalhar ou ter problemas no trabalho por causa de faltas; não conseguir dormir, nem se alimentar; vender coisas de casa para consumir crack; trocar sexo por crack ou por dinheiro para comprar crack. De modo geral, fatores de proteção identificados foram pedir ajuda para a mãe ou a família para o tratamento, enquanto os planos para o futuro incluíam evitar recaídas, começar uma vida nova, ficar com a guarda e criar os filhos. Como fator de proteção, o grupo com mulheres buscou acolher usuárias com história de abuso e dependência de substâncias, quaisquer que essas fossem – álcool, drogas ou medicamentos, e fazer refletir sobre sua condição feminina e o impacto do uso de drogas em seu cotidiano.

Devido à dinâmica de funcionamento como grupo aberto e à proposta de uma clínica cotidiana no serviço de saúde mental foi possível acolher muitas usuárias neste processo. Porém, algumas passaram pelo grupo apenas uma vez ou poucas vezes. Houve um aumento na frequência de participação no grupo durante o segundo semestre e tal aumento pode estar relacionado a dois fatores principais: maior volume de encaminhamento de mulheres para este grupo a partir do conhecimento dos profissionais da existência do mesmo, e maior adesão ao grupo das participantes que foram acolhidas a partir de agosto de 2009. Fatores que promoveram essa adesão precisariam ser melhor investigados.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O uso de substâncias psicoativas faz parte da história, desde as culturas antigas onde estava ligado a celebrações religiosas, até o momento contemporâneo quando esse uso se relaciona a diversão imediata e prazer intenso. O consumo exacerbado de substâncias psicoativas pode gerar abuso ou dependência com consequências físicas, psicossociais e econômicas, graves prejuízos para o/a usuário/a, sua família, sua coletividade, e consiste em um dos maiores problemas e desafios da saúde pública atualmente. Deste modo, a relevância social e acadêmica do tema justifica iniciativas de pesquisa e propostas de serviços para a área, especialmente na investigação de gênero sobre o uso de drogas entre mulheres.

Este estudo descreveu características presentes entre usuárias de substâncias e a discussão remeteu a uma reflexão sobre gênero e saúde mental. Uma leitura crítica de gênero permitiu dar visibilidade a fatores de risco que podem acometer mulheres usuárias pelo cruzamento de vulnerabilidades com suas condições de vida gerando graves consequências para si própria, sua família e sua rede social e de apoio. O trabalho com este grupo no CAPSad pretendeu servir como fator de proteção e promoção da saúde mental de usuárias.

Mulheres jovens e maduras, usuárias e participantes do grupo de conversação relataram e refletiram sobre experiências cotidianas que envolviam sua dependência ou abuso de substâncias. Este grupo era o único grupo que acolhia mulheres que faziam uso de drogas, o que também pode explicar o grande número de usuárias de crack no grupo, e que não significava exatamente sua prevalência no serviço de saúde mental em detrimento de mulheres usuárias de álcool. Levantamento de prontuários, registros escritos dos encontros e relato de cinco participantes em um dos encontros grupais sobre sua experiência com o uso de crack produziram informações sobre dimensões coletivas e subjetivas relacionadas ao abuso ou dependência de drogas, especialmente crack entre mulheres.

O trabalho com grupos mostrou-se uma adequada estratégia de apoio emocional e psicológico para usuárias em tratamento. A proposta coletiva da equipe multiprofissional buscou oferecer um serviço de escuta qualificada no contexto da atenção a saúde mental. Esta intervenção grupal foi vista como positiva pelo serviço que mantém atualmente um grupo com mulheres, no mesmo dia e horário anteriores, agora conduzido pela psicóloga e por uma educadora física. Antônia continua participando dos encontros e frequentando o CAPSad: é a exigência para ela continuar trabalhando em uma escola pública. A presença e frequência de usuárias de crack e sua procura por tratamento, encaminhadas involuntariamente ou buscando ajuda espontaneamente, reforçam a importância de uma reflexão sobre o uso de crack entre mulheres para propor formas de atendimento que contemplem suas reais necessidades e colaborar com políticas públicas voltadas para a saúde mental e os direitos das mulheres.

## REFERÊNCIAS

- Azerêdo, S. (2010). Encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 175 – 188.
- Boyd, C. J. & Holmes, C. (2002). Women who smoke crack and their family substance abuse problems. *Health Care for Women International*, 23, 576-586. doi: 10. 1080 /0739933029010734 0
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres drogadictas: o que há de feminino? Em M. Baptista, M.S. Cruz & R. Matias (Orgs.), *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. 1, (pp.199-205). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Carvalho, L. F. & Dimenstein, M. (2004) O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.

- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. [Versão Eletrônica]. *Revista de Saúde Pública*, 45, n. 6, 1168-1175.
- Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente. (2010). *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Goiânia: CEDCA.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Revista Diálogos. Álcool e Outras Drogas*. Ano 6, número 6. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retirado de [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/revista/Revista\\_Dialogos/revistas\\_100113\\_0001.html](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/revista/Revista_Dialogos/revistas_100113_0001.html)
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retirado de [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia\\_111128\\_002.html](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_111128_002.html)
- Dantas, H. S. & Andrade, A. G. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, supl 1; 55-60.
- Delgado, P. G. (2000). Direitos Humanos e a Clínica. Em A. Lancetti, C. Coimbra, E. Sader, E. Arantes, M. Tidball-Binz, O. Saidon, P. G. Delgado & P. Pelbart (Orgs.), *Psicologia, Direito Humanos e Sofrimento Mental*. (pp. 67-74). São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Delgado, P. G. (2010). Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Em C. Goldman; A. L. S. Castro; A. R. Silveira; M. Batisti; M. Gorgulho; M. G. Gonçalves & J. Guerra (Orgs.), *Subjetividade do consumo de álcool e*

- outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. 1 ed. (pp. 35-45). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E. Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., Dunn, J., Sesso, R. C., Castro, V. & Laranjeira, R. (2011). Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 273 – 278. doi:10.1016/j.jsat.2011.03.008
- Diniz, G. (1999). Condição Feminina: fator de risco para a saúde mental? Em M. G. T. Da Paz & A. Tamayo. (Orgs.), *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. (pp. 181-197). Brasília: Editora UnB.
- Diniz, G. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. Em T. Féres-Carneiro. (Org.), *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. (pp. 11-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, Sup 4, S545-S557.
- Giffin, K. M. (2002). Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, Sup 18, 103-112.
- Giffin, K. M. (2006). Produção do conhecimento em um mundo “problemático”: contribuições de um feminismo dialético e relacional. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 14(3), 635-653.

- Grigolo, T. M. (2003). A ética da atenção psicossocial: fundamentos e possibilidades. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia – CFP. (pp. 181-188). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hochgraf, P. B. & Andrade, A. G. (2004). A questão do gênero nas farmacodependências. Em T.A. Cordás & F.T. Salzano (Orgs.), *Saúde Mental da Mulher*. (pp. 85-103). São Paulo: Editora Atheneu.
- Hochgraf, P. B., Zilberman, M. L. & Brasiliano, S. (1999). A cocaína e as mulheres. Em M.C. Leite & A.G. Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. (pp. 127-136). Porto Alegre: Artmed.
- Leite, M. C. (1999). Abuso e dependência de cocaína: conceitos. Em M. C. Leite & A. G. Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. (pp. 25-41). Porto Alegre: Artmed.
- Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B. & Curtin, J. J. (2007). Risk Factors in the Relationship Between Gender and Crack/Cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 15, No. 2, 165–175. doi: 10.1037/1064-1297.15.2.165
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Coradete Júnior J., Pacca, J. C. B., Lacks, V. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.

- Oliveira, J. S., Paiva, M. S. & Valente, C. M. L. (2007). A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. [Versão Eletrônica]. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, março-abril,15(2), 247-252.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Pedrosa, C. H. (2006). *Cuidar? Sim; Olhar de Gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Pulcherio, G., Stolf, A. R., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P. & Kessler, F. (2010). Crack – da pedra ao tratamento. [Versão Eletrônica]. *Revista da AMRIGS - Porto Alegre*, 54 (3): 337-343.
- Rabelo, I. V. M. & Araújo, M. F. (2008). Violência de gênero na perspectiva da saúde mental. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, 7(1), 123-132.
- Rabelo, I. V. M. & Queiroz, L. A. C. (2009). “Pelo céu deixa sombra, pelo chão deixa rastro”: gênero e violência trabalhados no CAPS. Em I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, Y. R. A. de Faria. (Orgs.), *Olhares - Experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. (pp. 107-122). Goiânia: Editora Kelps.
- Ribeiro, P. L. & Andrade, A. G. (2007). Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em M. R. L. Neto & H. Elkis (Orgs.), *Psiquiatria Básica*, (pp. 195-210). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M. & Nappo, S. A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 210-218.

- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. (2009).  
Brasília: SENAD.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20  
(2), 71-99.
- Vianna, C. (2005). *Climatério e Autovalorização: Uma Reflexão Feminista*. Dissertação de  
Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006a). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os  
estudos feministas e a prática psicológica. Em D. Falcão & C. Dias. (Orgs.), *Maturidade e  
Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I. (pp. 37-56). São Paulo: Casa do  
Psicólogo.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006b). Condição Feminina, Gênero e Autovalorização. Em A. M. O.  
Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, Exclusão  
Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais*. (pp. 215-231).  
Brasília: Editora UnB.
- World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. Retirado de  
[http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)
- Zilberman, M. L. (2003). Uso de drogas entre mulheres. Em M. Baptista, M. S. Cruz & R.  
Matias (Orgs.), *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. (pp.175-185). Rio  
de Janeiro: EdUERJ.

## DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O debate proposto por este trabalho de tese girou em torno de dimensões clínicas, metodológicas e éticas na promoção da saúde mental de mulheres, em uma perspectiva de gênero e feminista. Do ponto de vista feminista, o lugar da pesquisadora na relação com as participantes é uma importante preocupação e fez parte do seu método apontar para as consequências e implicações de sua investigação. Uma dessas implicações consistiu na construção de uma pesquisa com mulheres e não simplesmente sobre mulheres. Esta pesquisa visou aproximar pesquisadora e participantes, e a investigação se deu por meio de uma pesquisa-intervenção.

A presente pesquisa-intervenção buscou associar:

1. Pesquisa psicológica e serviço psicológico simultaneamente.
2. Distintos métodos de coleta e análise de dados em uma perspectiva feminista e de gênero.

A crítica feminista e de gênero na Psicologia valoriza a compreensão de que fazer pesquisa e intervenção é um ato político, ético e que envolve compromisso social. Essa crítica de gênero sobre o conhecimento produzido na clínica psicológica refere-se menos aos aspectos metodológicos e à adoção de um conjunto de técnicas específicas de coleta e análise de dados, do que à inclusão de uma reflexão sobre a desigualdade entre os gêneros. Desigualdade com consequências psicológicas geradas ou agravadas por essa assimetria. O presente trabalho utilizou diversas técnicas de coleta e análise, com a preocupação de não generalizar resultados, mas articular sua problematização.

Mulheres, no plural, assim como homens, são expressões que subvertem os universais “mulher” e “homem” para lidar com a diversidade que caracteriza as pessoas. Do mesmo modo, gênero não se refere somente a questões sobre mulheres, mas também a questões sobre



homens e masculinidades, e seu uso despolitizado reduz a diferenciação entre os sexos em um processo naturalizado, sem uma reflexão analítica sobre como essas diferenças se instalam historicamente como desigualdades. Uma dimensão importante da análise de gênero, é portanto, o resgate da crítica e da reflexão feminista. Assim, investigar a interação entre gênero e saúde mental de mulheres nesta tese foi uma escolha – e não é o único ponto de partida para problematizar o mundo social a partir dos feminismos.

A relevância social do tema deste trabalho ancora em duas premissas:

1. Diferenças tem se estabelecido como desigualdade entre os sexos e outros marcadores de identidade, construindo sentidos normativos para as subjetividades, e privando grupos minoritários de usufruir dos mesmos direitos de grupos privilegiados.
2. Impactos clínico e psicossocial dessa construção de sentidos sobre as subjetividades têm produzido sofrimento psíquico e adoecimento mental entre mulheres de baixa renda que são particularmente afetadas pelas relações desiguais de gênero e outros marcadores sociais.

Na literatura internacional muito é debatido acerca dos transtornos mentais comuns em mulheres, a exemplo dos transtornos depressivos e ansiosos, distúrbios alimentares, estresse pós-traumático e sua relação com a violência. Cabe ressaltar um paradoxo: nunca se falou tanto de violência e enfrentamento da violência contra as mulheres, mas a clínica psicológica tem problematizado pouco outras dimensões que geram sofrimento psíquico às mulheres no cotidiano, como os eventos de vida. O presente trabalho tem relevância acadêmica, pois buscou suprir uma lacuna nessa área de investigação. Em meio ao conhecimento pulverizado, de modo geral centrado na prevalência epidemiológica de transtornos mentais entre mulheres, este trabalho propôs uma análise e reflexão crítica acerca da saúde mental e do cotidiano.

Contextualizar a clínica é estender suas ramificações, seus rizomas, pelo percurso institucional, pela demanda emergente e urgente, pela dureza do confronto com o mundo real.

A clínica ampliada é aquela que se propõe a crescer e se desenvolver para além do enfoque tradicional centrado no modelo elitista e curativo. Nesta direção, a clínica valoriza métodos que permitam conhecer dimensões que possam causar adoecimento na vida emocional de uma pessoa e sugere ações que visem retardar, adiar ou até mesmo extinguir os riscos que oferecem essas dimensões. No presente trabalho, a clínica ampliada se deu em contextos de prevenção e intervenção na promoção de saúde mental.

Fatores de risco a saúde mental referem-se a adversidades, obstáculos, eventos estressores na vida de uma pessoa. Três estudos empíricos apontaram fatores de risco comuns presentes na vida de mulheres de baixa renda que incluíam queixas psicológicas como depressão, ansiedade, pânico, insônia, e também abuso sexual, violência doméstica, internação psiquiátrica, abuso e dependência de álcool e outras drogas, e risco de suicídio. A tese apresentou a problematização da saúde e do adoecimento mental entre mulheres com foco para três importantes fatores de risco, abordados nos seguintes estudos:

1. Pobreza e baixa renda / *Estudo I*
2. Risco de suicídio / *Caso Clínico*
3. Uso de drogas e crack / *Estudo II*

O *Estudo I* levantou fatores de risco e proteção na saúde mental de usuárias e funcionárias da atenção básica, participantes dos grupos de conversação com mulheres. No contexto da prevenção, a intenção era atingir o maior número de participantes de baixa renda que pudessem se beneficiar do atendimento grupal, em contexto de prevenção. Talvez por isso, em cinco dias de coleta, muitas participantes (37) tenham se interessado pela investigação sobre sua saúde mental e concordado em responder os questionários. Porém, destas primeiras, apenas algumas mulheres (13) participaram dos encontros grupais. A intervenção preventiva antecipa a instalação de um quadro diagnóstico, e permite também a identificação de casos por meio de avaliação psicológica.

O *Caso Clínico* mostrou como gênero e o cruzamento de marcadores sociais, combinados aos graves fatores de risco e baixos fatores de proteção presentes na história de vida da participante, tiveram um impacto extremamente negativo em sua saúde mental, levando ao risco de suicídio. Por meio da entrevista clínica, muitas dimensões de sua vida, inicialmente investigadas pelos instrumentos, foram confirmadas. Isto apontou a validade clínica dos instrumentos – aspectos e dimensões semelhantes foram confirmados em contextos diferentes com modos de coleta de informações distintos. E a preocupação ética e o compromisso social desta pesquisa-intervenção reforçaram a necessidade de atendimento e acompanhamento na forma de intervenção em crise a partir da identificação de caso. Assim, um grande desafio, e também importante mérito deste estudo foi associar avaliação e intervenção.

Entendemos que a avaliação psicológica realizada no contexto da prevenção e intervenção foi muito útil para dimensionar dois aspectos:

1. Identificação de caso de risco de suicídio entre mulheres.
2. Validade clínica dos instrumentos de avaliação de risco de suicídio.

Enquanto o Estudo I investigou fatores de risco na saúde mental de mulheres no contexto da prevenção e da atenção básica a saúde, o *Estudo II* investigou fatores de risco entre usuárias de drogas e crack no contexto do tratamento e da atenção a saúde mental. Neste segundo estudo, uma intervenção psicossocial foi proposta com o intuito de desenvolver um grupo de conversação com mulheres visando a promoção de sua saúde mental. As participantes eram usuárias de substâncias psicoativas, frequentadoras de um serviço público ambulatorial. Uma preocupação central do estudo foi realizar pesquisa e intervenção no mundo real e destacar a prioridade aos Direitos Humanos no tratamento em saúde mental de usuários/as de álcool e outras drogas.

É forte a associação entre mulheres e prescrição, uso, abuso e dependência de medicamentos psiquiátricos. No primeiro estudo e no caso clínico, a medicação foi apontada como aspecto negativo que colaborava para a dependência, tirava a disposição de fazer coisas, dava sonolência. A terapia medicamentosa foi apontada como experiência muito positiva somente para uma participante no primeiro estudo. No segundo estudo, a medicação psiquiátrica prescrita foi apontada pela maioria das participantes como fator protetivo – à medida que ele diminuía a fissura, contribuía para a adesão ao tratamento. Contudo, vale ressaltar também que foi identificado no segundo estudo, dependência de medicamento, inclusive com relato de uso endovenoso, por participante que era profissional da área de saúde.

A vulnerabilidade e o risco psicossocial das participantes de modo geral se agravaram ainda por outros eventos adversos como separação; exercício de múltiplos papéis; sobrecarga de atividades; precárias condições de trabalho; presença de transtorno mental em familiares; estresse pós-traumático decorrente de abuso sexual; e violência doméstica. Ser usuária de álcool ou drogas e fazer uso combinado de múltiplas drogas também aumentava os riscos de danos e co-morbidades. No segundo estudo, a maior parte dos familiares sabia do abuso ou dependência de drogas, e contar com a rede familiar de apoio foi apontado como positivo e significativo para a adesão ao tratamento. Ao contrário, no caso clínico, a fragilidade das redes familiar e social representavam um agravamento para o quadro depressivo e aumento de tentativas e risco de suicídio.

No primeiro estudo, experiências de vida positivas como casamento, gravidez, criação de filhos e netos foram apontadas como fatores de proteção à saúde mental pela maioria das participantes, especialmente o segundo casamento e a criação dos netos. No caso clínico, entretanto, ficou claro que casamento, gravidez e criação de filhos foram eventos de impacto extremamente negativo, por isso considerados como fatores de risco à saúde mental. No

segundo estudo, o apoio do/a parceiro/a para o tratamento foi considerado positivo para usuárias de drogas, e ao mesmo tempo, foi considerado grave risco o parceiro usuário não querer se tratar e obrigar a mulher a fazer uso de drogas. Finalmente, devido à sua condição de dependência, o uso de drogas foi considerado risco para a gravidez, mas a gravidez também representava proteção para a saúde.

A presença de religiosidade foi relatada como muito positiva e entendida como relevante fator de proteção no primeiro estudo em contexto preventivo. No caso clínico, foi constatado um aumento em atividades religiosas, porém, a religiosidade não foi confirmada como fator de proteção à saúde mental da participante. Presença de religiosidade entre usuárias de drogas foi apontado, mas não aparecia como único preditor para o engajamento no tratamento. Elas reconheciam que a questão do uso de substâncias era muito complexo e que precisavam de ajuda de muitas pessoas em diversos contextos, profissionais e de saúde.

O presente trabalho de promoção da saúde mental priorizou o debate sobre como características específicas presentes nas condições clínicas e psicossociais de vida das mulheres têm impacto negativo e/ou positivo no bem-estar e na qualidade de sua saúde mental. Estratégias grupais breves com enfoque de gênero foram propostas para fomentar a reflexão pessoal e a auto-valorização, com vistas a promoção da saúde mental. A intervenção se deu através da conversação dialógica, por meio de um diálogo emancipatório, buscando a ressignificação de histórias de vida e a transformação.

No sentido de ilustrar o que foi articulado até o presente momento nos três estudos empíricos sobre fatores de risco e proteção, e intervenção grupal com mulheres, será apresentado e comentado brevemente um trecho de uma carta. No último encontro grupal, a participante Rosane levou uma carta que havia escrito para as psicólogas:

*O que realmente é terapia? Qual é a sua função? Entrando no assunto, não foi muito fácil guardar e lembrar das conversas. Na verdade foi uma análise a meu respeito, como estava o meu estado psicológico e emocional desde o início dos encontros. Dos quais eu não me sentia bem. Senti por bem participar pra ver se mudava o meu clima, a minha auto-estima. Porque eu sentia o meu tempo perdido de me encontrar só dormindo enquanto tinha tantos afazeres em casa. Mas quando uma de nossas colegas citou sobre o fardo, que eu mencionei é verdade, a gente deixa de se preocupar consigo própria, com a saúde, fica ao redor de tudo e de todos tentando agradar, tentando ser gentil e nada disso é compreendido, e ouve palavras que nos fazem achar que realmente a gente está errada e é inútil. Ai vai ajuntando tudo. (...) Eu creio que Deus não me esqueceu, mas permitiu eu estar passando por isto, para obter experiência pra que eu possa estar ajudando outros que passam pelo mesmo problema que eu. (...) A tristeza interior, a angústia, o sentimento de solidão. Mesmo com a casa cheia dá vontade de se trancar num quarto e chorar. Não foi nem uma nem duas vezes que isto me aconteceu. (...) Assim como Jesus venceu por nós e deixou pessoas com ministérios profundos para ajudar as pessoas, o meu desejo é que vocês usem esta arma linda que Deus colocou em suas mãos para ajudar as pessoas, para reanimar. Por mais simples que seja o encontro, a reunião, como aconteceu conosco de ter só uma paciente, vocês não desistiram. Amei ter conhecido vocês. Obrigada por ter me convidado para fazer parte deste grupo.*

O modo espontâneo com que Rosane compartilhou, por meio da sua carta, a reflexão sobre si mesma e seu processo no grupo foi uma grata surpresa. A carta se inicia com um questionamento de suma importância para a clínica psicológica que diz respeito ao objeto e ao objetivo da terapia. A participante propôs a questão e também respondeu qual foi a função do atendimento para ela – foi uma análise a seu respeito, sobre como estava seu estado psicológico e emocional desde o início dos encontros. Rosane afirmou que não se sentia bem e decidiu participar do grupo para ver se mudava seu clima, sua auto-estima, apontando sua expectativa em relação ao trabalho de grupo. Sua referência ao início dos encontros é muito relevante e não pode passar despercebida, pois remete a preocupação da equipe em avaliar o estado emocional das participantes ao longo de todo o processo.

Rosane queixou-se de dormir muito, e durante os encontros referiu que sua sonolência estava ligada ao uso de medicamento psiquiátrico prescrito para depressão e síndrome do pânico. Fez referência à fala da colega de grupo sobre a condição feminina como “fardo”, que significa ter uma sobrecarga de afazeres domésticos, abrir mão do auto-cuidado e da própria saúde para agradar os outros, e ainda assim não ser ouvida e compreendida. Ela fez referência ao acúmulo de elementos estressores e afirmou que sentimentos de tristeza, angústia e solidão eram frequentes em seu dia-a-dia. Rosane disse que esses sentimentos desencadeavam um erro em sua auto-percepção e um sentimento de menos valia. O agravamento dos sintomas gerava um aumento de sua vulnerabilidade e era condição de risco para sua saúde mental.

Na contramão dessas experiências difíceis e às vezes negativas, a participante apontou que a presença de religiosidade em sua vida era fator muito positivo e de enfrentamento às situações adversas. Rosane demonstrou sentimento de altruísmo e empatia quando afirmou que passar por dificuldade era uma forma de obter experiência pra ajudar outras pessoas que passavam por problema semelhante. Ela observou que, apesar da baixa adesão ao grupo, a equipe persistiu em continuar desenvolvendo a pesquisa-intervenção. Seu desejo foi de continuidade para o trabalho em função de sua importância para “ajudar pessoas”. Foi com um sentimento muito positivo em relação às psicólogas e ao grupo que Rosane se despediu dos encontros.

Incentivar as mulheres a reconhecerem, valorizarem e abrirem espaço para suas próprias necessidades é uma dimensão fundamental do trabalho clínico dentro de uma perspectiva feminista. É preciso crítica e reflexão para que o fortalecimento das mulheres não seja reduzido e confundido com fortalecimento da auto estima, em uma perspectiva individualizada e psicologizada. Na contramão ao reducionismo e ao psicologismo, em uma ótica de gênero e feminista, o fortalecimento das mulheres refere-se a um processo mais amplo. Valorizar dimensões da saúde mental de mulheres e da ação preventiva sob uma ótica

de gênero e feminista é implicar-se com uma nova ética e um novo modelo do fazer psicológico visando seu empoderamento pessoal e político. Ainda há espaço para que a máxima feminista – o pessoal é político – seja incorporada nas pesquisas e nas práticas de prevenção e promoção de saúde em Psicologia.

Recomendações para que futuros trabalhos levem em conta a importância da clínica ampliada voltada para o desenvolvimento de novas possibilidades de atendimento, e para programas de prevenção e promoção de saúde. Entende-se que o campo da pesquisa clínica em saúde mental é complexo e compreender o modo como fatores de risco e proteção se organizam é necessário para atender a demanda de qualquer população. Trabalhos futuros devem considerar o desenvolvimento de estratégias psicológicas voltadas para avaliação e intervenção. Acredita-se que a clínica psicológica pode contribuir para a construção de serviços e propostas de políticas públicas para a garantia de direitos e exercício de cidadania. Dentre as recomendações, a crítica feminista aponta a necessidade de considerar as dimensões de saúde mental em uma ótica de gênero e a partir de uma política de localização. Finalmente, recomenda-se a construção e o desenvolvimento de trabalhos que apontam que a formação ética em Psicologia é uma formação política que aponta para a pluralidade.



## REFERÊNCIAS

- Abreu, K. P., Lima, M. A. D., Kohlrausch, E., & Soares, J. F. (2010). Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(1):195-200. Retirado de <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n1/a24.htm>
- Aguiar, L. H. M. (2009). Gênero, masculinidades e o atendimento a homens autores de violência conjugal no contexto jurídico. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Aguiar, R. W. (2008). Intervenções em Crises. Em A. V. Cordioli (Org.), *Psicoterapias Abordagens Atuais*. (Rev. ed.). (pp.153-158). Porto Alegre: Artmed.
- Alvarez, S. E. (2004). A política e o político na tessitura dos movimentos feministas no Brasil e na América Latina. Em E. Gonçalves (Org.), *Desigualdades de gênero no Brasil: reflexões e experiências* (pp. 15-32). Goiânia: Grupo Transas do Corpo.
- Anderson, H. & Goolishian, H. (1998). O Cliente é o Especialista: a abordagem terapêutica do não-saber. Em S. McNamee & K. J. Gergen (Org.), *A Terapia como Construção Social*. (pp. 34-50). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Angelim, F. P. (2004). *Construindo novos discursos sobre a violência doméstica: uma articulação entre a psicologia clínica e a justiça*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Angelim, F. P. (2009). *Mulheres Vítimas de Violência: dilemas entre a busca da intervenção do Estado e a tomada de consciência*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Angelim, F. P. & Diniz, G. (2009). O Pessoal Torna-se Político: o papel do Estado no monitoramento da violência contra as mulheres. [Versão Eletrônica]. *Psicologia Política*, 9, nº 18, 259-274.

- Azerêdo, S. (2010). Encrenca de gênero nas teorizações em Psicologia. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 175 – 188.
- Bahls, S. C. & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn. (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp.151-171). Porto Alegre: Artmed.
- Bandeira, L. (2008). A contribuição da crítica feminista à ciência. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 1, 207-228.
- Bandeira, L. & Bittencourt, F. (2005). Desafios da transversalidade de gênero nas políticas públicas brasileiras. Em T. N. Swain & D. do C. G. Muniz (Orgs.), *Mulheres em ação: práticas discursivas, práticas políticas* (pp. 169-193). Santa Catarina: Editora Mulheres e Editora PucMinas.
- Bjerkeset, O., Romundstad, P. & Gunnell, D. (2008). Gender differences in the association of mixed anxiety and depression with suicide. *The British Journal of Psychiatry*, 192, 474–475. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045203
- Bock, A. M. B. (2003). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. Em A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o Compromisso Social*. (pp. 15-28). São Paulo: Cortez.
- Borges, K. (2009). *Terapia Afirmativa: uma introdução à Psicologia e à Psicoterapia dirigida a gays, lésbicas e bissexuais*. São Paulo: GLS.
- Borges, L. S. & Spink, M. J. P. (2009). Repertórios sobre lesbianidade na mídia televisiva: desestabilização de modelos hegemônicos? [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 21(3), 442-452.
- Boyd, C. J. & Holmes, C. (2002). Women who smoke crack and their family substance abuse problems. *Health Care for Women International*, 23, 576-586. doi: 10. 1080 /0739933029010734 0

- Boyle, M. (1997). Clinical Psychology – Theory: making gender visible in Clinical Psychology. *Feminism & Psychology*, 7, 231 – 238. doi: 10.1177/0959353597072007
- Brasiliano, S. (2003). Psicoterapia psicanalítica de grupo para mulheres drogadictas: o que há de feminino? Em M. Baptista, M.S. Cruz & R. Matias (Orgs.), *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. 1, (pp.199-205). Rio de Janeiro: EdUERJ.
- Bruschini, C. (1992). O uso de abordagens quantitativas em pesquisas sobre relações de gênero. Em A. Costa & C. Bruschini (Orgs.), *Uma questão de gênero* (pp. 289 – 309). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Butler, J. (1999). Gender Trouble. Em Gould, C. C. (Org.), *Gender: Key Concepts in Critical Theory*. New York: Humanity Books, p. 80-88.
- Butler, J. (2003). *Problemas de Gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Carlson, K. J., Eisenstat, S. A. & Ziporyn, T. (1997). *The women's concise guide to emotional well-being*. Harvard University Press.
- Carvalho, L. F. & Dimenstein, M. (2004). O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(1), 121-129.
- Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. [Versão Eletrônica]. *Revista de Saúde Pública*, 45, n. 6, 1168-1175.
- Coelho, V. & Diniz, G. (2003). Vida de Mulher: lidando com a meia-idade e a menopausa. Em T. Féres- Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas*. (pp. 97-117). São Paulo: Loyola.

- Conselho Estadual de Direitos da Criança e do Adolescente. (2010). *Estatuto da Criança e do Adolescente: Lei Federal n. 8069, de 13 de julho de 1990*. Goiânia: CEDCA.
- Conselho Federal de Psicologia (2009). *Revista Diálogos. Álcool e Outras Drogas*. Ano 6, número 6. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retirado de [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/revista/Revista\\_Dialogos/revistas\\_100113\\_0001.html](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/publicacoes/revista/Revista_Dialogos/revistas_100113_0001.html)
- Conselho Federal de Psicologia (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília: Conselho Federal de Psicologia. Retirado de [http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia\\_111128\\_002.html](http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/noticias/noticia_111128_002.html)
- Costa, L. F. & Brandão, S. L. (2005). Abordagem clínica no contexto comunitário: uma perspectiva integradora. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 17, 33-41.
- Couto-Oliveira, V. (2007). *Vida de Mulher: gênero, pobreza, saúde mental e resiliência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Crenshaw, K. (2002). Documento para o Encontro de Especialistas em aspectos da Discriminação Racial relativos ao Gênero. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 10, n.1, 171-188.
- Dalton, J. H., Elias, M. J. & Wandersman, A. (2007). *Community Psychology: linking individuals and communities*. Thomsom Wadsworth: Belmont, California.
- Dantas, H. S. & Andrade, A. G. (2008). Comorbidade entre transtorno de estresse pós-traumático e abuso e dependência de álcool e drogas: uma revisão da literatura. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, supl 1; 55-60.
- Delgado, P. G. (2000). Direitos Humanos e a Clínica. Em A. Lancetti, C. Coimbra, E. Sader, E. Arantes, M. Tidball-Binz, O. Saidon, P. G. Delgado & P. Pelbart (Orgs.), *Psicologia*,

- Direito Humanos e Sofrimento Mental*. (pp. 67-74). São Paulo: Casa do Psicólogo; Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Delgado, P. G. (2010). Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras. Em C. Goldman; A. L. S. Castro; A. R. Silveira; M. Batisti; M. Gorgulho; M. G. Gonçalves & J. Guerra (Orgs.), *Subjetividade do consumo de álcool e outras drogas e as políticas públicas brasileiras*. 1 ed. (pp. 35-45). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.
- Delgado, P. G., Schechtman, A., Weber, R., Amstalden, A. F., Bonavigo, E. Cordeiro, F., Pôrto, K., Hoffmann, M. C., Martins, R. & Grigolo, T. (2007). Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil. Em M. F. Mello, A. A. F. Mello & R. Kohn (Orgs.), *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*. (pp. 39-83). Porto Alegre: Artmed.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., Dunn, J., Sesso, R. C., Castro, V. & Laranjeira, R. (2011). Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 41, 273 – 278. doi:10.1016/j.jsat.2011.03.008
- Diniz, G. (1999). Condição Feminina: fator de risco para a saúde mental? Em Maria das Graças T. da Paz & A. Tamayo. (Orgs.), *Escola, Saúde e Trabalho: estudos psicológicos*. (pp. 181-197). Brasília: Editora UnB.
- Diniz, G. (2003). Gênero e Psicologia: Questões Teóricas e Práticas. *Psicologia Brasil*, 2, 24-28.
- Diniz, G. (2004). Mulher, Trabalho e Saúde Mental. Em W. Codo (Org.), *O trabalho enlouquece? Um encontro entre a clínica e o trabalho* (pp.105-138). Petrópolis: Vozes.

- Diniz, G. (2011). Conjugalidade e violência: reflexões sob uma ótica de gênero. Em T. Féres-Carneiro. (Org.), *Casal e família: conjugalidade, parentalidade e psicoterapia*. (pp. 11-26). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, D. & Foltran, P. (2004). Gênero e Feminismo no Brasil: uma análise da Revista Estudos Feministas. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 12, número especial, 245-253.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2007). Gênero, migração e saúde mental: dimensões da experiência de mulheres nordestinas no Distrito Federal. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: Saúde, Trabalho e Modos de Vinculação* (1 ed., v. 1, p. 35-54). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Diniz, G. & Coelho, V. (2003). Mulher, Família, Identidade: a Meia-Idade e seus Dilemas. Em T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e Casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 79-95). São Paulo: Loyola.
- Diniz, G. & Pondaag, M. C. M. (2006). A face oculta da violência contra a mulher: o silêncio como estratégia de sobrevivência. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, exclusão social e desenvolvimento humano: estudos em Representações Sociais*. (pp. 233-260). Brasília: Editora UnB.
- Duailibi, L. B., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, Sup 4, S545-S557.
- Dutra, E. (2004). Considerações sobre as significações da Psicologia Clínica na contemporaneidade. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 381-387.
- Engel, M. (1997). Psiquiatria e Feminilidade. Em M. Del Priori (Org.), *História das Mulheres no Brasil*. (pp. 322-361). São Paulo: Contexto.
- Féres-Carneiro, T. & Lo Bianco, A. C. (2003). Psicologia Clínica: uma identidade em

- permanente construção. Em O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. (pp.99-119). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ferreira Neto, J. L. (2004). *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fumec/FCH.
- Figueiredo, L. C. M. (2008). *Revisitando as Psicologias: da epistemologia à ética das práticas e discursos psicológicos*. Petrópolis: Vozes.
- Gangwisch, J. E. (2010). Suicide Risk Assessment. *Current Medical Literature: Psychiatry*, 21(4), 113-119. Retirado de [www.currentmedicalliterature.com](http://www.currentmedicalliterature.com)
- Giffin, K. (2002). Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. [Versão Eletrônica]. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-112.
- Giffin, K. M. (2006). Produção do conhecimento em um mundo “problemático”: contribuições de um feminismo dialético e relacional. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 14(3), 635-653.
- Gonçalves, E. (2007). *Vidas no singular: noções sobre mulheres “sós” no Brasil contemporâneo*. Tese de Doutorado, IFCH, Universidade de Campinas, Campinas.
- Gonçalves, E. & Pinto, J. P. (2011). Reflexões e problemas da transmissão “intergeracional” no feminismo brasileiro. [Versão Eletrônica]. *Cadernos Pagu*, 36, 25-46.
- Grigolo, T. M. (2003). A ética da atenção psicossocial: fundamentos e possibilidades. *Loucura, ética e política: escritos militantes*. Conselho Federal de Psicologia – CFP. (pp. 181-188). São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Guimarães, F. (2009). *Mas ele diz que me ama: impacto da história de uma vítima na vivência de violência conjugal de outras mulheres*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Guirado, M. (1997). Vértices da Pesquisa em Psicologia Clínica. [Versão Eletrônica]. *Psicologia USP*, 8.
- Hall, S. (2005). *A identidade cultural na pós-modernidade*. Rio de Janeiro: DP&A.
- Hanada, H., D'Oliveira, A. F. P. L., & Schraiber, L. B. (2010). Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 18(1), 33-59.
- Haraway, D. (1995). Saberes localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. *Cadernos Pagu*, n. 5, p. 7-41.
- Harding, S. (2003). Ciência e tecnologia no mundo pós-colonial e multicultural: questões de gênero. *LABRYS - Estudos Feministas* (revista eletrônica), n.3. Retirado de [www.unb.br/ih/his/gefem](http://www.unb.br/ih/his/gefem)
- Hillesheim, B. & Da Cruz, L. R. (2009). Risco, vulnerabilidade e infância: algumas aproximações. Em L. R. Da Cruz & N. Guareschi (Orgs.), *Políticas Públicas e Assistência Social: diálogo com as práticas psicológicas*. (pp. 70-85). Petrópolis: Vozes.
- Hochgraf, P. B. & Andrade, A. G. (2004). A questão do gênero nas farmacodependências. Em T.A. Cordás & F.T. Salzano (Orgs.), *Saúde Mental da Mulher*. (pp. 85-103). São Paulo: Editora Atheneu.
- Hochgraf, P. B., Zilberman, M. L. & Brasiliano, S. (1999). A cocaína e as mulheres. Em M.C. Leite & A.G. Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. (pp. 127-136). Porto Alegre: Artmed.



- Ladwig, K. H., Klupsch, D., Meisinger, C., Baumert, J., Erazo, N., Schneider, A. & Wichmann, H. E. (2010). Gender Differences in Risk Assessment of Death Wishes and Suicidal Ideation in the Community. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, n.1, 52-58. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181c81f92
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P. & Campbell, J. C. (2011). Intimate Partner Violence/Abuse and Depressive Symptoms Among Female Health Care Workers: Longitudinal Findings. *Women's Health Issues*, 1–7. doi:10.1016/j.whi.2011.07.001
- Lauretis, T. (1990). Eccentric Subjects: Feminist Theory and Historical Consciousness. *Feminist Studies*, 16, 1, 115-150.
- Leite, M. C. (1999). Abuso e dependência de cocaína: conceitos. Em M. C. Leite & A. G. Andrade (Orgs.), *Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento*. (pp. 25-41). Porto Alegre: Artmed.
- Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B. & Curtin, J. J. (2007). Risk Factors in the Relationship Between Gender and Crack/Cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, Vol. 15, No. 2, 165–175. doi: 10.1037/1064-1297.15.2.165
- Lima, V. S. (2009). *Produzidas no Polo Industrial de Manaus: dimensões da experiência de mulheres trabalhadoras*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lopes, M. S. V., Saraiva, K. R. O. , Fernandes, A. F. C., Ximenes, L. B. (2010). Análise do conceito de promoção da saúde. [Versão Eletrônica]. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(3): 461-468.
- Louro, G. L. (1997). *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.

- Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M. & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*, 378, 1502–1514. doi:10.1016/S0140-6736(11)60754-X
- Maguen, S., Cohen, B., Ren, L., Bosch, J. Kimerling, R. & Seal, K. (2010). Gender Differences in Military Sexual Trauma and Mental Health Diagnoses Among Iraq and Afghanistan Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Women's Health Issues*, 1–6. doi:10.1016/j.whi.2011.07.010
- Maraschin, C. (2004). Pesquisar e Intervir. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 16 (1), 98-107, Número Especial.
- Medeiros, M. N. (2010). *Violência Conjugal: repercussões na saúde mental de mulheres e de suas filhas e seus filhos adultos/os jovens*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Medrado, B. & Lira, J. (2008). Por uma matriz feminista de gênero para os estudos sobre homens e masculinidades. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, 16(3), 424, 809-840.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. (2003). *A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde (2006). *Prevenção do Suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental*. Brasil: Área Técnica de Saúde Mental.
- Ministério da Saúde (2009). *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios*. 3ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Morrow, M. & Chappell, M. (1999). *Hearing Women's Voices: Mental Health Care for Women*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. Vancouver, BC.

- Morrow, M. & Hankivsky, O. (2007). Feminist Methodology and Health Research: bridging trends and debates. Em M. Morrow, O. Hankivsky & C. Varcoe (Orgs.), *Women's Health in Canada: critical perspectives on theory and policy* (pp. 93-123). Toronto: University of Toronto.
- Murta, S. G. & Marinho, T. (2009). A clínica ampliada e as políticas de Assistência Social: uma experiência com adolescentes no Programa de Atenção Integral à Família. *Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas*, 1(1), 58 – 72. Retirado [www.crp09.org.br](http://www.crp09.org.br)
- Nappo, S. A., Sanchez, Z. M., Oliveira, L. G., Santos, S. A., Coradete Júnior J., Pacca, J. C. B., Lacks, V. (2004). *Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas.
- Narvaz, M. G. & Koller, S. H. (2006). Metodologias feministas e estudos de gênero: articulando pesquisa, clínica e política. [Versão Eletrônica]. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 11, 647 – 654.
- Navarro-Swain, T. (2000). A invenção do corpo feminino ou “a hora e a vez do nomadismo identitário?”. Em Tânia Navarro Swain (Org.), *Feminismos: Teorias e Perspectivas*. *Revista da Pós-Graduação em História da UnB*, vol.8, n ½, 47-84.
- Navarro-Swain, T. (2002). Identidade nômade: heterotopias de mim. Em Margareth Rago, Luiz B. Lacerda Orlandi e Alfredo Veiga-Neto (Orgs.), *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. (325-341). Rio de Janeiro: DP & A Editora.
- Navarro-Swain, T. (2003). Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. *LABRYS - Estudos Feministas* (revista eletrônica), n.4. Retirado de [www.unb.br/ih/his/gefem](http://www.unb.br/ih/his/gefem)
- Nery, M. P. & Costa, L. F. (2008). A pesquisa em Psicologia Clínica: do indivíduo ao grupo. [Versão Eletrônica]. *Estudos de Psicologia*, Campinas, 25(2), 241-250.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2003). A psicologia feminista e a violência contra as mulheres na

- intimidade: a (re)construção dos espaços terapêuticos. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 43 – 64.
- Neves, S. & Nogueira, C. (2005). Metodologias Feministas: a reflexividade ao serviço da investigação nas Ciências Sociais. [Versão Eletrônica]. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 408 – 412.
- Nock, M. K., Borges, G., Bromet, E. J., Cha, C. B., Kessler, R. C. & Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiol Rev*, 30, 133–154. doi: 10.1093/epirev/mxn002
- Nogueira, C. (2001). *Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismo e perspectivas críticas na Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Olesen, V. L. (2008). Os feminismos e a pesquisa qualitativa neste novo milênio. Em Norman K. Denzin & Yvonna S. Lincoln (Orgs.), *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. (219-257). Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, J. S., Paiva, M. S. & Valente, C. M. L. (2007). A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. [Versão Eletrônica]. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, março-abril,15(2), 247-252.
- Organização Mundial da Saúde (2000). *Prevenção do Suicídio: um manual para profissionais da Saúde em atenção primária*. Genebra.
- Osman, A., Bagge, C. L., Gutierrez, P. M., Konick, L. C., Kooper, B. A., Barrios, F. X., (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire-Revised (SBQ-R): validation with clinical and nonclinical samples. *Assessment*, 8(4), 443-454. doi: 10.1177/107319110100800409
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X. & Chiros, C. E. (1998). The positive and negative suicide ideation inventory: development and validation. *Psychological Reports*. 82(3 Pt 1), 783-793. Retirado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. & Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*, 94(3 Pt 2), 1349-1360. doi: 10.2466/pr0.94.3c.1349-1360
- Paltiel, F. L. (1993). La salud mental de la mujer de las Américas. *Genero, Mujer e Salud en las Américas*. (pp. 143-162). Publicação da Organização Pan-americana de Saúde – OMS.
- Passos, E. H. & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. [Versão Eletrônica]. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Pedrosa, C. H. (2006). *Cuidar? Sim; Olhar de Gênero? Não. Os sentidos do cuidado no CAPS em documentos técnicos do Ministério da Saúde*. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- 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. [Versão Eletrônica]. *Saúde e Sociedade*, 17(2), 82-94.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e Proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. [Versão Eletrônica]. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, n.2, 135-143.
- Pinto, J. P. (2004). Os gêneros do corpo: para começar a entender. Em E. Gonçalves (Org.), *Desigualdades de gênero no Brasil: reflexões e experiências* (pp. 33-44). Goiânia: Grupo Transas do Corpo.
- Pondaag, M. C. M. (2003). *"O dito pelo não dito": desafios no trabalho com mulheres vítimas de violência*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Pondaag, M. C. M. (2009). *Sentidos da Violência Conjugal: a perspectiva de casais*. Tese de

- Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Porchat, P. (2010). Gênero, práticas “psi” e subjetividades. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, 9(1), 116-122.
- Praciano, M. S. G. (2011). *Repercussões Transgeracionais nas Relações Familiares de Mulheres de Baixa Renda de Manaus*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Prieto, D. Y. C. (2007). *Indicadores de Proteção e de Risco para Suicídio por meio de Escalas de Auto-relato*. Tese de Doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Prins, B e Meijer, I. (2002). Como os corpos se tornam matéria: entrevista com Judith Butler. [Versão Eletrônica]. *Revista Estudos Feministas*, v. 10, n. 1, 155-167.
- Pulcherio, G., Stolf, A. R., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P. & Kessler, F. (2010). Crack – da pedra ao tratamento. [Versão Eletrônica]. *Revista da AMRIGS - Porto Alegre*, 54 (3): 337-343.
- Rabelo, I. V. M. & Araújo, M. F. (2008). Violência de gênero na perspectiva da saúde mental. [Versão Eletrônica]. *Revista de Psicologia da UNESP*, 7(1), 123-132.
- Rabelo, I. V. M. & Queiroz, L. A. C. (2009). “Pelo céu deixa sombra, pelo chão deixa rastro”: gênero e violência trabalhados no CAPS. Em I. V. M. Rabelo, R. C. Tavares, Y. R. A. de Faria. (Orgs.), *Olhares - Experiências de CAPS: Centro de Atenção Psicossocial*. (pp. 107-122). Goiânia: Editora Kelps.
- Ramos, D. S. (2011). *Gênero e Geração: Permanências e Mudanças na Condição Feminina*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rebouças, M. S. S. & Dutra, E. (2010). Plantão Psicológico: uma prática clínica da contemporaneidade. [Versão Eletrônica]. *Revista da Abordagem Gestáltica*XVI(1): 19-28.

- Ribeiro, P. L. & Andrade, A. G. (2007). Transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Em M. R. L. Neto & H. Elkis (Orgs.), *Psiquiatria Básica*, (pp. 195-210). Porto Alegre: Artmed.
- Ribeiro, L. A., Sanchez, Z. M. & Nappo, S. A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. [Versão Eletrônica]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3), 210-218.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. Em C. S. Vance (Org.), *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Ed. Revolución, Madrid, pp. 113-190.
- Sanders, B. & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse & Neglect*, 19, 3, 315–323. doi.org/10.1016/S0145-2134(94)00131-6
- Santos, A. M. C. C. (2009). Articular saúde mental e relações de gênero: dar voz aos sujeitos silenciados. [Versão Eletrônica]. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(4): 1177-1182.
- Santos, L. S. (2008). *Profissão: Do lar. A (des)valorização do trabalho doméstico como desdobramento da (in)visibilidade do feminino*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Saranson, I. G., Johnson, J. H. & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. [Versão Eletrônica]. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, n. 5, 932-946.
- Scott, J. (1995). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20 (2), 71-99.
- Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. (2009). *Relatório Brasileiro sobre Drogas*. Brasília: SENAD.

- Shidhaye, R. & Patel, V. (2010). Association of socio-economic, gender and health factors with common mental disorders in women: a population-based study of 5703 married rural women in India. *International Journal of Epidemiology*, 39, 1510–1521. doi:10.1093/ije/dyq179
- Soares, B. M. (1999). *Mulheres invisíveis: violência conjugal e novas políticas de segurança*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan R. (2006). Teoria e Terapia Feministas. Em J. Sommers-Flanagan & R. Sommers-Flanagan. *Teorias de Aconselhamento e de Psicoterapia. Contexto e Prática. Habilidades, Estratégias e Técnicas*. (211-229). Rio de Janeiro: LTC.
- Stefanello, S., Cais, C. F. S., Mauro, M. L. F., Freitas, G. V. S., Botega, N. J. (2008). Gender differences in suicide attempts: preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. [Versão Eletrônica]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (2), 139-143.
- Tavares, M. (2000). A entrevista clínica. Em J. A. Cunha (Org.), *Psicodiagnóstico V*. (pp. 45-56). Porto Alegre: Artmed.
- Tavares, M. (2003). Validade clínica. *Psico-USF*, 8(2), 125-136.
- Tavares, M. (2005). Prevenção, Riscos, Identificação Precoce. *Psicologia Ciência e Profissão*, ano 2, n. 3, 51-53.
- Tavares, M. (2010). Da ordem social da regulamentação da avaliação psicológica e do uso dos testes. Em A. A. Anache; M. Tavares; B. S. G. Werlang; C. H. S. S. Nunes; R. Primi; M. C. Ferreira; A. A. A. Santos; A. E. Villemor-Amaral & C. T. Reppold. (Orgs.), *Avaliação Psicológica: Diretrizes na Regulamentação da Profissão*. 1 ed. (pp. 31-56). Brasília: Conselho Federal de Psicologia.



- Tavares, M., Montenegro, B. & Prieto, D. (2004). Modelos de Prevenção do Suicídio: princípios e estratégias. Em J. S. N. F. Bucher-Maluschke & K. Hermanns (Orgs.), *Direitos Humanos e Violência: desafios da ciência e da prática*. (pp. 231-257). Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer.
- Treiner, S. (2011). Os estupros no mundo. Em C. Ockrent & S. Treiner (Orgs.), *O livro negro da condição das mulheres*. Rio de Janeiro: Difel.
- Vianna, C. (2005). *Climatério e Autovalorização: Uma Reflexão Feminista*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006a). Saúde mental de mulheres no climatério: um diálogo entre os estudos feministas e a prática psicológica. Em D. Falcão & C. Dias. (Orgs.), *Maturidade e Velhice: pesquisas e intervenções psicológicas*, vol. I. (pp. 37-56). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vianna, C. & Diniz, G. (2006b). Condição Feminina, Gênero e Autovalorização. Em A. M. O. Almeida, M. F. S. Santos, G. R. S. Diniz & Z. A. Trindade (Orgs.), *Violência, Exclusão Social e Desenvolvimento Humano. Estudos em Representações Sociais*. (pp. 215-231). Brasília: Editora UnB.
- World Health Organization (2000). *Women's mental health: an evidence based review*. Mental Health Determinants and Populations, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/67.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/67.pdf)
- World Health Organization (2002). *Gender and Mental Health*. Department of Gender and Women's Health, Department of Mental Health and Substance Dependence. Retirado de [http://www.who.int/gender/other\\_health/en/genderMH.pdf](http://www.who.int/gender/other_health/en/genderMH.pdf)
- World Health Organization (2004). *Prevention of Mental Disorders: effective interventions and policy options*. Department of Mental Health and Substance Abuse, Prevention

- Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)
- World Health Organization (2011). *Mental Health Atlas 2011*. [Versão Eletrônica]. Retirado [http://www.who.int/mental\\_health/publications/mental\\_health\\_atlas\\_2011/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/index.html)
- Wyder, M., Ward, P. & De Leo, D. (2009). Separation as a suicide risk factor. *Journal of Affective Disorders*. 116, 208–213. doi:10.1016/j.jad.2008.11.007
- You, S., Swogger, M. T., Cerulli, C. & Conner, K. R. (2011). Interpersonal Violence Victimization and Suicida Ideation: an examination in criminal offenders. *Crisis*, 32(5), 240–245. doi:10.1027/0227-5910/a000080
- Zilberman, M. L. (2003). Uso de drogas entre mulheres. Em M. Baptista, M. S. Cruz & R. Matias (Orgs.), *Drogas e Pós-Modernidade: prazer, sofrimento e tabu*. (pp.175-185). Rio de Janeiro: EdUERJ.

## **ANEXOS**



Universidade de Brasília  
Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas – CEP/IH

### ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Título do Projeto: Saúde Mental de Mulheres em Contexto de Pobreza: Gênero e Metodologia Feminista na Prática Clínica

Pesquisador Responsável: Cristina Vianna Moreira dos Santos

Com base nas Resoluções 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética da pesquisa em seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos, resolveu **APROVAR** o projeto intitulado “Saúde Mental de Mulheres em Contexto de Pobreza: Gênero e Metodologia Feminista na Prática Clínica”, analisado na Reunião Ordinária de 06 de julho de 2008.

O pesquisador responsável fica notificado da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 06 de julho de 2008.



Universidade de Brasília  
Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas – CEP/IH

Profa. Dra. Debora Diniz  
Coordenadora do CEP/IH

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa, sobre saúde mental de mulheres, coordenada pela psicóloga Cristina Vianna Moreira dos Santos, aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGpsiCC) do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia, da Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Profa. Dra. Gláucia Ribeiro Starling Diniz.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer o que mulheres, em diferentes idades e fases do ciclo da vida, pensam, sentem, vivenciam, no cotidiano, e relatam em relação a si próprias e sobre suas vivências em saúde mental. Para a sua participação, será necessário que você responda, individualmente, com o auxílio de uma psicóloga, um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica, na forma de questionários. O tempo de duração, para responder essa pesquisa, é de cerca de 60 minutos.

Este material registrado será usado para pesquisa e publicação, na área de saúde mental de mulheres, com a garantia de sigilo sobre as informações obtidas, ou seja, o material será utilizado de forma a não incluir dados de identificação (nomes, profissões, lugares, datas) das participantes, de suas famílias ou de qualquer outra pessoa mencionada.

Há garantia ao direito de recusa ou desistência de participação na pesquisa, antes ou durante o processo, sem qualquer prejuízo para a participante. A participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, assim como retirar seu consentimento, se for de sua vontade.

Acredita-se que a condução dessa pesquisa não acarretará riscos e nem benefícios diretos para as mulheres que vierem a colaborar com sua participação. No caso de alguma participante ou das pesquisadoras julgarem necessário, a participação pode ser anulada ou interrompida e serão providenciados encaminhamento e acompanhamento individual a uma unidade de atendimento psicológico. A participante será atendida sem ônus pela equipe terapêutica do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental de Mulheres, no Espaço Clínico Bueno, em Goiânia.

Após a conclusão dessa pesquisa, pretende-se realizar um encontro com todas as participantes, para apresentar-lhes os resultados e os esclarecer, se necessário.. Lembrando-lhes de que, a qualquer momento da pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras.

A participante terá liberdade para entrar em contato com as pesquisadoras, a fim de obter qualquer tipo de explicação, pedir indicação de ajuda profissional, caso julgue necessário, e/ou para obter informações sobre o andamento da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa serão comunicados às participantes, de forma oral e escrita e divulgados por meios onde a referida tese de doutorado for publicada.

**Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a utilização das informações prestadas por mim, para este estudo. Aceito participar dessa pesquisa por minha própria vontade e afirmo que fui informada quanto ao direito de recusa ou desistência, antes ou durante o processo de pesquisa. Declaro que recebi uma cópia deste Termo de Consentimento e, em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, posso entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis.**

**Assinatura da participante:**

\_\_\_\_\_

**Telefones para contato:**

\_\_\_\_\_

**Para a pesquisadora:**

**Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido dessa participante, para sua inclusão nesse estudo.**

**Assinatura da pesquisadora:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Pesquisadoras responsáveis:**

***Cristina Vianna Moreira dos Santos***

Coordenadora da Pesquisa, Psicóloga (CRP 09/2862), Mestre em Psicologia,  
Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.  
Telefones: (62) 8158-0319 / 3092-2073 / e-mail: cristina.vianna@hotmail.com

***Carolina Bogado Manhães***

Psicóloga (CRP 09/5024), Especializanda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia.

Telefone: (62) 9611-6156

***Cleuza Maria Cardoso Negrão***

Psicóloga (CRP 09/5013)

Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.

Telefone: (62) 8145-7611

***Cristiane de Carvalho Neves***

Psicóloga (CRP 09/5022)

Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.

Telefone: (62) 8159-5372

***Luiza Cassiana Moura***

Psicóloga (CRP 09/5020)

Especializanda em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.

Telefone: (62) 8441-5050

***Maria José da Silva Moraes***

Psicóloga (CRP 09/5151)

Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.

Telefone: (62) 8414-9913

***Gláucia Ribeiro Starling Diniz***

Psicóloga, Professora de Psicologia da Universidade de Brasília e Orientadora da Pesquisa.

Telefone: (61) 3307-2625 - Ramal 315 / e-mail: [glauciadiniz13@gmail.com](mailto:glauciadiniz13@gmail.com)

**Espaço Clínico Bueno:** (62) 3259-8485

**Comitê de Ética em Pesquisa** (para consultas em relação a este projeto de pesquisa):

Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas-IH / UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro

ICC - Ala Norte - Mezanino - sala B1-606 (minhocão norte)

Telefone: (61) 3340-2290 / e-mail: [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br)



## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO II

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa-intervenção, sobre saúde mental de mulheres, coordenada pela psicóloga Cristina Vianna Moreira dos Santos, aluna de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura (PPGPsicc) do Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB), sob orientação da Profa. Dra. Gláucia Diniz.

Pretende-se construir um trabalho com grupos de conversação voltados para as experiências de ser mulher, desvendando os pontos positivos, os desafios e riscos, sua influência e impacto, na saúde física e psicológica das participantes nos contextos da família, da comunidade e de outros grupos sociais, oferecendo apoio psicológico voltado à promoção da saúde mental.

Essa pesquisa-intervenção inclui um convite para você participar de um grupo de conversação voltado para mulheres. Trata-se de um programa de atendimento psicológico breve e em grupo, com previsão de 08 (oito) encontros. Cada encontro semanal gira em torno de um tema escolhido pelas participantes e tem como proposta proporcionar um espaço para reflexões, por meio da partilha e troca de experiência. A duração de cada encontro é de uma hora e meia.

Para a sua participação é necessário que você responda, individualmente, com o auxílio de uma psicóloga, um conjunto de instrumentos de avaliação psicológica, na forma de questionários, em dois momentos distintos. O tempo de duração para responder esse conjunto de instrumento é de cerca de 60 minutos.

Informa-se, ainda, que os encontros grupais serão anotados por escrito, gravados e transcritos. Esse material registrado será usado para pesquisa e publicação, na área de saúde mental de mulheres, com a garantia de sigilo sobre as informações obtidas, ou seja, o material será utilizado de forma a não incluir dados de identificação (nomes, profissões, lugares, datas) das participantes, de suas famílias ou de qualquer outra pessoa mencionada.

Há garantia ao direito de recusa ou desistência de participação, na pesquisa, antes ou durante o processo grupal, sem qualquer prejuízo para a participante. A participante poderá interromper sua participação a qualquer momento, assim como retirar seu consentimento, se for de sua vontade.

Acredita-se que a condução dessa pesquisa-intervenção não acarretará riscos e poderá trazer benefícios diretos para as mulheres que vierem a participar. No caso de alguma participante ou das pesquisadoras julgarem necessário, a participação poderá ser

anulada ou interrompida e serão providenciados encaminhamento e acompanhamento individual a uma unidade de atendimento psicológico. A participante será atendida sem ônus pela equipe terapêutica do Grupo de Estudo e Pesquisa em Saúde Mental de Mulheres, no Espaço Clínico Bueno, em Goiânia.

Após a conclusão dessa pesquisa-intervenção, pretende-se realizar um encontro com todas as mulheres participantes do grupo, para apresentar-lhes os resultados e esclarecer os mesmos. Lembrando-se de que, a qualquer momento da pesquisa, elas poderão entrar em contato com as pesquisadoras.

A participante terá liberdade para entrar em contato com as pesquisadoras, a fim de obter qualquer tipo de explicação, pedir indicação de ajuda profissional, caso julgue necessário e/ou para obter informações, sobre o andamento da pesquisa. Os resultados dessa pesquisa serão comunicados às participantes, de forma oral e escrita e divulgados por meios onde a referida tese de doutorado for publicada.

**Eu, \_\_\_\_\_ autorizo a utilização das informações prestadas por mim para este estudo. Aceito participar da pesquisa por minha própria vontade e afirmo que fui informada quanto ao direito de recusa ou desistência, antes e durante o processo de pesquisa. Declaro que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento e que, em caso de dúvida ou necessidade de esclarecimento, posso entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis.**

**Assinatura da participante:**

\_\_\_\_\_

**Telefones para contato:**

\_\_\_\_\_

**Para a pesquisadora:**

**Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido desta participante, para sua inclusão nesse estudo.**

**Assinatura da pesquisadora:**

\_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

**Pesquisadoras responsáveis:**

***Cristina Vianna Moreira dos Santos***

Coordenadora da Pesquisa, Psicóloga (CRP 09/2862), Mestre em Psicologia, Doutoranda em Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília.  
Telefones: (62) 8158-0319 / 3092-2073 / e-mail: cristina.vianna@hotmail.com

***Carolina Bogado Manhães***

Psicóloga (CRP 09/5024), Especializanda em Psicologia Clínica pelo Instituto de Treinamento e Pesquisa em Gestalt-Terapia.  
Telefone: (62) 9611-6156

***Cleuza Maria Cardoso Negrão***

Psicóloga (CRP 09/5013)  
Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.  
Telefone: (62) 8145-7611

***Cristiane de Carvalho Neves***

Psicóloga (CRP 09/5022)  
Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.  
Telefone: (62) 8159-5372

***Luiza Cassiana Moura***

Psicóloga (CRP 09/5020)  
Especializanda em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.  
Telefone: (62) 8441-5050

***Maria José da Silva Moraes***

Psicóloga (CRP 09/5151)  
Especialista em Psicodrama Terapêutico pela Sociedade Goiana de Psicodrama.  
Telefone: (62) 8414-9913

***Gláucia Ribeiro Starling Diniz***

Psicóloga, Professora de Psicologia da Universidade de Brasília e Orientadora da Pesquisa.  
Telefone: (61) 3307-2625 - Ramal 315 / e-mail: glauciadiniz13@gmail.com

**Espaço Clínico Bueno: (62) 3259-8485**

**Comitê de Ética em Pesquisa** (para consultas em relação a este projeto de pesquisa):

Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas-IH / UnB

Campus Universitário Darcy Ribeiro

ICC - Ala Norte - Mezanino - sala B1-606 (minhocão norte)

Telefone: (61) 3340-2290 / e-mail: [cep\\_ih@unb.br](mailto:cep_ih@unb.br)

## **QUESTIONÁRIO DEMOGRÁFICO**

**Por favor, não escreva seu nome nesta folha.**

Assinale a sua resposta, nos quadrados, e preencha os espaços em branco:

Data: \_\_. \_\_/ \_\_. \_\_/ \_\_. \_\_. \_\_. \_\_

1. Mês e Ano de Nascimento: \_\_. \_\_/ \_\_. \_\_. \_\_. \_\_
2. Idade: \_\_. \_\_ anos.
3. Qual é a sua cor/raça? \_\_\_\_\_
4. Estado civil:  
1  solteira    2  vivendo com companheiro(a)    3  casada    4  viúva    5  separada/divorciada
5. Você tem filhos(as)?  
1  Sim    2  Não  
Se você respondeu, afirmativamente, informe: Quantos? \_\_\_\_\_ filhos(as).  
Qual a idade deles(as)? (especifique): \_\_\_\_\_
6. Religião (especifique): \_\_\_\_\_
7. Natural de (cidade de nascimento): \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
8. Local de residência (bairro): \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_
9. Você mora:  
1  casa    2  apartamento    3  chácara    4  outros: \_\_\_\_\_
10. Você mora:  
1  sozinha    2  com a família    3  com parentes    4  com amigos(as)    5  outros \_\_\_\_\_
11. Sua residência é:  
1  alugada    2  própria    3  cedida    4  outros: \_\_\_\_\_
12. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você)? \_\_\_\_\_ pessoas.

13. Escolaridade: Assinale a última série que você já completou, no item **A** ou **B** abaixo:

A) 1º grau, série:  1ª  2ª  3ª  4ª  5ª  6ª  7ª  8ª  9ª

2º grau, série:  1ª  2ª  3ª

Você tem alguma formação ou já fez algum curso técnico?

1  Não 2  Sim. Qual? \_\_\_\_\_

B) 3º grau (curso superior, se houver)

Estou cursando (especifique o curso): \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

Já completei (especifique o curso): \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

14. Você tem trabalho remunerado?

1  Sim. Que atividade você exerce? \_\_\_\_\_

2  Não

3  Atualmente, desempregada

15. Renda Pessoal, em Salário Mínimo (SM):

1  Menos de um SM 2  De 1 a 2 SM 3  De 2 a 3 SM 4  De 3 a 4 SM 5  Sem Rendimento

16. Renda Familiar, em Salário Mínimo (SM):

1  Menos de um SM 2  De 1 a 2 SM 3  De 2 a 3 SM 4  De 3 a 4 SM 5  Sem Rendimento

17. Apresentamos abaixo uma lista, contendo 11 itens. Para cada um, marque um X, na coluna que indica se existem ou não em sua casa:

ITENS	NÃO TEM	TEM
Aparelho de DVD		
Aparelho de som com CD		
Automóvel		
Computador		
Geladeira		
Linhas de Telefone (inclusive Celular)		
Máquina de Lavar Roupa		
Microondas		
Tanquinho		
Televisão		
TV por Assinatura ou Antena Parabólica		

18. Assistência Médica: Marque um X na resposta mais adequada para cada item:

Com que frequência você utiliza o serviço de saúde do(a):	1 sempre	2 frequentemente	3 às vezes	4 raramente	5 nunca
Sistema Único de Saúde (SUS)	( )	( )	( )	( )	( )
Rede Conveniada (Plano de Saúde)	( )	( )	( )	( )	( )
Rede Privada (Hospital Particular)	( )	( )	( )	( )	( )

19. Pelo menos uma vez em sua vida, você já se consultou com um psicólogo(a) ou psiquiatra?

- 1  Sim, psicólogo(a).  
 2  Sim, psiquiatra.  
 3  Sim, psicólogo(a) e psiquiatra.  
 4  Não, nenhum dos dois.

20. Alguma vez em sua vida, você já fez psicoterapia, mesmo que tenha sido por pouco tempo?

- 1  Sim, estou fazendo.      2  Sim, já fiz.      3  Não, nunca fiz.

21. Alguma vez em sua vida, você já tomou medicação psiquiátrica, mesmo que tenha sido por pouco tempo?

- 1  Sim, estou tomando.      2  Sim, já tomei.      3  Não, nunca tomei.

Em caso afirmativo, por qual motivo você já tomou ou está tomando medicação psiquiátrica?

---



---



---

22. Circule a opção ou marque um X, no quadro abaixo que melhor descreva a maneira como você tem se sentido, nos últimos dias.

Excelente, nunca estive melhor	Muito bem	Bem	Mais para melhor do que para pior	Mais para pior do que para melhor	Mal	Muito mal	Péssima, nunca estive pior
---	-----------	-----	--	--	-----	-----------	----------------------------------

23. Se a sua resposta anterior foi negativa, qual é a sua principal queixa, atualmente?

---



---



---

24. Você já participou de algum grupo voltado para mulheres?

- 1  Sim      2  Não

25. Em caso afirmativo, como era esse grupo?

---



---



---